

Министерство образования и науки РФ

**Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«Казанский (Приволжский) федеральный университет»**

ИНСТИТУТ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ

А.В. Фролова, А.Ф. Минуллина

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

(ЧАСТЬ 1)

Казань 2013

УДК 159.9:61

ББК 88.4

Ф.91

Печатается по решению кафедры общей и практической психологии
ФГАО УВПО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

Научный редактор:

Менделевич В.Д., доктор медицинских наук., профессор

Рецензенты:

Сахаров Е.А., кандидат медицинских наук, доцент

Макаричева Э.В., кандидат медицинских наук, доцент

Фролова А.В., Минуллина А.Ф.

Ф.91 Клиническая психология: Методическое пособие.- Казань: ФГАО УВПО
«Казанский (Приволжский) федеральный университет», 2013.- 158с.

Предлагаемое учебное пособие представлено в двух частях. В первой части пособия излагаются основы клинической психологии: психическая норма и патология, психология индивидуальных различий, психология лечебного взаимодействия, психология больного. Отдельный раздел посвящен методологии клинико-психологического исследования и патопсихологии.

Учебное пособие предназначено для студентов педагогических и психологических вузов.

ББК 88.4

УДК 159.9:61

© Фролова А.В., Минуллина А.Ф., 2013

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Введение в клиническую психологию	
1.1. Предмет клинической психологии.....	7
1.2. Задачи и разделы современной клинической психологии.....	8
1.3. Междисциплинарные связи клинической психологии.....	9
1.4. Работа клинических психологов в воспитательных и образовательных учреждениях.....	11
1.5. История возникновения клинической психологии.....	13
Глава 2. Норма и патология в клинической психологии	
2.1. Норма и патология, здоровье и болезнь.....	19
2.2. Проблема разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов.....	27
2.3. Основные этапы и факторы возникновения психических и поведенческих расстройств.....	29
Глава 3. Учение об индивидуальности	
3.1. Понятия «индивид», «индивидуальность», «психическая индивидуальность».....	33
3.2. Темперамент.....	35
3.3. Характер.....	42
3.4. Личность.....	81
Глава 4. Методология клинико-психологического исследования	
4.1. Цели, задачи клинико-психологического исследования.....	89
4.2. Клиническое интервью.....	93
4.3. Клинико-психологический эксперимент.....	101
4.4. Наблюдение за поведением.....	102
4.5. Анализ истории жизни.....	102
4.6. Построение клинико-психологического исследования.....	103
Глава 5. Патопсихология	
5.1. Организация патопсихологического исследования.....	105
5.2. Нарушения сознания.....	108
5.3. нарушения памяти.....	113
5.4. Нарушения мышления.....	119
5.5. Нарушения восприятий и ощущений.....	127
5.6. Нарушения произвольных движений и действий.....	138
Глава 6. Психология лечебного взаимодействия	
6.1. Особенности взаимодействия «врач-пациент».....	145

Глава 7. Психология больного	
7.1. «Объективная» и «субъективная» тяжесть болезни.....	147
7.2. Факторы, влияющие на психическое реагирование на болезнь.....	147
7.3. Типы психического реагирования на заболевание.....	151
Рекомендуемая литература.....	156

ВВЕДЕНИЕ

Клиническая психология относится к междисциплинарной области научного знания и практической деятельности, в которой пересекаются интересы медицинских работников и психологов. Если исходить из проблем, которые разрешает клиническая психология (взаимовлияние психического и соматического в возникновении, течении и лечении болезней), и практических задач, которые перед ней ставятся (диагностика психических нарушений, различение индивидуальных психологических особенностей и психических расстройств, анализ условий и факторов возникновения расстройств и болезней, психологическая профилактика, психотерапия, психосоциальная реабилитация больных, охрана и поддержание здоровья), то она является отраслью психологической науки.

Клиническая психология (от греч. *kline* – больничная койка) – область прикладной психологии, занимающаяся диагностикой интеллектуальных и личностных отклонений, коррекцией поведения, а также реабилитацией и коррекцией психопатических, психосоматических и пограничных расстройств.

Термин «клиническая психология» появился в 1896 году, когда американский психолог Лайтнер Уитмер (*Lighthner Witmer*), обучавшийся в Институте экспериментальной психологии В. Вундта, по возвращении из Лейпцига основал первую в мире психологическую клинику при университете штата Пенсильвания в США. Фактически эта клиника являлась психолого-педагогическим центром, в котором обследовались и проходили курс коррекции дети с плохой успеваемостью и другими проблемами в обучении. Уникальной особенностью клинко-психологического метода Л. Уитмер считал возможность его применения по отношению к любым людям – взрослым или детям, – которые отклоняются в какую-либо сторону от средних показателей психического развития, т. е. не вписываются в стандартные рамки образовательных и воспитательных программ.

Клиническая психология по Л. Уитмеру представляла собой особую форму психодиагностики, психологического консультирования и психокоррекции, ориентированную на индивидуальные, нестандартные проявления психики ребенка и связанные с ними отклонения в поведении.

Термин «Клиническая психология» появился в Европе в 1946 г. в названии книги немецкого психолога В. Гельпах (*W. Hellpach*), в которой он рассматривал изменения психики и поведения у больных соматическими заболеваниями. Соответственно, под клинической психологией В. Гельпах понимал только психологию соматических больных. Этот термин логично дополнял уже существовавшие в европейской науке понятия «медицинская психология», «патологическая психология» («патопсихология») и «психопатология», поскольку каждое из них отражало психологические аспекты того или иного вида клинической практики.

Так, под психопатологией понималась вспомогательная психиатрическая дисциплина, задачей которой было экспериментальное изучение нарушений психических процессов у душевнобольных. Под влиянием работ немецкого психиатра-теоретика К. Ясперса в начале XX в. психопатология развилась в

самостоятельную научную дисциплину, изучающую сложные психологические взаимоотношения в личности душевнобольных, которые этот ученый рассматривал в качестве «внутренней причины» психических болезней.

Изначально клиническая («опытная») психология развивалась как составная часть психиатрии и неврологии, необходимая для исследовательско-диагностической деятельности врача. В отличие от общей психологии, которая в то время была частью философии, клиническая психология развивалась, исходя из потребностей психиатрической клиники, как эмпирическое знание, основанное на опытных, а затем и экспериментальных данных.

Только в 70-е годы XX в. клиническая психология приобретает черты самостоятельной психологической дисциплины прикладного характера.

Современная клиническая психология как дисциплина, изучающая психологическими методами различные нарушения психики и поведения, может применяться не только в медицине, но и в различных воспитательных, социальных и консультативных учреждениях, обслуживающих людей с аномалиями развития и психологическими проблемами. В педагогической практике клинко-психологические знания позволяют вовремя распознавать у ребенка нарушения психического развития или отклонения в поведении, что в свою очередь дает возможность избирательного и эффективного применения в отношении с ним адекватных технологий воспитания, психолого-педагогической коррекции и создания оптимальных условий для развития его личности с учетом индивидуальных особенностей.

Объектом клинической психологии является человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, социальным и духовным состоянием.

Клиническая психология – это отрасль психологии, **предметом** изучения которой являются:

- а) расстройства (нарушения) психики и поведения;
- б) личностные и поведенческие особенности людей, страдающих различными заболеваниями;
- в) воздействие психологических факторов на возникновение, развитие и лечение болезней;
- г) особенности взаимоотношений больных людей и социальной среды, в которой они находятся.

В качестве самостоятельной отрасли психологической науки применительно к педагогической практике современная клиническая психология имеет следующие **задачи**:

- изучение влияния психологических и психосоциальных факторов на развитие поведенческих и личностных нарушений у ребенка, их профилактику и коррекцию;
- изучение влияния отклонений и нарушений в психическом и соматическом развитии на личность и поведение ребенка;
- изучение специфики и характера нарушений развития психики ребенка;
- изучение характера отношений аномального ребенка с ближайшим окружением;

- разработка принципов и методов клинко-психологического исследования в педагогических целях;
- создание и изучение психологических методов воздействия на психику ребенка в коррекционных и профилактических целях.

Основными разделами клинической психологии являются: патопсихология, нейропсихология и психосоматическая медицина. Помимо этого в нее часто включают такие специальные разделы, как психотерапия, реабилитология, психогигиена и психопрофилактика, психология девиантного поведения, психология пограничных психических расстройств (неврозология). Количество специальных разделов постоянно множится в зависимости от потребностей общества. И сегодня можно встретить такие частные области клинической психологии, как психология посттравматического стресса, психология инвалидности, психовенерология, психоонкология, социальная психология здоровья и др.

ГЛАВА 1. ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ

1.1. Предмет клинической психологии

Греческое слово *kline* (обозначает постель, больничную койку), от которого происходит прилагательное «*клиническая*», в современном языке связано с обозначением таких сфер, как уход за больным, особенности развития какой-либо болезни или расстройства, а также лечение этих расстройств.

Клиническая психология – это 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 (Менделевич В.Д.).

Соответственно, **клиническая психология** — это отрасль психологии, **предметом** изучения которой являются:

- а) расстройства (нарушения) психики и поведения;*
- б) личностные и поведенческие особенности людей, страдающих различными заболеваниями;*
- в) воздействие психологических факторов на возникновение, развитие и лечение болезней;*
- г) особенности взаимоотношений больных людей и социальной микросреды, в которой они находятся.*

В более широком смысле клиническая психология может пониматься как приложение всего объема психологических знаний к решению самых различных вопросов и проблем, возникающих в медицинской практике.

В более узком значении клиническая психология представляет собой особую методологию психологического исследования, которая основана на методе наблюдения относительно небольшого числа пациентов в естественных условиях и последующем субъективном анализе-интерпретации индивидуальных проявлений их психики и личности.

Клиническая психология относится к междисциплинарной области научного знания и практической деятельности, в которой пересекаются интересы медиков и психологов. Если исходить из проблем, которые разрешает эта дисциплина (взаимовлияние психического и соматического в возникновении, течении и лечении болезней), и практических задач, которые перед ней ставятся (диагностика психических нарушений, различение индивидуальных психологических особенностей и психических расстройств, анализ условий и факторов возникновения расстройств и болезней, психопрофилактика, психотерапия, психосоциальная реабилитация больных, охрана и поддержание здоровья), то она является отраслью медицинской науки. Однако если исходить из теоретических предпосылок и методов исследования — это наука психологическая.

В современной психологии, как правило, термины «клиническая» и «медицинская» психологии используются как синонимы. Существует традиция у медиков обозначать как медицинская психология, а у психологов – клиническая психология.

1.2. Задачи и разделы современной клинической психологии

Современная клиническая психология как дисциплина, изучающая психологическими методами различные нарушения психики и поведения, может применяться не только в медицине, но и в различных воспитательных, социальных и консультативных учреждениях, обслуживающих людей с аномалиями развития и психологическими проблемами.

В педагогической практике клиничко-психологические знания позволяют вовремя распознавать у ребенка нарушения психического развития или отклонения в поведении (и применения адекватных технологий воспитания, психолого-педагогической коррекции для развития его личности с учетом индивидуальных особенностей).

Применительно к *педагогической практике* современная клиническая психология имеет следующие **задачи**:

1. изучение влияния психологических и психосоциальных факторов на развитие поведенческих и личностных нарушений у ребенка, их профилактику и коррекцию;
2. изучение влияния отклонений и нарушений в психическом и соматическом развитии на личность и поведение ребенка;
3. изучение специфики и характера нарушений развития психики ребенка;
4. изучение характера отношений аномального ребенка с ближайшим окружением;
5. разработка принципов и методов клиничко-психологического исследования в педагогических целях;
6. создание и изучение психологических методов воздействия на психику ребенка в коррекционных и профилактических целях.

Основными разделами клинической психологии являются: *патопсихология, нейропсихология* и *психосоматическая медицина*. Помимо этого в нее часто включают такие специальные разделы, как психотерапия, реабилитология, психогигиена и психопрофилактика, психология девиантного поведения, психология пограничных психических расстройств (неврозология). Количество специальных разделов постоянно множится в зависимости от потребностей общества. И сегодня можно встретить такие частные области клинической психологии, как психология посттравматического стресса, психология инвалидности, психовенерология, психоонкология, социальная психология здоровья и др.

В.Д.Менделевич указывает на следующие **разделы клинической психологии**:

- психология больного;
- психология лечебного взаимодействия;
- норма и патология психической деятельности;
- патопсихология;

- психология индивидуальных различий;
- возрастная клиническая психология;
- семейная клиническая психология;
- психология девиантного поведения;
- психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия;
- неврология;
- психосоматическая медицина.

1.3. Междисциплинарные связи клинической психологии

Клиническая психология тесно связана с такими дисциплинами, как психиатрия, психопатология, неврология, психофармакология, физиология высшей нервной деятельности, психофизиология, валеология, общая психология, психодиагностика, специальная психология и педагогика.

Связь клинической психологии и психиатрии

Сферой пересечения *клинической психологии и психиатрии* является диагностика. Исторически клиническая психология зародилась в недрах психиатрии в качестве вспомогательного диагностического инструмента. Психиатр основной акцент делает на распознавании патологических органических процессов, обуславливающих расстройства психической деятельности, а также на фармакологическом воздействии на эти процессы и на профилактике их возникновения. Психиатрия мало уделяет внимания тому, как протекают психические процессы в норме, у здоровых людей. Процесс же диагностики психических расстройств, с одной стороны, предполагает разделение собственно расстройств, вызванных органическими нарушениями, и индивидуальных особенностей личности, а с другой — диагностика психических расстройств требует подтверждения наличия у человека собственно психологических нарушений, что делается с помощью патопсихологических и нейропсихологических экспериментов, а также посредством различных психологических тестов (проб).

Совпадающим предметом психиатрии и клинической психологии являются психические расстройства. Однако клиническая психология, кроме того, занимается такими расстройствами, которые болезнями не являются (так называемые «пограничные психические расстройства»). Фактически же современная психиатрия и клиническая психология различаются не предметом, а точкой зрения на один и тот же предмет: психиатрия делает акцент на морфо-функциональной (соматической) стороне психического расстройства, тогда как клиническая психология акцентирует внимание на специфике психологической реальности, возникающей при психических расстройствах.

Связь клинической психологии с психопатологией

И патопсихология, и психопатология имеют дело с одним и тем же объектом: нарушениями психической деятельности. Поэтому существует мнение, что эти дисциплины совпадают одна с другой и различаются только углом зрения, под которым они рассматривают больных людей. Но вот каков этот угол зрения? Б. В. Зейгарник утверждала, что патопсихология (в отличие от психопатологии)

занимается изучением закономерностей распада психической деятельности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме, тогда как психопатология якобы изучает только нарушенные психические функции. Однако Б. Д. Карвасарский замечает, что невозможно представить себе изучение психических расстройств без какого-либо обращения к норме и учета ее. Этот ученый усматривает различие между патопсихологией как разделом клинической психологии и психопатологией как медицинской дисциплиной только в том, какими категориями пользуется та или иная дисциплина для описания психических нарушений. Патопсихология описывает преимущественно психологическую сторону психических нарушений, т. е. изменения сознания, личности и основных психических процессов — восприятия, памяти и мышления, тогда как психопатология описывает психические нарушения медицинскими категориями (этиология, патогенез, симптом, синдром, симптомокинез (динамика возникновения, развития, существования, соотношения и исчезновения элементов синдрома), синдромотаксис (взаимосвязь различных синдромов)) и критериями (возникновение, прогноз и исход патологического процесса).

Связь клинической психологии и неврологии

Проявляется в концепции психоневрального параллелизма: каждому событию в психической сфере обязательно соответствует отдельное событие на уровне нервной системы (не только центральной, но и периферической). Существует даже отдельная междисциплинарная область медицины — психоневрология.

Связь клинической психологии и психофармакологии

Заключается в изучении последних психологических эффектов лекарственных средств. Сюда же можно отнести и проблему плацебо-эффекта при разработке новых лекарственных соединений.

Связь клинической психологии с физиологией высшей нервной деятельности и психофизиологией

Проявляется в поиске корреляций между патопсихологическими процессами и их физиологическими коррелятами.

Связь клинической психологии с валеопсихологией и психогигиеной

Заключается в совместном определении факторов, противостоящих возникновению психических и соматических расстройств, и уточнении критериев психического здоровья.

Связь клинической психологии со специальной психологией и педагогикой

Проявляется в поиске путей коррекции проблемного поведения детей и подростков, вызванного нарушениями психического функционирования или аномалиями личностного развития.

1.4. Работа клинических психологов в воспитательных и образовательных учреждениях

Основные аспекты деятельности клинического психолога в воспитательных и образовательных учреждениях — *диагностический, коррекционный и профилактический*.

Диагностический аспект деятельности заключается в уточнении роли психологических и психосоциальных факторов в возникновении проблемного поведения ребенка в самых разнообразных сферах: в обучении, в межличностных отношениях и т. д. Клинико-психологическое обследование помогает определить актуальные причины проблем, скрытые признаки нарушения развития, определить структуру этих нарушений и их взаимосвязь. Клинико-психологическое обследование по содержанию шире, чем патопсихологическое, поскольку сюда включается не только экспериментальная диагностика (тестирование) психических функций, но и самостоятельное обследование структуры и специфики системы отношений личности проблемного ребенка опросными методами (самоотчеты, клиническое интервью, экспертные оценки и т. п.), а также анализ поведения проблемного ребенка в естественных условиях и его интерпретация, основывающаяся на понимании внутренних мотивов и побуждений, а не только нормативных требований. Знание основ клинической психологии также позволяет педагогу и школьному психологу в первом приближении дифференцировать отклонения в развитии и поведении ребенка, возникшие под влиянием социальной ситуации развития, от внешних проявлений болезненных нарушений психической деятельности и выбрать адекватную стратегию взаимодействия и помощи проблемному ребенку.

Диагностический аспект наиболее востребован в экспертной деятельности клинического психолога в составе психолого-медико-педагогических консультативных центров (ПМПК), в судах, рассматривающих дела с участием несовершеннолетних правонарушителей, в призывных комиссиях военкоматов.

Психотерапия и психокоррекция как разновидности клинико-психологической интервенции в случаях проблемного поведения основываются на применении одних и тех же методов и техник, поэтому их различие является условным. И психотерапия, и психокоррекция представляют собой целенаправленное психологическое воздействие на отдельные психические функции или компоненты личностной структуры в процессе взаимодействия как минимум двух человек: врача и больного, психолога и клиента.

Этимологически термин *«терапия»* связан с облегчением состояния страдающего человека или избавлением его от того, что приносит ему страдание. Исторически употребление этого слова закрепилось за медициной. Основным значением термина *«коррекция»* является исправление, устранение или нейтрализация того, что представляется нежелательным или вредным для человека. Нежелательный компонент далеко не всегда может приносить его обладателю страдание: нежелательность может быть связана с несоответствием личности, обладающей некоторым психологическим качеством или свойством, «идеальной модели» человека. И в этом смысле коррекция оказывается тесно связанной с

понятием «*воспитание*». Психокоррекция выступает частью воспитательного процесса, поскольку психолог воздействует на выходящие за пределы установленной нормы показатели психического (память, внимание, мышление, эмоции, воля) и личностного (мотивы, установки, ценностные ориентации) развития ребенка, приводя его к «оптимальному уровню» функционирования в обществе.

Таким образом, психотерапия и психокоррекция различаются только целями и объектом психологического воздействия. Поэтому коррекционный аспект деятельности клинического психолога в такой же мере может быть (по сути) и психотерапевтическим, если понимать под ним не только исправление или компенсацию психических недостатков, но и содействие полноценному развитию и функционированию личности ребенка, имеющего психические нарушения или проблемное поведение.

Определение ведущих причин и знание психологических механизмов нарушений позволяют клиническому психологу осуществлять внутрличностную или межличностную, индивидуальную или групповую психокоррекцию или психотерапию в самых различных образовательных и воспитательных учреждениях.

Наиболее востребован этот аспект деятельности в специализированных школах (классах компенсирующего обучения) для проблемных детей, а также в детских исправительных учреждениях системы Министерства юстиции и комнатах (отделах) профилактики правонарушений среди подростков системы Министерства внутренних дел.

Однако и в рамках обычных консультационных психологических служб системы образования может иметь место психотерапевтическая и психокоррекционная деятельность, направленная на оказание клинко-психологической помощи детям, ставших жертвами различных психотравмирующих обстоятельств: пренебрежение; эксплуатация или злоупотребление; пытки или любые другие жестокие, бесчеловечные или унижающие достоинство виды обращения; наказания; вооруженные конфликты, природные и техногенные катастрофы.

Профилактический аспект применения клинко-психологических знаний в образовательных и воспитательных учреждениях связан с предотвращением возникновения у здоровых детей и подростков нарушений в психической деятельности личности и поведении, а также с предупреждением развития обострений и психосоциальной дезадаптации у аномальных детей, имеющих личностные и поведенческие особенности, и у компенсированных детей, перенесших острые психические расстройства. Профилактической следует признать и деятельность, направленную на формирование в образовательных и воспитательных учреждениях толерантной среды по отношению к детям и подросткам, имеющим те или иные особенности личности, психологического статуса или развития.

Психопрофилактика разделяется на *первичную, вторичную и третичную*.

- **Первичная психопрофилактика** заключается в информированности руководителей и сотрудников учреждений, педагогов, родителей и самих детей и подростков о причинах возникновения психических расстройств, дезадаптивных состояний, нарушений поведения. Психопрофилактическая работа с руководителями, сотрудниками и педагогами позволяет организовать

в учреждении социальное пространство, препятствующее формированию психологических нарушений под воздействием психосоциальных факторов. Просвещение также способствует своевременному обращению к специалистам в ситуациях, создающих повышенный риск формирования нарушений.

- **Вторичная психопрофилактика** направлена на работу с детьми, уже имеющими психические расстройства и нарушения поведения, с целью предотвращения или компенсации негативных последствий и отягощения имеющихся расстройств.
- **Третичная психопрофилактика** включает реабилитацию и интеграцию проблемных детей (имеющих психические расстройства или нарушения поведения) в широкий социальный контекст, предотвращает их изоляцию, агрессию и сопротивление, основанные на ощущении своей «инакости».

1.5. История возникновения клинической психологии

Взаимопроникновение медицины и психологии основывается на соотношении в жизни человека биологических и социальных факторов, на связи телесных функций с психическими. Уже у Гиппократ (460-377 гг. до н. э.) можно встретить указание на роль адаптационных возможностей организма и на важность межличностных отношений, складывающихся между врачом и больным. Именно этому врачу-философу античности принадлежит известное высказывание о том, что медику гораздо важнее знать, какой человек страдает болезнью, чем знать, какая болезнь имеется у человека.

Сам термин «*клиническая психология*» появился в 1896 году, когда американский психолог Лайтнер Уитмер (Lighthner Witmer), обучавшийся в Институте экспериментальной психологии В. Вундта, по возвращении из Лейпцига основал первую в мире психологическую клинику при университете штата Пенсильвания в США. Фактически эта клиника являлась психолого-педагогическим центром, в котором обследовались и проходили курс коррекции дети с плохой успеваемостью и другими проблемами в обучении. Термин «клиническая» по отношению к деятельности своего психолого-педагогического центра был использован Л. Уитмером в узком смысле: он подразумевал под ним особый метод индивидуальной работы с проблемными детьми – диагностика их интеллектуальных способностей посредством специальных тестов. Уникальной особенностью клинико-психологического метода Л. Уитмера считал возможность его применения по отношению к любым людям (взрослым или детям), которые не вписываются в стандартные рамки образовательных и воспитательных программ.

Таким образом, клиническая психология по Л. Уитмеру представляла собой особую форму психодиагностики, психологического консультирования и психокоррекции, ориентированную на индивидуальные, нестандартные проявления психики ребенка и связанные с ними отклонения в поведении. В этом виде она и начала интенсивно развиваться в США, постепенно распространяясь из сферы школьного образования в область правосудия (психологические клиники стали появляться при судах, рассматривавших дела с участием несовершеннолетних) и здравоохранения (работа с умственно отсталыми детьми).

Клиническая психология, созданная Л. Уитмером, стала обширной прикладной отраслью психологии, основной задачей которой было тестирование различных групп населения для решения каких-нибудь частных задач: педагогических, медицинских, военных, производственных и т. д.

После второй мировой войны (1939-1945) это направление стало называться «консультативной (прикладной) психологией», а клиническими психологами в США стали считать только тех, кто работал в области охраны психического здоровья. При этом новые клинические психологи сразу были поставлены перед требованием четкого разделения своих функций с психиатрами, поскольку теперь их сферы научных и прикладных интересов стали совпадать. Клинические психологи США, в отличие от врачей-психиатров, решили определить себя в качестве ученых-практиков, выполняющих на материале клинических случаев свои научные общепсихологические работы.

На европейском континенте, в том числе — в России, термин «Клиническая психология» не имел хождения вплоть до середины XX века. Впервые это словосочетание появилось в Европе в 1946 г. в названии книги немецкого психолога В. Гельпах (W. Hellpach), в которой он рассматривал изменения психики и поведения у больных соматическими заболеваниями. Соответственно, под клинической психологией В. Гельпах понимал только психологию соматических больных. Этот термин логично дополнял уже существовавшие в европейской науке понятия «медицинская психология», «патологическая психология» («патопсихология») и «психопатология».

Так, под *психопатологией* понималась вспомогательная психиатрическая дисциплина, задачей которой было экспериментальное изучение нарушений психических процессов у душевнобольных. Под влиянием работ немецкого психиатра-теоретика К. Ясперса в начале XX в. психопатология развилась в самостоятельную научную дисциплину, изучающую сложные психологические взаимоотношения в личности душевнобольных, которые этот ученый рассматривал в качестве «внутренней причины» психических болезней. Эта внутренняя причина, вступая во взаимодействие с «истинной внешней причинностью» (биологическими факторами), определяла, с точки зрения К. Ясперса, уникальность картины психического расстройства у конкретного душевнобольного, изучение которой позволяло психиатру поставить точный диагноз и назначить адекватное лечение.

Наряду с психопатологией в рамках общей психологии в начале XX в. возникает специфическая прикладная область знания — *патологическая психология*. В ее задачу входило изучение «ненормальных» проявлений психической сферы с целью понимания психологии «нормальных» людей. Расстройства психики, наблюдаемые у душевнобольных пациентов, рассматривались как природный эксперимент, позволяющий более ясно понять значение и место соответствующих феноменов психической жизни вообще, проверить истинность тех или иных психологических теорий.

Применение врачами психологических концепций для решения в клинике разных лечебных и исследовательских задач нашло отражение в понятии «медицинская психология». В работах европейских психиатров Э. Кречмера и П. Жане термин «медицинская» по отношению к психологии использовался в значении латинского прилагательного *medicalis* — исцеляющая, приносящая здоровье,

имеющая целительную силу. В этом смысле под медицинской психологией понималась или психотерапевтическая практика, или биологическая интерпретация психологических концепций личности.

Из всех имевшихся в начале XX в. понятий «*медицинская психология*» было самым широким по смыслу и значению, способным охватить разнообразные сферы медицинской деятельности с точки зрения использования психологии в лечебных целях. В целом медицинская психология понималась как «психология для медиков». Она была призвана «дополнить» два других базовых предмета в процессе подготовки врача: патологическую анатомию и патологическую физиологию, чтобы «уравновесить» преимущественно биологическую ориентацию медицинского образования своеобразным «психологическим ликбезом» и учетом психологических факторов болезней.

Разнообразие терминов указывает на то, что клиническая психология не была самостоятельной научной дисциплиной и даже не рассматривалась как одна из прикладных отраслей психологии: приставка «медицинская» ориентировала на восприятие ее как разновидности медицинского, а не собственно психологического знания.

И для такого понимания клинической психологии имелись веские исторические аргументы. Первые клиничко-психологические исследования возникли именно в медицине — в рамках психиатрии и невропатологии. Интерес и использование психологических знаний всегда характеризовали выдающихся представителей медицинской науки, многие из которых, как, например, З. Фрейд, К. Ясперс, В. Н. Бехтерев, В. Н. Мясищев, даже стали основателями отдельных направлений в психологической мысли и больше известны как психологи, а не как врачи.

Только в 70-е годы XX в. клиническая психология приобретает черты самостоятельной психологической дисциплины прикладного характера, понимаемой шире, чем просто психология в клинике или психология для медиков. Ее возникновение стало результатом противоречивого развития двух параллельных течений в медицине и психологии, истоки которых уходят в XIX в.

До конца XIX в. медицина и психология находились в тесном взаимодействии, поскольку их объединял не только один объект изучения и практического приложения знаний — человек, но и общая теоретическая база: спекулятивно-философские представления о человеке и причинах нарушений в функционировании его духа и тела.

Однако в конце XIX в. связь медицины и психологии была сильно подорвана развитием биологии и смещением акцентов на материальные (анатомические, микробиологические и биохимические) основы возникновения и развития болезней.

В это время в медицинской науке возникает так называемая «органическая парадигма», основанная на идеях Луи Пастера об инфекционной природе болезней и позднее дополненная теорией клеточной патологии Вирхова. Органическая парадигма характеризуется абсолютизацией идеи строгой закономерности течения болезни под влиянием объективных, материально обусловленных механизмов (возбудитель или нарушение клеточных функций) и трактовкой любой болезни независимо от личностных и средовых влияний. В этой парадигме психология могла быть полезной только при рассмотрении нарушений психической деятельности в

качестве подручного инструмента клинико-диагностической деятельности врача. В таком виде, как частная сфера психиатрической практики, клиническая психология и зародилась в конце XIX в.

Пионерами привлечения психологии к решению клинических вопросов и превращению ее из философской в естественнонаучную сферу знания стали французские психиатры и невропатологи: Т. Рибо, И. Тэн, Ж.-М. Шарко и его ученики А. Бине, П. Жане и др. Клиническая психология (ее называли тогда «опытной психологией») рассматривалась ими как особое направление эмпирических исследований врача-психиатра или невропатолога, направленное на анализ вызванных болезнью, гипнозом или наркотиками изменений в психической деятельности. Необходимость этих эмпирических исследований диктовалась органической парадигмой, в которой важную роль играло умение врача распознавать симптомы заболевания. В результате проведения психологических исследований врачи получали сведения о разнообразных проявлениях психической деятельности в условиях психиатрической клиники, которые можно было систематизировать и затем использовать в диагностических целях.

«Опытная психология» в клинике начала развиваться еще до открытия В. Вундтом в 1875 г. экспериментально-психологической лаборатории. Под опытом в клинике понимались естественные (психическая болезнь или паранормальные психические феномены — телепатия, ясновидение и пр.) или искусственные (гипноз или прием наркотиков) изменения нормального психического состояния. Болезнь считалась самым надежным методом исследования психики, недостаток которого (медленная скорость протекания) можно было компенсировать применением гипноза или психоактивных веществ. Еще одним методом «опытной психологии» стало исследование «исключительных случаев». Наиболее часто в этом качестве оказывались исключительные интеллектуальные способности людей-вундеркиндов.

Таким образом, изначально клиническая («опытная») психология развивалась как составная часть психиатрии и неврологии, необходимая для исследовательско-диагностической деятельности врача. В отличие от общей психологии (которая в то время была частью философии), клиническая психология развивалась, исходя из потребностей психиатрической клиники, как эмпирическое знание, основанное на опытных, экспериментальных данных, а не на теоретических рассуждениях.

Долгое время клиническая (как возникшая в клинике) и общая (как часть философии) психологии представляли собой конкурирующие дисциплины. Клиническая психология ориентировалась на объективные данные, получаемые в ходе применения сначала опытов, а затем формализованных экспериментальных техник — тестов. Общая психология скептически относилась к возможности исследования психики естественнонаучными способами, считая, что душу невозможно адекватно познать без изучения субъективных переживаний и самоотчетов.

Основатель экспериментальной общей психологии В. Вундт считал естественный эксперимент не основным, а вспомогательным психологическим методом, способным раскрыть только простейшие психические процессы, но далеко не все феномены человеческой души.

Главной экспериментальной методикой изучения психики у В. Вундта была интроспекция (самонаблюдение и последующая интерпретация устных самоотчетов

испытуемого экспериментатором), а не формализованное наблюдение протекания психических процессов у испытуемого со стороны экспериментатора. Поэтому экспериментальная психология В. Вундта скорее имеет герменевтический (герменевтика — способ толкования чего-либо), а не естественнонаучный характер.

Однако увлечение философией позитивизма в конечном счете привело общую психологию к необходимости подтверждения философских концепций психики экспериментальными методами на манер естественнонаучных дисциплин (каковой к тому времени уже была психиатрия). В результате, в научном поле образовались две различные экспериментальные психологии — клиническая (на базе медицинских факультетов) и общая (на базе философских факультетов). Если первая была ориентирована на обслуживание научных и практических интересов физиологии и психиатрии и имела материалистический уклон, то вторая преследовала цель эмпирического исследования психической субстанции.

Основной разделительной линией двух психологий стало понимание психики либо как функции мозга, либо как особой духовной субстанции, деятельность которой только лишь отражается в мозговых процессах.

Вторым различительным критерием стало понимание психологии как преимущественно диагностической или эмпирической дисциплины. Вторым критерий различения появился на свет после того, как немецкий психиатр Э. Крепелин адаптировал нозологический принцип Л. Пастера, возникший в органической парадигме медицины. Предложенная этим ученым нозологическая классификация душевных болезней по формуле «*этиология* (источник болезни) – *клиника* (проявление болезни в наборе специфических для источника болезни признаков – симптомов) – *течение* (динамика симптомов в ходе развития заболевания) – *прогноз* (предвидение дальнейшего развития и исхода психического заболевания)» отводила психологии роль средства получения формальных критериев нарушения психической деятельности и постановки диагноза. Источником психической болезни в биологически ориентированной психиатрии может быть только нарушение так называемого «материального субстрата» психического, поскольку психика рассматривается как функция мозга.

Таким образом, от психологии ожидалось создание формальных «экспериментально-психологических схем», с помощью которых можно было бы опознать (диагностировать) клинические проявления определенной психической болезни. В этом смысле «опытная» психология и становилась клинической — инструментом постановки психиатрического диагноза, формализованным способом определения психических и поведенческих расстройств. В таком качестве она с успехом могла применяться не только в целях врачебно-диагностического, но и педагогического процесса.

Так клиническая психология, развившаяся в рамках психиатрии, окончательно оформилась во всего лишь «объективный экспериментальный метод» распознавания врачом или педагогом душевных болезней. Однако в среде самих психиатров возникли серьезные разногласия относительно методологической обоснованности самой психологической диагностики психических болезней, вследствие чего роль экспериментально-психологических исследований в клинической практике была сведена к минимуму.

К началу XX в. общая психология также стала развиваться в рамках естественнонаучной парадигмы, трактующей психику в качестве свойства высокоорганизованной материи. Смена методологических оснований привела к развитию самостоятельных, а не связанных только лишь с клиническими задачами экспериментальных исследований нарушений психики и поведения, в результате чего появилась теоретическая возможность выделения клинической психологии в качестве составной части психологической, а не психиатрической науки. В целях отграничения этой новой отрасли от узкоклинических экспериментально-психологических исследований, а также из идеологических соображений для ее обозначения в нашей стране долгое время использовался термин «патопсихология».

Трактовка термина «*патопсихология*» Б. В. Зейгарник несколько отличается от того, что понимается под термином «патологическая психология» (*abnormal psychology*) в зарубежной науке. В англоязычных странах патологической психологией называют изучение психологическими методами различных отклонений психической деятельности в клинических целях. Это понятие выступает синонимом современной клинической психологии, а отчасти используется для обозначения психологических теорий возникновения психических расстройств.

Как следует из англоязычного энциклопедического руководства по психологии под редакцией М. Айзенка, патологическая психология выступает методологической альтернативой биологически ориентированной психиатрии в отношении подходов к определению психических расстройств, видения роли и оценки взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов в их возникновении.

Б. В. Зейгарник использовала термин «патопсихология» в значении, которое ему придавал немецкий психиатр Г. Мюнстерберг, предложивший рассматривать психические нарушения как ускорения или торможения нормальной психической деятельности. По мнению Г. Мюнстерберга, патопсихология может исследовать нарушения психики теми же методами и постулировать те же закономерности, что и в общей психологии. Поэтому, по мнению Б. В. Зейгарник, патопсихология представлена как раздел (общей) психологии, который занимается исследованием закономерностей распада психической деятельности и свойств личности, прежде всего для решения общетеоретических вопросов психологической науки.

Такое специфическое понимание патопсихологии в отечественной науке советского периода породило противоречия во взглядах на цель, предмет, задачи и роль этой дисциплины. Ограниченность предмета патопсихологии только областью психических нарушений не позволяла этой дисциплине: а) решать никакие другие прикладные задачи, кроме диагностических (в медицине или в педагогике); б) включать в предмет и задачи многие клинические вопросы (такие, например, как использование психологических методов воздействия в лечебных и коррекционных целях, исследование психологических факторов в развитии болезней, роли и значения системы отношений, складывающейся между человеком с расстроенной психикой и окружением, и т. д.).

За пределами России становлению клинической психологии в качестве самостоятельной психологической дисциплины также способствовали изменения в общей теории медицины, произошедшие в первой половине XX в. Пастеровско-вирховская органическая парадигма объективных патогенных факторов сменилась

концепцией Г. Селье о роли адаптационно-защитных механизмов в возникновении болезней, под влиянием которой было обращено внимание именно на возможную этиологическую роль психологических факторов не только в психиатрии, но и в соматической медицине.

В школе З. Фрейда были вскрыты психогенные причины различных психических расстройств. Исследованиями И. Павлова было обнаружено влияние типов нервной системы на характер протекания различных соматических процессов. Работы У. Кэннона открыли влияния сильных эмоций и стресса на физиологические процессы в желудочно-кишечном тракте и на вегетативные функции. В исследованиях этого психолога организм человека представлялся как динамическая система разнообразных внутренних и внешних факторов, опосредованных психической деятельностью мозга (например, У. Кэннон экспериментально показал, что ощущение голода вызывает сокращения желудка). При такой трактовке человеческого организма медицина и психология опять становились взаимопроницаемыми и взаимозависимыми, что в конечном итоге и привело к необходимости возникновения междисциплинарной и отдельной (от психиатрии и общей психологии) сферы психологической науки, интегрировавшей все предшествующие линии развития клинической психологии и оторвавшейся от узкомедицинских сфер приложения этого знания.

ГЛАВА 2. НОРМА И ПАТОЛОГИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

2.1. Норма, патология, здоровье, болезнь

Категория нормы используется в качестве базового критерия сравнения текущего (актуального) и постоянного (обычного) состояния людей. С понятием нормы в нашем сознании тесно связано состояние здоровья. Отклонение же от нормы рассматривается как патология и болезнь.

Слово «болезнь» в обыденном языке используется для характеристики таких состояний, которые не кажутся нам «нормальными», «такими, как это обычно бывает», и поэтому требуют особого объяснения. Однако содержательное определение клинической нормы как теоретического конструкта — это большая методологическая проблема.

Понятие «норма»

Норма — это термин, в который может вкладываться два основных содержания.

1. **Статистическое содержание нормы:** это уровень или диапазон уровней функционирования организма или личности, который свойственен большинству людей и является типичным, наиболее часто встречающимся. *Статистическая норма* определяется посредством вычисления среднеарифметических значений некоторых эмпирических (встречающихся в жизненном опыте) данных. Например, большинство людей не боятся оказаться в замкнутом пространстве и

вступают в гетеросексуальные контакты, следовательно, отсутствие такого страха и отсутствие гомосексуальных контактов — это статистически нормально.

2. **Оценочное содержание нормы:** нормой считается некоторый *идеальный образец* состояния человека. В этом аспекте норма выступает в качестве *идеальной нормы* — субъективного, произвольно устанавливаемого норматива, который принимается за совершенный образец по соглашению каких-либо лиц, обладающих правом установления таких образцов и имеющих власть над другими людьми: например, специалистов, лидеров группы или общества и т. п. В качестве норматива идеальная норма выступает средством упрощения и унификации многообразия форм жизнедеятельности организма и проявлений личности, в результате чего одни из них признаются удовлетворительными, тогда как другие оказываются за гранью допустимого, приемлемого уровня функционирования.

В число норм-нормативов включаются не только идеальные нормы, но также *функциональные нормы, социальные нормы и индивидуальные нормы.*

- **Функциональные нормы** оценивают состояния человека с точки зрения их последствий (вредно или не вредно) либо возможности достижения определенной цели (способствует или не способствует это состояние реализации связанных с целью задач).
- **Социальные нормы** контролируют поведение человека, заставляя его соответствовать некоторому желаемому (предписываемому со стороны окружения) или установленному властью образцу.
- **Индивидуальная норма** предполагает сравнение состояния человека не с другими людьми, а с состоянием, в котором человек обычно пребывал раньше и которое соответствует его личным (а не предписываемым обществом) целевым установкам, жизненным ценностям, возможностям и обстоятельствам жизни. Другими словами, индивидуальная норма есть идеальное с точки зрения индивида, а не доминирующей социальной группы или ближайшего окружения состояние, учитывающее работоспособность и возможности самореализации конкретного человека.

Для оценки нормальности (соответствия норме) психологического состояния личности, в зависимости от цели, психологом или психиатром могут применяться любые из перечисленных норм.

Понятие «патология»

Любое отклонение от установленной нормы может характеризоваться как *патология*. В медицинском лексиконе под патологией обычно подразумевается нарушение на биологическом уровне функционирования организма. Однако в клинической психологии в содержание понятия «патология» также включаются и такие отклонения от нормы, в которых нет никаких биологических компонентов (отсюда вполне возможно и правомерно употребление терминов «*патологическая личность*» или «*патологическое развитие личности*»). Употребление слова «*патология*» акцентирует внимание на том, что нормальное состояние, функционирование или развитие личности изменяется вследствие морфо-

функциональных нарушений (т. е. на уровне мозговых, психофизиологических, эндокринных и иных биологических механизмов регуляции поведения).

В отношении биологической нормы можно установить более или менее четкие объективные границы допустимого разброса уровней функционирования человека, при котором организму не угрожает гибель от структурных и функциональных изменений.

В отношении же определения психической нормы никаких четких объективных границ установить нельзя, поскольку здесь доминирует произвольный оценочный, нормативный подход. Установление пределов, характеризующих норму, оказывается тесно связано с теоретическими представлениями о природе личности, в которых моделируется некоторое идеальное представление о человеке как социальном существе. Например, в классическом психоанализе гомосексуальность трактуется как патология, тогда как в современных психологических теориях, ориентированных на понятие индивидуальной нормы, — как норма.

Особенности употребления понятия «патология»

1. Оригинальное значение древнегреческого слова *patos*, от которого и происходит термин «патология», — это страдание. Следовательно, под патологией можно понимать только такие отклонения от нормы, при которых человек чувствует эмоциональный дискомфорт. Однако в области психических, личностных и поведенческих отклонений от нормы у человека зачастую не возникает никакого субъективного дискомфорта и чувства страдания.
2. Употребление слова «патология» также предполагает наличие одной ведущей причины отклонения от нормы. Однако у одного и того же психического состояния может быть не одна, а несколько порой противоположных причин не только биологического, но и социального происхождения. Например, депрессии могут быть обусловлены нейрохимическими нарушениями, нейрогормональными изменениями, могут также вызываться жизненной ситуацией (не только текущими условиями жизни, но и культурными, эпохальными, политическими и т. д.), а также мотивационно обусловленными особенностями когнитивной переработки информации (интерпретации событий).
3. В термине «патология» очень сильно выражен оценочный компонент, позволяющий навешивать на любого человека, не соответствующего доминирующим идеальным или статистическим нормам, ярлык «больного».

По причине трех перечисленных особенностей употребления слова «патология» (обязательное наличие у отклоняющегося от нормы человека страдания, плохого самочувствия; предположение о действии одной ведущей причины нарушения; выраженный оценочный компонент) многие ученые выступают за его исключение из лексикона психиатров и клинических психологов, предлагая взамен использование термина «расстройство», ограничив применение слова «патология» только биологическим уровнем нарушений.

Понятие «расстройство»

Расстройство означает отсутствие или нарушение существовавшего ранее обычного для человека состояния. Употребление термина «расстройство» не

предполагает обязательного наличия для того или иного отклонения от нормы однозначных причинно-следственных связей его возникновения. Расстройства могут вызываться взаимодействием ряда факторов биологического, психологического и социального уровня, причем в каждом конкретном случае тот или иной фактор может оказаться ведущим в начале, развитии или исходе нарушения. Поэтому использование в клинической психологии слова «расстройство» кажется сегодня более предпочтительным.

Определение психического расстройства опирается на три базовых критерия:

- 1) отдельные типы реакций, превышающие статистически выявленную частоту их возникновения у большинства людей в определенной ситуации в некоторый промежуток времени (например, если пять из девяти признаков депрессии наблюдаются у человека на протяжении двух недель и более, то только такое состояние признается расстройством);
- 2) состояния, мешающие человеку адекватно реализовывать поставленные им перед собой цели и поэтому наносящие ему ущерб (так называемые «дисфункциональные состояния»);
- 3) типы поведения, от которых страдает и получает физический ущерб сам индивид или приносящие страдание и физический ущерб окружающим его людям.

На социальном уровне функционирования человека норма и патология (расстройство) выступают в качестве состояний *здоровья и болезни*.

Понятие «здоровье»

В науке существует два подхода к определению состояния здоровья: *негативный* и *позитивный*.

Негативное определение здоровья рассматривает последнее как простое отсутствие патологии и соответствие норме. Здесь норма рассматривается как синоним здоровья, а патология — болезни. Однако понятия нормы и патологии более широкие, чем понятия здоровья и болезни. Норма и патология всегда континуальны: они охватывают целое множество взаимопереходящих состояний. Здоровье и болезнь выступают как дискретные, четко очерченные в своих границах состояния. Они связаны не с объективно регистрируемым отклонением от нормы, а с субъективным состоянием хорошего или плохого самочувствия, оказывающего влияние на выполнение нами повседневных функций в деятельности, общении и поведении.

Характеристика общего самочувствия оказывается центральным звеном разграничения здоровья и болезни. Здоровый человек — это тот, кто благополучно себя чувствует и поэтому может выполнять повседневные социальные функции. Больной человек — это тот, кто имеет плохое самочувствие и поэтому не может выполнять повседневные социальные функции. При этом действительное наличие или отсутствие различных отклонений от нормы на биологическом уровне существования зачастую не является определяющим для отнесения себя к здоровым или больным. Например, люди, употребившие алкоголь на вечеринке, имеют отклонения от «нормальных» параметров психического функционирования (находятся в так называемом «измененном состоянии сознания»), однако, они не

являются больными до тех пор, пока у них не нарушается выполнение социальных функций.

Позитивное определение здоровья не сводит последнее к простому отсутствию болезни, а пытается раскрыть его автономное от болезни содержание.

Общее определение здоровья, предложенное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), включает такое состояние человека, при котором:

- 1) сохранены структурные и функциональные характеристики организма;
- 2) имеется высокая приспособляемость к изменениям в привычной природной и социальной среде;
- 3) сохраняется эмоциональное и социальное благополучие.

Критерии психического здоровья по определению ВОЗ:

- 1) осознание и чувство непрерывности, постоянства своего «Я»;
- 2) чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях;
- 3) критичность к себе и к результатам своей деятельности;
- 4) соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий;
- 5) способность управления своим поведением в соответствии с общепринятыми нормами;
- 6) способность планировать свою жизнь и реализовывать свои планы;
- 7) способность изменять поведение в зависимости от жизненных ситуаций и обстоятельств.

Таким образом, здоровье вообще и психическое здоровье в частности представляют собой динамическое сочетание различных показателей, тогда как болезнь, напротив, можно определить как сужение, исчезновение или нарушение критериев здоровья, т. е. как особый случай здоровья.

Понятие «болезнь»

В определении болезни существуют две точки зрения:

1) Болезнь есть любое состояние, диагностированное профессионалом. Болезнь рассматривается как оцениваемое по объективным признакам расстройство функционирования. Но по поводу многих болезней люди не обращаются к профессионалам, да и объективных стандартов функционирования человека не существует (во многих случаях профессионалы не могут прийти к единому пониманию болезненного состояния).

2) Болезнь есть субъективное ощущение себя больным. Данный подход тоже имеет свои ограничения: сообщаемое пациентом состояние скорее отражает проблемы пациента, а не само расстройство. К тому же при ряде тяжелых соматических состояний изменений самочувствия может и не быть (например, туберкулез).

Понятие болезни не столько представляет собой отражение объективного состояния человека, сколько выступает общим **теоретическим и социальным конструктом**, с помощью которого обычные люди и специалисты пытаются определить и понять возникающие нарушения здоровья. Содержание этого конструкта определяет видение причин и проявлений болезни, а также направление исследований и лечения различных расстройств (рис.1).

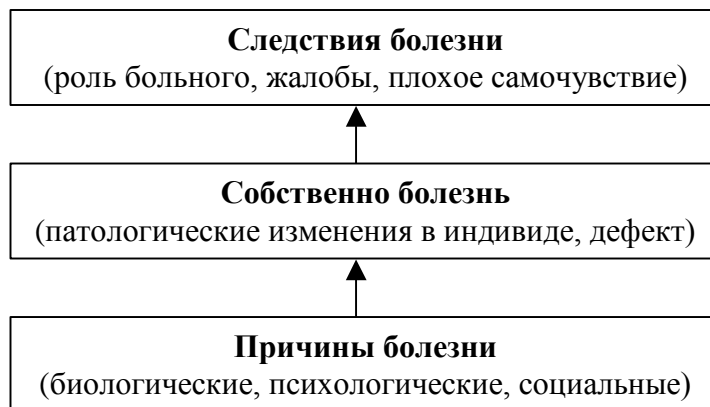


Рис.1

Конструкт болезни

Таким образом, конструкт болезни предполагает такую последовательность: причина — дефект — картина — следствия. Он является прообразом для выдвижения гипотез, объяснения нарушений и воздействия на причины. Увидев следствия и общую картину отклонений в психической деятельности или поведении, мы, следуя конструкту болезни, начинаем предполагать, что за этими внешними признаками кроется какой-либо дефект в самом человеке, который, в свою очередь, вызван определенными для этого дефекта причинами.

В современной медицине существует две модели болезни: *биомедицинская* и *биопсихосоциальная*.

Биомедицинская модель болезни существует с XVII в. Она центрирована на изучении природных факторов как внешних причин заболевания. Биомедицинскую модель болезни характеризуют четыре основные идеи:

- 1) теория возбудителя;
- 2) концепция трех взаимодействующих сущностей — «хозяина», «агента» и окружения;
- 3) клеточная концепция;
- 4) механистическая концепция, согласно которой человек — это прежде всего тело, а его болезнь — поломка какой-то части организма.

В рамках этой модели нет места социальным, психологическим и поведенческим причинам развития болезни. Дефект (в том числе и психический), какими бы факторами он ни вызывался, всегда имеет соматическую природу. Поэтому и ответственность за лечение здесь целиком и полностью возлагается только лишь на врача, а не на больного.

В начале XX в. биомедицинская модель была подвергнута пересмотру под влиянием концепции *общего адаптационного синдрома* Г. Селье. Согласно адаптационной концепции болезнь есть неправильно направленная либо чрезмерно интенсивная адаптационная реакция организма. Однако многие нарушения могут быть рассмотрены как разновидность адаптивных реакций организма. В рамках концепции Г. Селье даже возник термин *маладаптация* (от лат. *malum* + *adaptum* — зло + приспособление — хроническая болезнь) — длительное болезненное, ущербное приспособление. К тому же применительно к психическим нарушениям в адаптационной модели состояние болезни (как дезадаптации или как разновидности

адаптации) не соотносится с особенностями личности и ситуации, в которой происходит нарушение психической сферы.

Отечественная клиническая психология, будучи тесно связанной с психиатрией, долгое время ориентировалась на биомедицинскую модель психических болезней, поэтому особенности воздействия социальной среды на процесс психических нарушений в ней практически не исследовался.

Биопсихосоциальная модель болезни возникла в конце 70-х гг. XX в. Она основывается на системной теории, согласно которой любая болезнь есть иерархический континуум от элементарных частиц до биосферы, в котором каждый нижележащий уровень выступает компонентом вышележащего уровня, включает его характеристики и испытывает на себе его влияние. В центре этого континуума находится личность с ее переживаниями и поведением. Ответственность за выздоровление в биопсихосоциальной модели болезни полностью или частично возлагается на самих больных людей.

В основе этой модели лежит диада «диатез — стресс», где диатез — это биологическая предрасположенность к определенному болезненному состоянию, а стресс — психосоциальные факторы, актуализирующие эту предрасположенность. Взаимодействие диатеза и стресса объясняет любое заболевание.

В оценке состояния здоровья в рамках биопсихосоциальной модели ведущую роль играют психологические факторы. Субъективно здоровье проявляется в чувстве *оптимизма, соматического и психологического благополучия, радости жизни.*

Это субъективное состояние обусловлено следующими **психологическими механизмами, обеспечивающими здоровье:**

- 1) принятие ответственности за свою жизнь;
- 2) самопознание как анализ своих индивидуальных телесных и психологических особенностей;
- 3) самопонимание и принятие себя как синтез — процесс внутренней интеграции;
- 4) умение жить в настоящем;
- 5) осмысленность индивидуального бытия, как следствие — осознанно выстроенная иерархия ценностей;
- 6) способность к пониманию и принятию других;
- 7) доверие к процессу жизни — наряду с рациональными установками, ориентацией на успех и сознательным планированием своей жизни необходимо то душевное качество, которое Э. Эриксон называл базовым доверием, иными словами, это умение следовать естественному течению процесса жизни, где бы и в чем бы он ни проявлялся.

В рамках биопсихосоциальной парадигмы болезнь рассматривается как такое расстройство, которое угрожает дисфункцией — неспособностью психобиологических механизмов выполнять свои функции в определенном социокультурном пространстве. При этом не каждое расстройство функционирования однозначно является болезнью, но только такое, которое становится причиной значимой для личности угрозы существованию в конкретных условиях среды. Следовательно, болезнью является далеко не всякое расстройство, а только такое, которое нуждается в изменении («имеется *потребность в лечении*»).

Потребность в лечении считается существующей тогда, когда имеющиеся признаки отклонений (расстройства) наносят ущерб профессиональной работоспособности, повседневной деятельности, привычным социальным отношениям либо причиняют ярко выраженное страдание.

Так как состояние болезни предполагает особый социальный статус человека, не способного выполнять социальные функции в ожидаемом объеме, болезнь всегда оказывается связанной с ролью больного и ограничениями ролевого (социального) поведения.

С этим феноменом оказывается связанным интересный социально-психологический факт, когда простое навешивание «ярлыка» «больного» может приводить к возникновению или прогрессированию уже имеющегося у человека нарушения здоровья. В результате такого «лейбелинга» (англ. *labeling* — навешивание ярлыка) порой малозначительное отклонение от какой-либо нормы (благодаря социальному и информационному давлению со стороны окружения и специалистов, поставивших «диагноз») превращается в тяжелое расстройство, потому что человек принимает на себя навязанную ему роль «ненормального». Он чувствует и ведет себя как больной, а окружающие с ним соответственно обращаются, признавая его только в этой роли и отказывая признавать за ним исполнение роли здорового.

Из факта лейбелинга можно сделать вывод о том, что в ряде случаев психические расстройства у отдельных лиц не проистекают из внутренней предрасположенности, а являются следствием или выражением нарушенных социальных связей и отношений (результатом жизни в «больном обществе»).

Следовательно, помимо доминирующего в клинической психологии конструкта болезни («комплекс биопсихосоциальных причин — внутренний дефект — картина — следствия») имеются и другие — *альтернативные* — конструкты болезни.

Во-первых, психические и поведенческие отклонения можно интерпретировать как *выражение нарушенных процессов в системе социального взаимодействия*.

Во-вторых, психические и поведенческие отклонения можно рассматривать не как проявление внутреннего дефекта, а как *крайнюю степень выраженности* отдельных психических функций или паттернов поведения у конкретных индивидов.

В-третьих, психические и поведенческие отклонения могут быть рассмотрены как следствие *задержки естественного процесса личностного роста* (вследствие фрустрации основных потребностей, ограничений в социальном функционировании, индивидуальных различий в способностях разрешать возникающие личностные и социальные проблемы).

Все перечисленные альтернативные конструкты болезни акцентируют внимание на том, что граница между состояниями здоровья и болезни, нормы и патологии, а также наше видение причин отклонений от норм устанавливаются произвольно в соответствии с доминирующей в обществе и науке моделью болезни. Стоит изменить модель болезни, как многое из того, что сегодня считается психическим заболеванием или патологией, может оказаться крайним вариантом нормы.

Перечисленные проблемы, связанные с употреблением понятия болезни, привели к тому, что сегодня более предпочтительным становится термин «*психические, личностные и поведенческие расстройства*», который охватывает различные виды нарушений, включая болезни в узком смысле этого слова.

2.2. Проблема разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов

Одной из наиболее значимых теоретических и практических проблем современной клинической психологии является диагностическая. Суть ее заключается в выработке объективных и достоверных критериев диагностики психических состояний человека и квалификации их как психологических феноменов или психопатологических симптомов. Внешне психологические феномены (индивидуально-личностные особенности функционирования) и психопатологические симптомы имеют значительное сходство. Как, например, разграничить подозрения в измене, которые являются следствием чувства ревности в качестве психологической реакции на ситуации общения и взаимодействия супругов, и бред ревности, который также проявляется в подобных подозрениях? Или как разграничить а) поведение человека, борющегося за справедливость, соблюдение прав людей и законов; б) сутяжничество, которое заключается в стремлении получать удовольствие от процесса споров, тяжбы, конфликтов ради самого принципа, а не ради результата и в) бред отношения, который заключается в том, что окружающие негативно относятся к человеку и все время хотят нанести ему вред, что проявляется в естественном стремлении защититься от враждебного окружения через обращение в суд? Без анализа социальной среды, особенностей личностного развития и личностных факторов (переживания, мотивация и т. п.) поведения разграничить психологические и психопатологические феномены практически невозможно.

Наиболее удачное решение этой проблемы было предложено К. Ясперсом в начале XX в. Опираясь на феноменологическую философию Э. Гуссерля, он предложил использовать *феноменологический подход* в клинической практике. Любое психическое состояние К. Ясперс рассматривал как феномен, т. е. как целостное переживание текущего момента, в котором можно выделить два неразрывно связанных между собой аспекта:

- *сознание окружающего мира* (предметное сознание);
- *сознание себя* (самосознание).

Поэтому у врача и психолога есть *два пути оценки психического состояния* пациента, оба из которых являются исключительно субъективными:

- а) представление себя на месте другого (вчувствование, достигаемое через перечисление ряда внешних признаков психического состояния);
- б) рассмотрение условий, в которых эти признаки оказываются связанными между собой в определенной последовательности.

Для разграничения психологических феноменов и психопатологических процессов важно обнаружить логику, по которой пациентом строятся причинно-следственные связи в предметном сознании (как он видит реальность) и между

предметным сознанием и самосознанием (что считает необходимым делать в так понимаемой реальности).

Феноменологический подход в диагностике, в отличие от ортодоксального и некоторых иных (например, психоаналитического), использует принципы понимающей, а не объясняющей психологии. Переживание человека рассматривается многомерно, а не толкуется (как это принято в ортодоксальной психиатрии) однозначно. За одним и тем же переживанием может скрываться как психологически понятный феномен-признак, так и психопатологический симптом.

В настоящее время выделяется несколько основополагающих принципов разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов, базирующихся на феноменологическом подходе к оценке нормы и патологии (Менделевич В.Д.):

1. Принцип Курта Шнайдера

Психопатологическим симптомом признается лишь то, что может быть доказано таковым.

Доказательство строится на основе общепринятых законов логики (закон тождества, закон достаточного основания, закон исключенного третьего) с применением критерия достоверности (убедительности) и вероятности (с применением рассуждения по аналогии). При таком подходе существенным в доказательстве будет не нелепость утверждения, а распределение спектра вероятности правильного умозаключения пациента на основании имеющихся фактов и социокультурных условий.

Согласно принципу К. Шнайдера, всегда необходимо сравнивать две логики: *внешнюю логику поведения* пациента и *логику объяснения* этого поведения самим пациентом. Тогда перед психологом ставится одна задача: доказать, на основании каких признаков он признает субъективную логику пациента идущей вразрез с внешней логикой объяснения поведения.

Одной из наиболее широко применяемых для разрешения этой задачи является модель *дедуктивно-логических объяснений событий*. Нормальное объяснение событий должно удовлетворять так называемым **условиям адекватности**:

- *аргументы* (основания, на которые опирается психолог или пациент), объясняющие состояние и поведение пациента, должны быть логически корректны (т. е. не должны нарушать формальных законов логики);
- *события, описываемые пациентом*, должны иметь эмпирическое содержание (или быть вероятными событиями при определенных допустимых обстоятельствах; степень вероятности в клинической психологии часто определяется по принципу аналогии — событие тем вероятнее, чем больше сходства видит психолог в том, о чем рассказывает пациент, с тем, что бывает с большинством других людей, а также с тем, что ему уже известно о рассказываемых вещах);
- *утверждения пациента* должны быть убедительно доказаны.

2. Принцип «презумпции психической нормальности».

Суть его заключается в том, что никто не может быть признанным психически больным до того, как поставлен диагноз заболевания, или никто не обязан

доказывать отсутствие у себя психического заболевания. То есть человек изначально для всех является психически здоровым, пока не доказано противное, и никто не вправе требовать от него подтверждения этого очевидного факта.

3. Принцип понимания используется как противопоставление принципу объяснения.

4. Принцип «эпохе», или принцип воздержания от суждения.

Это принцип воздержания от преждевременного суждения. Суть его заключается в том, что в период феноменологического исследования необходимо отвлечься, абстрагироваться от симптоматического мышления, не пытаться укладывать наблюдаемые феномены в рамки нозологии, а пытаться лишь вчувствоваться.

5. Принцип беспристрастности и точности описания.

Этот принцип заключается в требовании исключить любые личностные (присущие диагносту) субъективные отношения, направленные на высказывания обследуемого, избежать их субъективной их переработки на основании жизненного опыта, морально-нравственных установок и прочих оценочных категорий. Точность описания требует тщательности в подборе слов и терминов для описания состояния наблюдаемого человека.

6. Принцип контекстуальности

Подразумевает, что феномен не существует изолированно, а является частью общего восприятия и понимания человеком окружающего мира и самого себя (описание в контексте времени и пространства).

В качестве **дополнительных разграничивающих признаков** К. Ясперс выделяет следующие:

- наличие явно привлекающих внимание характеристик поведения и личности пациента (вычурность, демонстративность, эксцентричность);
- внезапность их появления в относительно короткий период (при этом подобные характеристики ранее в личности и поведении человека не присутствовали);
- появление дополнительных позитивных или негативных продуктов психической деятельности, а также соматических явлений, которые сопровождаются различными необычными толкованиями;
- снижение уровня критичности (частичная, отсроченная, вплоть до отсутствия).

2.3. Основные этапы и факторы возникновения психических и поведенческих расстройств

Выделяют следующие основные фазы развития психологических нарушений:

1. Пре- и перинатальная (до и во время родов).

В первой критическое значение для последующего развития психических расстройств имеют генетические факторы (врожденные особенности мозговых механизмов психической деятельности), воздействие токсических, инфекционных агентов во время беременности, характер протекания родов и особенности родовспоможения, отношение родителей к будущему ребенку (новорожденному) и

характер их взаимодействия с младенцем, характер отношений в семье новорожденного, экологические факторы.

2. Фаза первичной социализации.

Во второй фазе на развитие психических нарушений могут повлиять инфекции, оказывающие негативное воздействие на мозг (прямое или токсическое), но ведущую роль на этом этапе начинают играть социально-психологические факторы: характер отношений с родителями и сверстниками (жестокое обращение, сексуальные злоупотребления, отвержение, эмоциональная депривация и т. п.), стиль воспитания в семье. Фаза социализации ограничивается периодами раннего детства и взрослостью.

Первая и вторая фазы формируют уязвимость (биологическую и личностную в виде набора специфических черт характера) к развитию психических расстройств. Дальнейшая возможность возникновения расстройства зависит уже от действия пусковых (триггерных) факторов: если уязвимость низкая, то потребуются действие существенных пусковых факторов, если же уязвимость высокая, достаточно будет и меньших по силе пусковых факторов.

Далеко не всегда наличие уязвимости (неблагоприятных факторов в пренатальной фазе и фазе социализации) связано с обязательным развитием психического расстройства или других отклонений, поскольку в процессе социализации на личность и ее психику оказывают действие различные социальные агенты. Человек всегда включается в несколько систем социальных связей и отношений с разными характеристиками, при этом важную роль играет идентификация себя с той или иной системой отношений, а также смысловые и ценностные значения, приписываемые личностью этим системам, формам обращения, людям, с которыми осуществляется взаимодействие.

3. Фаза непосредственно перед возникновением расстройства (продромальная), дебют.

На этой фазе развития психических расстройств начинается действие пусковых факторов болезни. Основным пусковым фактором здесь является психологический стресс, возникающий в результате резко изменяющихся привычных условий или хода жизни человека. Расстройство могут вызвать как однократно действующие стрессовые события, так и повторяющиеся. Многое здесь определяет качество восприятия событий и реальности самим человеком: одно и то же событие может для одного человека носить стрессорный характер, а для другого — нет. На этой фазе необходимо различать вредоносные (провоцирующие) и протективные (защищающие) факторы.

Дебют — первое проявление болезненных признаков расстройства, когда у человека перестают срабатывать привычные способы совладания со стрессовыми ситуациями и наступает состояние дезадаптации, неадекватности поведения обстоятельствам жизни.

4. Фаза после возникновения расстройства.

Эта фаза (дебюта болезни) связана с действием факторов, поддерживающих нарушенное протекание психической деятельности (поведение). Здесь также

необходимо выделять вредные (способствующие развитию расстройства) и протективные (мешающие развитию расстройства) факторы.

В соответствии с биопсихосоциальной моделью болезни, большинство психических и поведенческих расстройств имеют многофакторную природу.

Именно по этой причине в современной клинической психологии принято обращать внимание на условия возникновения психических расстройств и нарушений поведения, в которых может сочетаться действие разных факторов: *генетических (наследственных), биохимических, нейрофизиологических, психофизиологических, личностных, социально-психологических, социологических.*

- **Генетические факторы** определяют мозговые структуру и механизмы «инструментов» психической деятельности и отвечают за диапазон индивидуальных различий в поведении человека. Именно гены закладывают фундамент уникальности психологического облика индивида. Гены оказывают влияние, прежде всего на строение и биохимическую активность материального субстрата психики — мозга. Психические расстройства, как правило, связаны с действием не одного, а нескольких генов.
- **Биохимические факторы** отвечают за скорость и эффективность передачи нейронных импульсов, специфичность рецепторов, характер взаимодействия нервных клеток между собой, инициацию и настройку нервных процессов. К биохимическим факторам относят биогенные амины (дофамин, норадреналин, серотонин) и аминокислоты, деятельность эндокринной и иммунной систем. Биогенные амины являются наиболее значимыми нейромедиаторами. *Дофамин* обеспечивает целесообразное и целенаправленное поведение за счет регулирования процессов восприятия, внимания и познания. Чрезмерное снижение или повышение функционально оптимального для обычной среды обитания человека уровня дофамина может привести к нарушению психической регуляции процесса взаимодействия организма и окружающей среды. *Норадреналин* имеет функцию активации, синхронизации и согласования различных нейронных процессов, обеспечивая концентрацию внимания, бодрствование, эмоциональный фон настроения. *Серотонин* выполняет противоположную функцию инактивации нейронных процессов, отвечая за расслабление, покой и сон. Различные аминокислоты обеспечивают необходимый уровень возбуждения нейронных процессов, связанных с обучением и памятью, а также выполняют функции ингибиторов. *Эндокринные процессы* обеспечивают адаптивные способности к психоэмоциональным нагрузкам, оптимизируют способность ЦНС реагировать на внешние стимулы, мобилизуют энергетические резервы организма при стрессах.
- **Нейрофизиологические факторы** выступают материальной основой психических процессов, т. е. тем, посредством чего осуществляется психическая деятельность человека. Любой психический процесс — восприятие, внимание, память, эмоции — связан с какими-то физиологическими переменными.
- К **психофизиологическим факторам** психических расстройств относятся: общая физиологическая активность организма, влияющая на протекание психических процессов; деятельность центральной и периферической (автономной) нервной

системы, нервно-мышечная активность, деятельность сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной, эндокринной систем. Все эти факторы связаны с процессами активации психики в условиях, побуждающих к кратковременным или стойким функциональным изменениям психической деятельности. К психофизиологическим факторам можно отнести длительные перегрузки — соматические, эмоциональные, обусловленные болезнью, — которые приводят к нарушениям психической деятельности в результате приписывания им той или иной роли при субъективном восприятии человеком физиологических сигналов своего организма.

- **Личностные факторы** связаны с влиянием приобретенных в ходе развития (социализации и воспитания) психологических черт, повышающих уязвимость перед возникновением психических и поведенческих расстройств. Интегральной личностной способностью, обеспечивающей гибкую адаптацию к различным стрессовым ситуациям, является способность совладания со стрессом (копинг). Вместо совладания, ориентированного на решение, человек может прибегать к стратегии психологической защиты (совладание только на эмоциональном уровне). Способность к совладанию чаще всего раскрывается в понятии психологического типа личности: сочетании характерологических черт, обеспечивающих эффективную или неэффективную адаптацию к изменчивым условиям жизни. Эти характерологические черты формируются в опыте детско-родительских отношений и в определенных стратегиях взаимодействия родителей и педагогов с детьми.

Другими личностными факторами, возникающими в процессе социализации, являются эмоциональная стабильность, выносливость (под этим здесь понимается система представлений о себе и мире, которые поддерживают человека во взаимодействии со стрессовыми событиями), самооффективность, locus контроля и др.

- К **социально-психологическим факторам** психических расстройств относятся характеристики общения и межличностного взаимодействия, статусно-ролевые позиции в общении и взаимодействии, а также социальные установки (аттитюды) и представления. Они могут иметь разный уровень влияния на возникновение нарушений: прямое, опосредованное, модулирующее, дополнительное, поддерживающее.

Прямое действие оказывает такой фактор, как социальная депривация (лишение общения и взаимодействия с желаемыми или необходимыми для личности социальными объектами, лишение внимания со стороны других людей, изоляция). Но чаще всего социально-психологические факторы имеют значение опосредующих, модулирующих, дополнительных или поддерживающих влияний.

- **Социологические факторы** связаны с характеристиками социального пространства, в котором совместно проживают люди с психическими и поведенческими отклонениями и люди, соответствующие общепринятым нормам. К этим факторам относятся: доступность помощи, поддержки, соответствие предлагаемой помощи реальным потребностям и нуждам людей с отклонениями, возможность организации жизни с учетом индивидуальных особенностей психики людей с отклонениями от общераспространенных

нормативов, материальные условия жизни (бедные люди заболевают значительно чаще).

ГЛАВА 3. УЧЕНИЕ ОБ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ

3.1. Понятия «индивид», «индивидуальность», «психическая индивидуальность»

В понятии «индивид» отражена родовая принадлежность человека, его биологическая сущность, отнесенность к биологическому виду *Homo Sapiens*.

Характерные отличия индивида от других индивидов проявляются на разных уровнях индивидуальности. Индивидуальность представляет интегративное и многоуровневое образование, каждый из которых обладает набором существенных признаков.

Под *индивидуальностью* в современной психологии понимается неповторимость, уникальность сочетания различных свойств и качеств человека. По набору отдельных качеств и свойств люди могут быть принципиально сходны (например, близнецы), но по сочетанию этих качеств также кардинально отличаться.

В.С.Мерлин (Менделевич В.Д.) выделяет в структуре индивидуальности 4 уровня (табл.1).

Табл.1.

Структура индивидуальности

<i>Индивидуальные свойства организма</i> (биохимические, общесоматические и нейродинамические свойства)	<i>Индивидуальные психические свойства</i> (особенности протекания познавательных процессов)
<i>Индивидуальные психофизиологические особенности</i> (свойства темперамента)	<i>Индивидуальные социально-психологические свойства</i> (черты характера и личностные особенности)

Клинически различия на первом уровне проявляются в соматической конституции, или морфофенотипе.

Под *общей конституцией* понимают совокупность наиболее существенных индивидуальных особенностей и свойств, закрепленных наследственно и определяющих специфику реакций организма на воздействие среды.

Помимо общей конституции выделяют два класса частных: морфологические и функциональные конституции. Морфологические конституции представлены хромосомной и телесной; функциональные конституции – биохимической, физиологической, нейродинамической.

Выделяют три типа морфологической (соматической) конституции человека: *астенический, нормостенический, пикнический* (табл.2).

Психическая индивидуальность

Психическая индивидуальность человека представлена переплетением различных психофизиологических, психологических и социально-психологических свойств. Все они построены по иерархическому принципу: на более низкие (ранние) наслаиваются более высшие (поздние) психические образования.

Ядром психической индивидуальности является темперамент (биологическая составляющая психической индивидуальности). На его основе формируется характер (психологическая составляющая психической индивидуальности), а затем происходит становление личности (социальная составляющая психической индивидуальности).

Табл.2.

Типы морфологической (соматической) конституции человека

Астенический	Нормостенический	Пикнический
<p>Череп небольшого объема, средней ширины. Лицо яйцевидной формы с сужением в лобной и подбородочной части, либо овального контура с наибольшей шириной на уровне глаз и постепенным сужением к подбородку. Шея тонкая с выступающим щитовидным хрящом и седьмым шейным позвонком. Плечи при фронтальном рассмотрении узкие или широкие. Грудная клетка длинная, уплощенная в переднезаднем направлении. Выражены над- и подключичные ямки. Руки сухие, тонкомышечные и тонкокостные с удлинненными кистями. Распределение жировой ткани при ожирении по женскому типу в тазовом поясе. Вес тела отстает от длины.</p>	<p>Череп средней длины и объема, иногда высокий. Лицевой скелет рельефный с развитыми надбровными дугами, скуловыми костями, нижней челюстью. Форма туловища в виде усеченного конуса книзу. Грудная клетка (при фронтальном рассмотрении) равномерно округлена в виде цилиндра и имеет одинаковую величину в верхних и нижних отделах. Жировой слой сравнительно умерен. У ожиревших нормостеников контуры тела смягчены.</p>	<p>Череп круглый и широкий. Лицо пятиугольного контура со сглаженным рельефом. Шея короткая, массивная (у молодых пикников среднего размера). Гортань выдается незначительно. Часто отмечаются жировые отложения на седьмом шейном позвонке, в надключичных ямках. Грудная клетка широкая, короткая, развита. Увеличена окружность груди. Жировой слой, покрывая мышечный, подчеркивает плавность линий. Кожа мягкая и хорошо облегает тело. У похудевших пикников в местах жировых отложений обнаруживаются кожные складки. Мышцы средней силы и мягкой конституции. Живот с обильным жировым отложением (особенно выражено после</p>

3.2. Темперамент

«Темперамен обозначает род сырого материала, из которого складывается характер. Он относится к химическому климату или внутренней погоде, в которой развивается личность».

Г.Олпорт

В клинической психологии принято следующее определение темперамента:

Темперамент – это характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т.е. темпа, ритма и интенсивности отдельных психических процессов и состояний (Менделевич В.Д.).

Теорий, объясняющих механизмы темперамента, насчитывается очень много, всех их можно условно разделить на три группы:

1. Гуморально-эндокринная теория.

Берет свое начало от Гиппократ, который пришел к заключению, что в организме смешиваются 4 влаги, или сока: кровь – теплое начало; слизь – холодное начало; черная желчь – влажное начало; желтая желчь – сухое начало. В зависимости от преобладания какого-либо начала складываются и особенности человека. Через 5 веков Гален описал типологию темпераментов, названия которых берутся от Греко-латинских корней: флегматик («флегма» - слизь); холерик («хойле» - желчь); меланхолик («мелане хойле» - черная желчь) и сангвиник (sanguis – кровь). Эти названия темпераментов сохранились и в современном языке.

2. Конституциональные теории.

Конституциональные теории темпераментов разрабатывали Кречмер и Шелдон. Ряд авторов придерживались мнения о том, что все имеющиеся у человека индивидуально-психологические свойства и качества опосредуются соматической конституцией. Связь между конституциональными особенностями и психикой человека была подмечена еще Гиппократом, который описал два типа людей: 1) habitus apoplecticus – плотный, мускульный, сильный; 2) habitus phthisicus – тонкий, изящный, слабый.

В настоящее время насчитывается более 20 классификаций типов телосложения. К числу наиболее известных классификаций типов телосложения относятся описанные Кречмером и Шелдоном. Кречмера (психолога, психиатра) интересовала проблема предрасположенности людей к различного типа психозам. Сопоставляя особенности телосложения и вид психического расстройства своих пациентов, Кречмер выделил три типа конституции, каждому из которых соответствуют определенные черты темперамента и предрасположенность к конкретным видам психических расстройств (табл.3).

Кречмером был выделен еще один тип телосложения – диспластический, но для него не удалось выявить соответствующего темперамента. Связь между

телосложением и темпераментом Кречмер объяснял особенностями химического состава крови и гормональных систем. Его учение оказало сильное влияние на развитие дифференциальной психиатрии и психологии.

Табл.3.

Соотношение типов телосложения и темперамента по Кречмеру

Тип телосложения	Тип темперамента	При расстройствах психики предрасположенность к:
<i>Лептосоматический (астенический):</i> хрупкое телосложение, высокий рост, плоская грудная клетка, вытянутое лицо	<i>Шизотимический:</i> замкнутость, упрямство, ригидность установок, сложность в приспособлении к среде, склонность к абстракции	Шизофрении
<i>Пикнический:</i> тучность, значительные жировые отложения, малый или средний рост, большой живот, округлая голова на короткой шее.	<i>Циклотимический:</i> общительный, добродушный, подвержен колебаниям эмоций от радости и веселья до печали.	Маниакально-депрессивному психозу
<i>Атлетический:</i> крепкое тело, хорошо развита мускулатура, высокий или средний рост, широкие плечи, выпуклые лицевые кости.	<i>Иксотимический:</i> спокойный, сдержанный в мимике и жестах, маловпечатлительный, ригидное мышление, трудно приспосабливается к перемене обстановки.	Эпилепсии

К числу наиболее известных сегодня конституционных типологий относится типология Шелдона. Разрабатывая типологию, он шел не от клиники (патологии), а от нормы. В основе его типологии лежат непрерывно распределенные компоненты телосложения. Шелдон выделил три компонента телосложения, назвав их по имени зародышевых листков, из которых они развивались: эндоморфный (из него развиваются кости, мышцы, сердце, кровеносные сосуды); мезоморфный (внутренние органы); эктоморфный (из него развивается нервная система, мозг, рецепторный аппарат). Представителей каждого типа характеризуют определенные особенности телосложения (табл.4).

Эндоморф внешне похож на пикника, его характеризует округлость тела, наличие отложений жира на бедрах и плечах, вялость и неразвитость конечностей.

Мезоморф, также как и атлет, характеризуется широкими плечами и грудной клеткой, хорошим развитием мускулатуры, незначительным количеством жира.

Эктоморф похож на астеника, для него характерны длинные руки и ноги, неразвитая мускулатура, вытянутое лицо с высоким лбом, хорошо развитая нервная система.

Шелдон ввел количественную оценку (7-балльную) каждого компонента телосложения, что позволило объективизировать и точно оценить тип телосложения. Он провел сопоставления типов телосложения и способов действия, которые выбирают индивиды. Некоторые исследователи из выводов Шелдона нашли свое подтверждение в более поздних работах.

Табл.4.

Соотношение соматотипа и темперамента (по Шелдону)

<i>Соматотип</i>		
<i>Эндоморфия</i>	<i>Мезоморфия</i>	<i>Эктоморфия</i>
<i>Тип темперамента</i>		
<i>Висцеротония</i>	<i>Соматотония</i>	<i>Церебротония</i>
Преобладание дружелюбия, жажда похвалы, любовь к комфорту, приветливость, расслабленность в осанке и движениях, легкость в выражении чувств, тяга к людям в трудную минуту, мягкость при опьянении.	Уверенность в осанке и движениях, любовь к приключениям, скрытность в чувствах и эмоциях, тяга к действиям в тяжелую минуту, агрессивность и настойчивость при опьянении	Скованность в осанке, необщительность, социальная заторможенность, скрытность, тяга к одиночеству в трудную минуту, ориентация к поздним периодам жизни, устойчивость к действию алкоголя.

Конституциональный подход был подвергнут критике за то, что в ней игнорируются социальные условия формирования психических свойств человека, за необоснованное соотнесение личностных черт с признаками темперамента, обусловленными конституцией, за необоснованность утверждения о том, что здоровые люди носят в себе зародыш психического заболевания.

Конституциональный подход, заявивший о себе в 20-40 гг. XX века, установивший взаимосвязи психических свойств и телесной организации человека, не смог объяснить механизмы этих связей.

3. *Нейродинамические теории.*

Основоположником нейродинамической теории темперамента, объясняющий его с позиций функциональной типологии ВНД, был И.П.Павлов. Он выделил три основных свойства нервной системы: силу, подвижность, уравновешенность процессов возбуждения и торможения.

➤ **Свойствами нервной системы** называются врожденные особенности нервной системы, влияющие на формирование индивидуальных особенностей поведения и некоторых индивидуальных различий способностей и характера человека

(Теплов). Речь идет о степени выраженности, особенностях протекания процессов возбуждения и торможения (т.е. о типологических особенностях нервной системы).

➤ **Сила нервной системы** определяется (И.П.Павловым) как способность переносить сверхсильные раздражители, как выносливость нервной системы.

Для человека с сильной нервной системы характерны: высокая работоспособность, малая подверженность утомлению, способность в течение длительного промежутка времени помнить и выполнять несколько видов занятий одновременно, т.е. хорошо распределять свое внимание. В ситуациях напряженной деятельности, повышенной ответственности эффективность работы улучшается. В условиях обычной деятельности развивается состояние монотонии, скуки.

Для человека со слабой нервной системой характерны: быстрая утомляемость, необходимость в дополнительных перерывах для отдыха, резкое снижение продуктивности работы на фоне отвлекающих факторов и помех, неспособность распределить внимание между несколькими делами одновременно; высокая устойчивость к монотонии, снижение эффективности работы, возникновение тревоги, неуверенности в ситуациях напряженной деятельности (особенно в ситуациях публичного общения).

➤ **Подвижность нервной системы** – это свойство было выделено И.П.Павловым в 1932 г. Позднее оно было разделено на два самостоятельных свойства: *подвижность и лабильность нервной системы* (Теплов).

Подвижность нервной системы понимается как легкость переделки сигнального значения раздражителей (положительного на отрицательный и наоборот). Основой этого является наличие следовых процессов и их длительность.

В эксперименте при определении подвижности испытуемому предъявляют чередующиеся в случайном порядке стимулы положительные (требующие ответной реакции), отрицательные (тормозные, требующие затормозить ответную реакцию) и нейтральные. Скорость реагирования зависит от того, насколько долго следы от предшествующей реакции сохраняются и оказывают влияние на последующие реакции. Таким образом, чем больше стимулов сможет безошибочно обработать человек в этих условиях, тем выше подвижность его нервной системы.

Жизненными проявлениями подвижности нервной системы является легкость включения в работу после перерыва или в начале деятельности (вработываемость), легкость переделки стереотипов (человек легко переходит от одного способа выполнения деятельности к другому), разнообразие приемов и способов работы (двигательной и интеллектуальной), легкость в установлении контактов с разными людьми. Инертность нервной системы характеризуется противоположными проявлениями.

Лабильность нервной системы – быстрота возникновения и исчезновения нервного процесса. В основе этой характеристики лежит усвоение ритма входящих к тканям импульсов. Чем большую частоту способна воспроизвести та или иная система в своем реагировании, тем выше ее лабильность (Введенский).

Показателями лабильности являются КЧСМ (критическая частота слияния мельканий) и ЭЭГ-показатели.

Жизненным проявлением лабильности нервной системы является скорость переработки информации, лабильность эмоциональной сферы. Лабильность

положительно влияет на учебную успешность и успешность интеллектуальной деятельности.

➤ **Уравновешенность нервной системы** – баланс возбуждения и торможения.

Павлов считал, что сочетание этих свойств определяет тип ВНД и темперамент, как проявление этого типа в поведении (табл.6).

Табл.6

Соотношение типов нервной системы и темперамента

<i>Особенности нервных процессов</i>			<i>Тип нервной системы</i>	<i>Тип темперамента</i>
<i>Сила</i>	<i>Уравновешенность</i>	<i>Подвижность</i>		
Сильный	Уравновешенный	Подвижный	Живой	Сангвиник
Сильный	Неуравновешенный	Подвижный	Безудержный	Холерик
Сильный	Уравновешенный	Инертный	Инертный	Флегматик
Слабый	Неуравновешенный	Подвижный/или инертный	Слабый	Меланхолик

Дальнейшая разработка типологии ВНД применительно к темпераменту принадлежит психологам Теплову, его ученикам и последователям – В.Д.Небылицину, В.М.Русалову. Их вкладом является изучение нейрофизиологических механизмов основных свойств темперамента: общей активности и эмоциональности.

Современные концепции темперамента пытаются объединить три указанные выше группы теорий темперамента: гуморально-эндокринную, конституциональную и нейродинамическую. Так, например, в теории индивидуальности В.М.Русалова в качестве механизма формирования темперамента предлагается рассматривать общую конституцию (которая определяется как многоуровневая, целостная характеристика, включающая биохимический, анатоμο-морфологический и нейрофизиологический уровни).

Свойства темперамента

До сих пор нет единой точки зрения в вопросе о том, какие проявления психики и поведения можно отнести к свойствам темперамента. Широкий набор свойств темперамента представлен в концепции В.С.Мерлина:

- **Сенситивность** – характеризует общий способ чувствительности. О сенситивности судят по тому, какова наименьшая сила внешних воздействий, необходимых для возникновения психической реакции человека.
- **Активность** – определяет, с какой степенью энергичности человек воздействует на внешний мир и преодолевает препятствия при осуществлении целей. Активность проявляется в целенаправленности и настойчивости в достижении целей, сосредоточенности в длительной работе.
- **Реактивность (или импульсивность)**. О реактивности судят по тому, какова степень произвольности реакций на внешние или внутренние воздействия (критическое замечание, угроза, резкий звук, обидное слово и др.).

- **Соотношение активности и реактивности.** Это свойство проявляется в том, каково соотношение осознанного и неосознанного в регуляции поступков человека, от чего в большей степени зависит деятельность человека: от случайных внешних или внутренних обстоятельств (настроений, желаний) или от целей, обдуманных намерений, планов.
- **Темп реакций.** О темпе судят по скорости движений, темпу речи, находчивости, скорости запоминания и других скоростных показателей психики.
- **Пластичность** – ригидность определяется тем, насколько легко и гибко приспосабливается человек к внешним воздействиям, изменяет приемы и способы действий, не снижая скорости, приспосабливается к новым условиям или его поведение, привычки характеризуются косностью.
- **Эмоциональная возбудимость** выражает эмоциональную восприимчивость, эмоциональная чувствительность определяется тем, насколько слабое воздействие необходимо для возникновения эмоциональной реакции.
- **Эмоциональная лабильность** определяет скорость, с которой возникает и прекращается эмоциональная реакция или состояние. От эмоциональной лабильности зависит, как быстро происходит смена переживания другим.
- **Экстраверсия-интроверсия.** Этот параметр определяет, от чего преимущественно зависят реакции человека: от внешних впечатлений, возникающих в данный момент (экстраверт), или от образов, представлений, мыслей, связанных с прошлым и будущим (интроверт). Экстраверсия проявляется в стремлении к общению, открытости, направленности на внешний мир. Интроверсия проявляется противоположными качествами. В некоторых концепциях темперамента это свойство обозначается как социабельность.

В настоящее время в рамках клинической психологии под *темпераментом* понимается совокупность динамических особенностей психической деятельности. К параметрам, с помощью которых возможна диагностика темперамента, относятся (Менделевич В.Д.):

1. **Эмоциональность** является одним из важных диагностических параметров клинической оценки типов темперамента. В этот параметр включается:
 - понятие скорости появления эмоциональной реакции, аффекта или переживания после начала действия раздражителя или появления значимой ситуации;
 - преобладающая модальность эмоций;
 - преобладающая и типичная степень выраженности эмоциональных переживаний;
 - временная характеристика эмоциональных переживаний (длительность, стабильность, лабильность);
 - выраженность и направленность вегетативного подкрепления эмоционального переживания. Любое выраженное эмоциональное переживание сопровождается вегетативными проявлениями: сердцебиением (учащенным или уреженным), изменением дыхания и терморегуляции, особенностями потто- и слюноотделения, сухостью или влажностью, покраснением или

побледнением кожных покровов, ускорением или замедлением перистальтики и колебаниями артериального давления и др.

Внешне эмоциональность проявляется такими альтернативными качествами, как: впечатлительность – эмоциональная холодность (отличающимися по глубине переживания), эмоциональная возбудимость – эмоциональная невозбудимость (отличающимися по скорости появления аффекта), эмоциональная стабильность – эмоциональная лабильность (отличающимися по длительности сохранения эмоционального переживания одной модальности).

2. **Скорость мышления.** Данный параметр оценивается на основании:

- скорости появления ассоциаций («быстрота ума») – можно судить по скорости ответов на поставленные вопросы или задачи;
- скорости речи (стиль речи) – можно судить по скорости проговаривания слов и фраз.

Выделяются люди, скорость мышления которых высокая («быстродумы») и низкая («медленнодумы» или «тугодумы»). Особенности мышления затрагивают лишь количественный показатель. Качественные показатели (целенаправленность, продуктивность и др.) не учитываются при оценке типов темперамента.

3. **Скорость двигательных актов.**

Отражает сенсомоторную реактивность, характеризующуюся быстротой появления ответа на раздражитель. На основании сенсомоторной реактивности выделяют лиц, у которых отмечаются средние показатели, а также повышающие или не превышающие их. Клинически это проявляется быстроедействием, «шустростью» или. Наоборот, медлительностью при ходьбе, беге и совершении обыденных действий – умывания, одевания и пр.

4. **Общительность.**

Понимается как выраженность субъективной или объективной направленности на общение. Общительность можно считать пограничным феноменом психической индивидуальности. С одной стороны, он входит в структуру темперамента и является биологически опосредованным; с другой стороны – на процессе формирования общительности сказывается характер воспитания. По данному параметру выделяют людей общительных (экстравертов) и замкнутых (интравертов).

Кроме того, темперамент является первоосновой, определяющей индивидуальные особенности поведения с самых первых месяцев жизни и оказавшиеся устойчивыми на протяжении многих лет или всей жизни в целом. Факт устойчивости проявления черт темперамента подтвержден лонгитюдными исследованиями американских психологов А.Томас и С.Чесс, наблюдавшими проявления темперамента у одних и тех же детей в младенческом, 5 и 10-летнем возрасте. Ученые выявили параметры темперамента (9 составляющих) у новорожденных, у которых темперамент проявляется в «чистом виде».

Классификация А.Томас и С.Чесс

1. *Уровень активности*, определяемый моторными характеристиками (подвижностью во время купания, кормления) и соотношением активного и пассивного поведения в течение дня.
2. *Ритмичность, регулярность*, оцениваемая как степень предсказуемости времени появления поведенческих реакций (например, чувства голода) и продолжительность функций во времени (например, длительность сна).
3. *Приближение или удаление*, связанное с особенностями эмоциональных и моторных реакций на новые стимулы.
4. *Адаптивность*, оцениваемая на основании реагирования на новые или меняющиеся ситуации.
5. *Интенсивность*, характеризующаяся выраженностью реакций независимо от их качества или направленности.
6. *Порог реактивности*, определяемый как уровень стимуляции, необходимый для появления реакций независимо от их качества и сенсорной модальности.
7. *Настроение*, т.е. соотношение радостного и безрадостного состояний, а также реакций, квалифицируемых как расположение к окружающим.
8. *Отвлекаемость*, характеризующаяся эффективностью действия новых появляющихся стимулов на изменение поведения.
9. *Длительность внимания и настойчивость* – две взаимосвязанные категории, отражающие временную протяженность некоторой деятельности и способность продолжить деятельность, несмотря на трудности в ее осуществлении.

Подытоживая данные о клинических проявлениях темперамента, можно утверждать, что все они:

- имеют склонность к постоянству во времени; практически не изменяются от раннего детства до глубокой старости (если человек сохраняет свое психическое здоровье);
- отражают лишь количественную сторону психической деятельности;
- не несут смысловой нагрузки, поскольку являются биологическим продуктом;
- носят немотивационный характер, т.е. в самом темпераменте не существует побудительной основы.

Таким образом, какие бы теории ни укладывались в основу темперамента, большинство исследователей (как отечественных, так и зарубежных) определяют темперамент как устойчивую, врожденную, базовую характеристику, которая определяет разнообразие индивидуальных поведенческих проявлений.

3.3. Характер

Характер в клинической психологии – это совокупность индивидуальных, сложившихся в процессе социализации и ставших устойчивыми стереотипов поведения, штампов эмоциональных реакций, стиля мышления, зафиксированная в

привычках и манерах система взаимоотношений с окружающими (Менделевич В.Д.).

Человек к возрасту совершеннолетия практически завершает формирование черт характера, и его поступки носят оттенок устоявшихся и необсуждаемых правил.

Характер, так же, как и темперамент, является устойчивой структурой, не склонной существенно изменяться в процессе жизни. Патологии характера возможны только в случаях тяжелой и длительной психической или соматической болезни.

Если темперамент является биологической составляющей индивидуальности, то характер – психологической составляющей. Связь параметров темперамента и черт характера не является линейной, т.е. нельзя достоверно предсказать, какие черты характера будут присущи холерику, меланхолику, флегматику или сангвинику по завершении процесса социализации. Основную роль в формировании черт характера играют формы и методы воспитания.

Значимым для клинической психологии является анализ параметров адекватных и неадекватных форм поведения, признаков отклоняющегося и психопатологического стилей поведения. Поэтому центральным вопросом учения об индивидуальности в клинической психологии является вопрос о кардинальных признаках гармоничных черт характера.

Гармоничный и дисгармоничный характер

Гармоничные черты характера – это совокупность индивидуально-психологических стереотипов поведения, способствующих гармонизации обыденных межличностных взаимоотношений и возможности избежать межличностных и внутриличностных конфликтов (Менделевич В.Д.). Т.е. основой оценки гармоничности или негармоничности характерологических особенностей служит параметр отсутствия у человека внешних и внутренних конфликтов.

Представленность параметров гармоничного и дисгармоничного характеров отражена в таблице 7.

Табл.7

Сравнительная характеристика гармоничных и дисгармоничных черт характера

Гармоничный характер	Дисгармоничный характер
Адаптивность	Дезадаптивность
Зрелость	Инфантилизм
Здравомыслие	Нездравомыслие
Гибкость	Ригидность
Реализм в оценке окружающих	Использование каузальной атрибуции
Реальность самооценки	Нереальность самооценки
Самостоятельность	Несамостоятельность
Автономность	Зависимость
Простота, естественность	Неестественность
Проблемная центрация	Центрация на несущественных параметрах

Самоуважение	Крайние варианты отношения к себе (самоуничижение, самовосхваление)
Разумное сочетание эгоистических и альтруистических целей	Эгоцентризм

Клинические проявления черт характера разнообразны. В отличие от свойств темперамента они не носят амотивационного характера, а всегда мотивационно опосредованы.

Черты характера в клинической психологии традиционно объединяют в группы на основании тех или иных качеств и свойств, а также их специфического сочетания, указывая преобладающий характерологический радикал.

Выделяют следующие *типы характера*:

1. *Истерический* тип характера.
2. *Шизоидный* тип характера.
3. *Эпилептоидный* тип характера.
4. *Психоастенический* тип характера.
5. *Астенический* тип характера.
6. *Паранойяльный* тип характера.

Краткая характеристика каждого типа характера представлена в таблице 8.

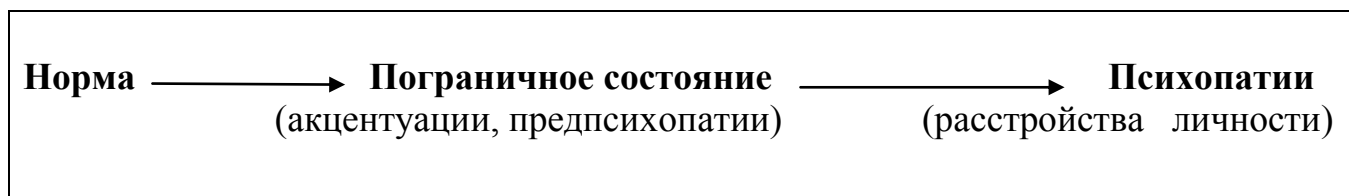
Табл.8

Типы характера

Тип характера	Характеристика
1. Истерический тип характера	Формируется на базе холерического или меланхолического типов темперамента. <i>Сущность истерического радикала.</i> Эгоцентрический мотив нахождения в центре внимания всех взаимоотношений («жажда признания»). Гротескный характер поведения с преобладанием крайних степеней выраженности эмоций. Склонность к резкой перемене поведения. Театральность, неестественность, вычурность, манерность, демонстративность, нарочитость поступков. Повышенная внушаемость, склонность к мистическому и мифологическому осмыслению действительности. Экстрапунитивная направленность реагирования – несправедливое обвинение окружающих в происшедшем событии, желание избежать принятия на себя ответственности за промах.
2. Шизоидный тип характера	Шизоидные черты характера базируются на меланхолическом или флегматическом типах темперамента. <i>Сущность шизоидного радикала.</i> Ориентация в деятельности в большей степени на внутренние ощущения и переживания. Замкнутость, нелюдимость, необщительность,

	<p>отгороженность от окружающего мира, погруженность в мир собственных фантазий. Формализованный и манипулятивный характер процесса коммуникации, штампованные способы реагирования на ситуации. Неспособность переживать яркие эмоции, снижение уровня обыденного эмоционального реагирования на ситуации, ангедония, эмоциональная холодность по отношению к близким. Эксцентричность внешности, поведения. Прямота высказываний, бескомпромиссность. Ригидность, склонность к поведенческим стереотипам, нелюбовь к изменениям в себе и вокруг.</p>
<p>3. Эпилептоидный тип характера</p>	<p>Возникает на базе меланхолического или флегматического типов темперамента.</p> <p><i>Сущность эпилептоидного радикала.</i> Эмоциональная ригидность, склонность к длительному застреванию на каких-либо эмоциях, замедленность и тугоподвижность мышления. Педантизм, повышенная аккуратность, организованность, склонность следовать нормам, ориентация на четкие правила. Склонность к дисфориям – вспышкам гнева, эмоциональной разрядке после длительного переживания каких-либо событий.</p>
<p>4. Психоастенический тип характера (ананкастный, обсессивно-компульсивный)</p>	<p>Формируется на базе холерического или меланхолического типов темперамента.</p> <p><i>Сущность психоастенического радикала.</i> Застенчивость, смущенность, робость, нерешительность, повышенное чувство рефлексии, заниженная самооценка. Мнительность, осторожность, ипохондричность, педантичность, склонность к развитию навязчивых идей. Перфекционизм, повышенная скрупулезность, чрезмерная добросовестность.</p>
<p>5. Астенический тип характера (зависимый тип)</p>	<p><i>Сущность астенического радикала.</i> Уклонение от любой ответственности, растворение и подчинение собственных потребностей в потребностях других, ориентация на мнение окружающих. Пассивность, безынициативность. Повышенная эмотивность, сентиментальность, жалостливость.</p>
<p>6. Паранойяльный тип характера</p>	<p><i>Сущность паранойяльного радикала.</i> Чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам со стороны окружения. Тенденция к завышенной самооценке. Подозрительность, поиск тайного, угрожающего смысла в поступках окружающих, склонность к мистическому, иррациональному познанию действительности. Повышенное чувство обиды, ревность. Склонность к правдолюбию и поиску справедливости даже в мелочах. Склонность к появлению доминирующих идей (идефикс).</p>

Каждый из перечисленных типов характера может относиться к условной норме, быть заостренным (акцентуированным) или становиться основой так называемых *личностных расстройств – психопатии* в старом употреблении термина.



Психопатии или расстройства личности

Долгое время в клинической психологии патохарактерологические расстройства называли «*психопатиями*». Первоначально в органической парадигме клинической психологии под психопатиями понималось любое болезненное состояние психики, для которого не были известны истинные (т. е. органические) причины расстройства. В дальнейшем значение этого термина было ограничено сферой безнравственного поведения, связанного с пониженной эмоциональностью, ослаблением чувства вины и совершением противоправных действий.

В психиатрии под *психопатиями* принято понимать “стойкие патологические состояния, которые характеризуются дисгармоничностью личности, вследствие врожденной или рано приобретенной неполноценности высшей нервной деятельности под влиянием отрицательных внешних воздействий”.

В истории отечественной психиатрии основателем пограничной, или так называемой “малой”, психиатрии является П.Б.Ганнушкин. Он дал описание клинической динамики основных форм психопатий. Однако П.Б.Ганнушкин использовал как клинические, так и социальные принципы выделения отдельных форм психопатий. В результате наряду с клиническими группами (циклоиды, астеники и т.д.) им приводится описание “антисоциальных психопатов”, “патологических лгунов” и др., выделяемых преимущественно на основании социально-поведенческих, а не клинико-врачебных характеристик.

В настоящее время клинические группы и формы психопатий, выделявшиеся П.Б.Ганнушкиным, сузились главным образом за счет более четкого отграничения состояний декомпенсации психопатических личностей от реактивно обусловленных невротических состояний и более детального описания форм и этапов течения эндогенных психозов. Что касается основных групп и форм психопатий, то они, в описании П.Б.Ганнушкина, полностью отражают современное представление большинства исследователей об их клинической сущности.

Для возникновения различных вариантов пограничных состояний большое значение имеет так называемая “органическая неполноценность”, “соматическая база”. В анамнезе большинства психопатических личностей отмечаются травмы головы и лихорадочные заболевания в раннем детстве с последующим изменением характера и задержкой интеллектуального развития.

Сухарева пишет (1959): “психопатия у взрослых не возникает вдруг”, а ее истоки следует искать в так называемой “врожденной нервности”, являющейся той почвой, на которой легко возникают патологические реакции. Основными же причинами

создания этой "почвы" являются инфекции, травма, токсические и аутоотоксические факторы (общие и мозговые), лучевая энергия и др., действовавшие внутриутробно или в раннем детстве. Г.Е.Сухарева предлагает классификацию, в основе которой лежат патогенетические принципы. Она отмечает, что формирование того или иного типа аномалии развития определяется главным образом той стадией онтогенеза, во время которой подобное воздействие имело место. Чем раньше происходит воздействие вредностей, тем к более грубым аномалиям развития нервной системы это приводит.

Выше изложенные точки зрения находят свое отражение в **классификации психопатий** в зависимости от этиологического фактора:

1. **"Ядерные", конституциональные психопатии.** Главную роль здесь играет наследственность, конституция, но в формировании психопатий немалое значение имеют также ситуационные факторы.
2. **"Органические" психопатии.** Их биологической основой является рано приобретенная легкая органическая недостаточность, т.н. Minimal brain disfunction, приводящая к органической аномалии развития. В этой группе роль внешних ситуационных факторов тем значительнее, чем менее выражена органическая недостаточность.
3. **"Краевые" психопатии.** Здесь роль биологических факторов минимальная; основное, хотя и не абсолютное значение в формировании психопатий принадлежит психогенным ситуационным факторам.

Для более полного изучения психопатий необходимо рассмотреть их сходство с другими психогенными расстройствами.

Между крайними вариантами невротической реакции и психопатии можно расположить все основные виды и варианты пограничных нервно-психических расстройств (рис.2). По мере удаления от невротической реакции и приближения к психопатии значение психогенных факторов в происхождении патологического состояния уменьшается (хотя и не исчезает) и все больше выступает роль биологической основы, внутренних, так называемых эндогенных, факторов. Случаи патологического развития личности являются как бы "переходными", "промежуточными" расстройствами между основными группами пограничных состояний, так как в их происхождении в разной степени сочетаются психогенные (социогенные) и соматогенные (биогенные) факторы, обуславливающие хронизм, протрагированность, развитие болезненных нарушений.

Психопатии отличаются от других заболеваний, в том числе и от психических.

- Психопатии тесно интегрированы с особенностями личности, ее установками, в то время как психические болезни являются чем-то чуждым для личности больного.
- Динамика психопатии имеет другие особенности по сравнению с динамикой болезней.
- При психопатии отсутствуют ремиссии.
- В лечении психопатии ведущее значение принадлежит коррекции личности и перестройке отношения личности к себе и окружающему.

- Больные психопатией попадают под наблюдение врачей при декомпенсации их состояний или в случаях нарушения общественных законов.

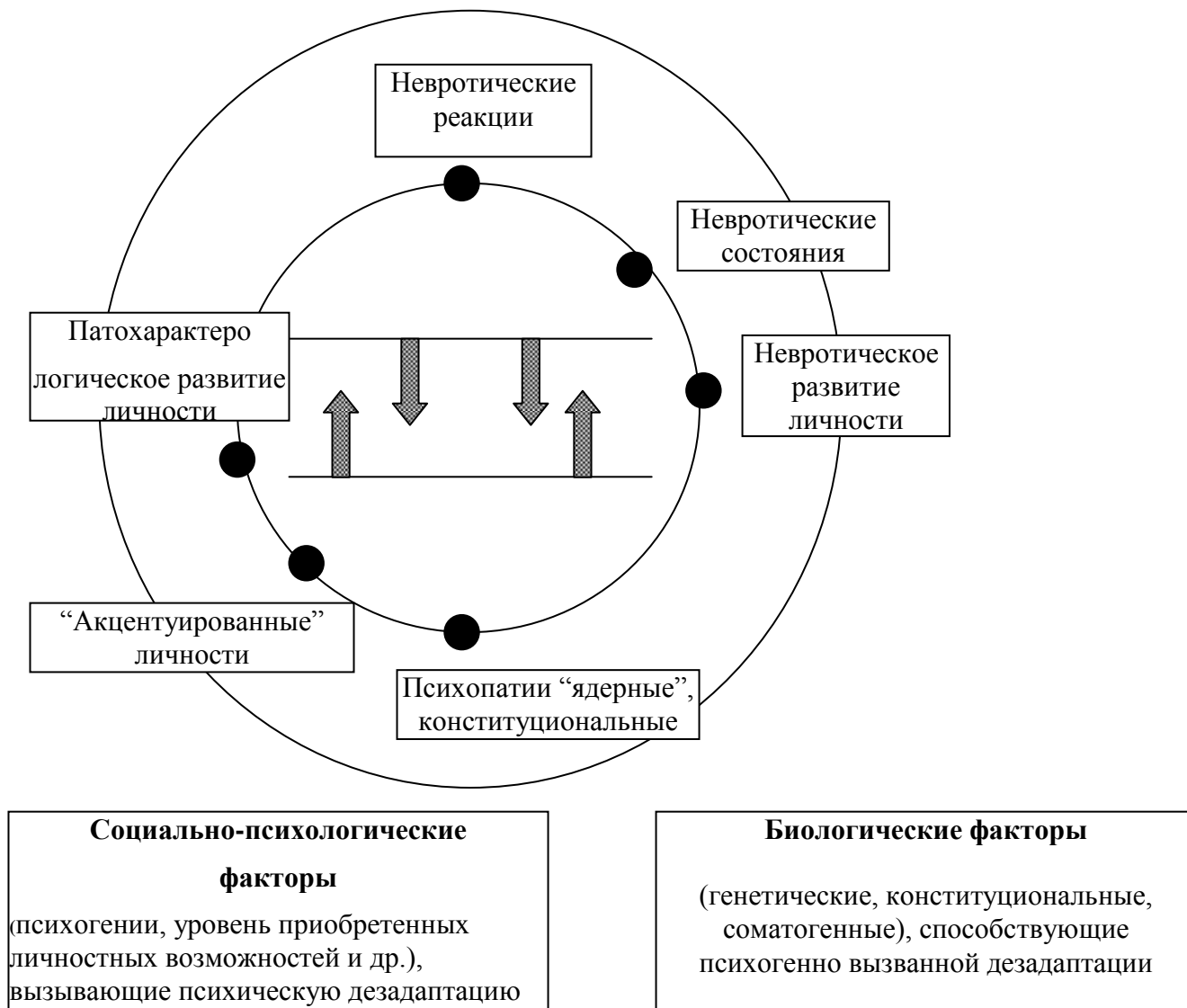


Рис.2.

Основные виды пограничных форм нервно-психических расстройств

Расстройства личности

Расстройства личности являются одной из спорных тем клинической психологии, поскольку болезненное (патологическое) личностное функционирование осуществляется по тем же закономерностям, что и здоровое (нормальное), только в измененных условиях.

К этим измененным условиям относятся:

- 1) нарушение структуры иерархии мотивов;
- 2) формирование патологических потребностей и мотивов;
- 3) нарушение смыслообразования;
- 4) нарушение саморегуляции и опосредования;

- 5) нарушение критичности и спонтанности;
- 6) нарушение формирования характерологических особенностей личности.

О расстройствах личности можно говорить тогда, когда в структуре личности настолько резко выражены определенные свойства, что они становятся причиной серьезных страданий или конфликтов. Следует обратить внимание на то, что болезненным признается не само наличие специфических свойств (что является проявлением индивидуально-личностных особенностей, многообразия личностных характеристик людей), а их доминирование над другими, приводящее к затруднениям в социальном функционировании личности.

Болезненные состояния личности (личностные расстройства) представляют собой глубоко укоренившиеся и постоянные модели поведения, отличающиеся негибкостью реагирования на широкий диапазон различных социальных ситуаций. Деадаптивные особенности могут также затрагивать эмоциональные, интеллектуальные, перцептивные или психодинамические проявления.

Сначала в клинической психологии под личностными расстройствами понимали любое психическое заболевание, в котором наряду с негибкостью и нерегулируемостью поведенческих реакций наблюдалось рассогласование мотивационной сферы, потребностей и смысла поведения. Такая трактовка личностных расстройств была очень широкой и охватывала помимо поведенческих нарушений невротические и психотические расстройства. В широком смысле слова термин «личностное расстройство» более не используется. Сегодня его значение ограничено нарушениями социального поведения и взаимодействия, не связанными с невротическим характером патологии.

Нарушения социального поведения и взаимодействия представляют собой либо чрезмерные, либо существенные отклонения от нормативного образа социального взаимодействия и межличностных отношений, свойственных определенной культуре. Другими словами, они связаны с характерологическими особенностями личности.

В настоящее время существует *два основных подхода* к описанию типов личностных расстройств.

Первый подход основывается на поведенческих реакциях, которые могут при определенных условиях приводить к повышенной конфликтности межличностных отношений и социальной дезадаптации.

Второй подход основывается на выделении базисной психической сферы (когнитивной, волевой, эмоциональной), в которой наиболее четко проявляется характер нарушения, приводящего к расстройству социального функционирования личности.

В настоящее время вместо термина «*психопатии*» предпочтительнее использовать термин «*расстройство личности*». Смена терминологии связана с тем, что понятие «психопатии» имеет характер унижительного «ярлыка», связанного с «моральным» дефектом личности. Чаще всего слово «психопат» в обыденной речи используется для подчеркивания асоциальности субъекта. А также оно не совсем точно отражает сущность имеющихся нарушений, которая заключается не в расстройстве той или иной психической функции, а в изменении характера социального взаимодействия личности.

Личностные расстройства отличаются от других изменений личности, возникающих в результате нарушения психических функций. Они представляют собой онтогенетические (т. е. возникающие в процессе развития организма человека) состояния (черты) личности, формирующиеся в подростковом возрасте под влиянием социальных условий развития и сохраняющиеся в периоде взрослости. В качестве самостоятельной группы психологических нарушений личностные расстройства не вызваны другими психическими расстройствами или заболеваниями мозга, хотя могут предшествовать им или сосуществовать с ними.

Другие изменения личности, в отличие от личностных расстройств, возникают вслед за тяжелым органическим заболеванием, либо в результате переживания экстремальных ситуаций, либо вследствие травм мозга, безотносительно к тому, в каких условиях происходило развитие личности до заболевания.

В современной клинической психологии выделяют три группы **факторов, способствующих развитию патохарактерологических особенностей:**

1. Генетические факторы.

Определяют особенности функционирования аффективной сферы личности, которые под влиянием психосоциальных факторов в процессе развития становятся более определенными и стойкими. При нарушениях личности как раз отмечается усиление либо ослабление функционирования одного из уровней базальной системы эмоциональной регуляции. От этой системы зависят интенсивность и направленность бессознательной оценки разнообразных воздействий окружающей среды. Неравномерное развитие уровней базальной системы определяет дезадаптивный характер взаимодействия психики и среды.

Выделяют четыре уровня базальной системы эмоциональной регуляции:

- *уровень полевой реактивности;*
- *уровень стереотипов поведения;*
- *уровень экспансии;*
- *уровень эмоционального контроля.*

На уровне полевой реактивности происходит оценка необходимой дистанции с объектом восприятия. При ослаблении работоспособности этого уровня возникает повышенная эмоциональная чувствительность, ощущение опасности, исходящей от окружающих. У человека развивается потребность в изоляции, ограничении контактов с другими людьми. При усилении работоспособности эмоциональность снижается, возникает устойчивость к внешним воздействиям, формируется потребность в более интенсивной стимуляции, сильных впечатлениях.

На уровне стереотипов поведения осуществляется эмоциональная оценка качеств воспринимаемого объекта с точки зрения их соответствия актуальным потребностям. При ослаблении работоспособности этого уровня возникает эмоциональное неудовлетворение от контактов с раздражителями внешней и внутренней среды. У человека возникает ощущение внутреннего неблагополучия и дискомфорта, появляется озабоченность своим здоровьем, формируется потребность в поиске более удовлетворительных контактов. При усилении функционирования этого уровня развивается эмоциональное напряжение, любые препятствия на пути достижения цели воспринимаются как досадные препятствия. У человека возникает

побуждение к силовым решениям проблем, стремление, во что бы то ни стало добиться желаемого объекта.

На уровне экспансии осуществляется выделение и эмоциональная оценка препятствий на пути удовлетворения потребностей. В случае ослабления работоспособности этого уровня у человека развивается неуверенность в своих силах, ему трудно принимать решения и делать выбор, что приводит к большей ориентации на внешние оценки и строгому следованию правилам. При усилении функционирования этого уровня мир воспринимается как поле битвы, поиск и преодоление трудностей становится неотъемлемой частью жизнедеятельности, преодоление препятствий рассматривается как доказательство собственной важности и исключительности, что должно получить должную оценку со стороны окружающих.

На уровне эмоционального контроля происходит эмоциональная оценка взаимодействия с другими людьми. При ослаблении функционирования этого уровня развивается сверхизбирательность, переборчивость в социальных контактах, подозрительность, в окружающих видится прежде всего, потенциальный противник. При повышении функционирования любые контакты воспринимаются как удовлетворительные, если они протекают в пределах установленных правил, да и сами правила все время оцениваются в зависимости от контекста ситуации общения, что приводит к большей легкости их изменения в зависимости от настроения окружающих.

На генетическом уровне также закладываются динамические характеристики высшей нервной деятельности: сила/слабость, подвижность/ригидность, темп психических процессов, что влияет на степень ригидности возникновения однотипных поведенческих реакций в различных социальных условиях.

2. Органические поражения мозга.

Органические поражения мозга, возникающие в перинатальный период жизни ребенка, при травмах черепа или нейротоксических инфекциях также принимают участие в формировании расстройств личности. Учеными обнаружены изменения функционирования катехоламиновых систем, изменения биохимической активности мозга, латерализации, плотности мозговой ткани у людей с расстройствами личности.

3. Социальные факторы.

В развитии личностных расстройств факторы генетической предрасположенности и органического поражения мозга взаимодействуют с факторами психосоциального развития личности — неблагоприятными семейными условиями, жестоким обращением и насилием в детстве, неправильным воспитанием. Именно с решающим действием факторов психосоциального развития связано формирование личностных расстройств при определенных генетических и органических предрасположениях.

В отечественной клинической психологии существует традиция схоластического деления психопатий на органические (психопатоподобные расстройства) и неорганические (собственно психопатии). Однако такое разделение сомнительно с точки зрения феноменологии (проявления) нарушений. Кроме того,

методы коррекции и социальные последствия органических и неорганических психопатий полностью совпадают.

Все дети начинают свое развитие с разными достоинствами и недостатками, обусловленными генетическими и органическими причинами. Однако не у всех возникают личностные расстройства и нарушения поведения. Формирование конкретных по содержанию моделей поведения и контекста их проявления происходит во время психосоциального развития личности. В зависимости от условий воспитания и обращения дети с разными генетическими и органическими предрасположенностями могут демонстрировать сходные модели проблемного поведения и социального взаимодействия. Обнаружение этого факта даже привело к тому, что одним из альтернативных терминов для обозначения психопатий некоторое время было словосочетание «социопатическая личность» (личность, имеющая нарушенные, неадаптивные социальные связи).

Нормальное личностное развитие осуществляется по предсказуемому и нормативно определенному обществу пути: сначала овладение физиологической регуляцией, затем более сложными навыками — коммуникацией и установлением межличностных отношений. В неблагоприятных социальных условиях предсказуемость и определенность развития исчезает, что приводит к проблемам с адаптацией. Неправильное воспитание или жестокое обращение с детьми задерживает или нарушает основные процессы развития: формирование ранней привязанности, регуляцию телесных функций и эмоций, формирование представлений о себе и других людях.

Следует иметь в виду, что в детском и подростковом возрасте только лишь закладываются основные характеристики будущих расстройств личности. Так как личность в этом возрасте еще не сформирована до конца, по отношению к детям и подросткам (т. е. по отношению к людям, не достигшим 18 лет) говорить о полном расстройстве личности — некорректно.

Патологическими способами поведения, генерализующимися в личностной структуре под влиянием обстоятельств психологического развития в детском возрасте, становятся следующие **типы поведенческих реакций**:

- *реакции отказа*;
- *реакции оппозиции (протеста)*;
- *реакции имитации*;
- *реакции компенсации*;
- *реакции гиперкомпенсации*;
- *реакции эмансипации*;
- *реакции группирования*;
- *реакции увлечения*;
- *реакции сексуальные*.

Реакции отказа — отказ от социальных контактов, страх перед новым, потеря жизненной перспективы (возникает при потере близких в раннем возрасте или в условиях социальной депривации в закрытых учреждениях).

Реакции оппозиции — протестное поведение из-за обиды, ущемления самолюбия, недовольства со стороны взрослых. Активный и пассивный протест. Активный — агрессия (в том числе косвенная), непослушание как реакция на

неадекватное обращение. Пассивный — отказ от действий, мутизм, суицид, психосоматические реакции, уход из дома.

Реакции имитации — повторение поведения окружающих (многое зависит от того, кто становится объектом для подражания).

Реакции компенсации — маскирование собственной слабости.

Реакции гиперкомпенсации — маскировка слабости через проявление противоположной черты (признаки — излишняя бравада, самооговоры).

Реакции эмансипации — желание освобождения от влияния взрослых.

Реакции группирования — создание чувства защищенности.

Реакции увлечения — интеллектуально-эстетические, телесные, накопительские, лидерские, эгоцентрические, азартные, информативно-коммуникативные (поверхностное общение).

Реакции сексуальные — удовлетворение различных социальных потребностей (достижение близости с другим человеком, демонстрация своего отношения к другому, получение выгоды, подтверждение образа «Я», установление отношений зависимости и подчинения и т. п.) посредством использования сексуальности (половых и гендерных свойств и отношений).

Генерализация поведенческих реакций зависит от типа воспитания. Именно воспитание делает реакции патохарактерологическими. Типы неправильного воспитания, способствующие формированию расстройств личности: гипопротекция, потворствующая гипопротекция, доминирующая гиперпротекция, потворствующая гиперпротекция, воспитание в культе болезни, эмоциональное отвержение, повышенная моральная ответственность, противоречивое воспитание, воспитание вне семьи.

Критерии превращения поведенческих реакций в патохарактерологические:

- 1) *тотальность* (занимают доминирующую позицию в иерархии мотивов и проявляются во всех ситуациях);
- 2) *относительная стабильность проявления во времени*;
- 3) *социальная дезадаптация*.

Отсутствие хотя бы одного критерия в поведенческих проявлениях личности дает основание говорить о нормальном, но акцентуированном характере. Акцентуации проявляются лишь в сложных жизненных ситуациях, тогда как расстройства личности — даже в обычных условиях жизни. Нарушения адаптации при акцентуациях возникают только тогда, когда психотравмирующие обстоятельства жизни прицельно попадают в «слабое звено» системы взаимодействия личности со средой (у каждой акцентуации своя избирательная уязвимость). При расстройствах личности дезадаптация возникает от всевозможных поводов. Личностные расстройства выступают предрасполагающим фактором, способствующим появлению пограничных психических расстройств, и оказывают влияние на их терапию (коррекцию).

Классификация личностных расстройств

В отечественной клинической психологии по-прежнему доминирует классификация, предложенная еще П. Б. Ганнушкиным в 1933 г. и развитая А. Е.

Личко в 1977. В классификации А. Е. Личко базовыми критериями являются типы поведенческих реакций (их выраженность и сочетание).

Однако с 1994 г. отечественная клиническая психология официально перешла на более удобную международную классификацию, в которой в качестве критерия выступает *сфера проявления психических нарушений*: когнитивная, эмоциональная или волевая. В соответствии с ней, в современной клинической психологии выделяют три вида расстройств личности:

1. **эксцентричные** - с преобладанием нарушений мышления (шизоидные, шизотипические и параноидные личности);
2. **демонстративные** с преобладанием эмоциональных нарушений (диссоциальные/антисоциальные, эмоционально неустойчивые — импульсивный и пограничный тип, а также истерические личности);
3. **тревожно-астенические** — с преобладанием волевых нарушений (ананкастные, уклоняющиеся и избегающие, зависимые личности).
4. Кроме указанных расстройств возможны так называемые **смешанные («амальгамные») расстройства**.

1. **Эксцентричные расстройства личности (с преобладанием нарушений мышления)**

➤ **Шизоидные личности.**

Впервые возникающие в подростковом возрасте модели поведения, которые проявляются в виде обособления от социальных контактов и ограничения выражения эмоций в межличностных отношениях. Вопреки сходному звучанию слов, шизоидные расстройства личности имеют мало общего с шизофренией. Большинство людей с шизоидными чертами никогда не становятся психотичными (шизофрениками). Шизоиды — это амбивалентные конфликтные личности, у которых грубость и холодность сочетается со сверхчувствительностью. Этим людям свойственны эмоциональная холодность, неспособность проявлять нежные чувства, а также гнев по отношению к другим людям. Однако они очень ранимы к повседневным жизненным трудностям. Внешне «толстокожие», шизоидные личности имеют эмоционально богатый внутренний мир. Просто они испытывают выраженное нежелание иметь близкие отношения с окружающими, не испытывают радости от таких отношений. Это распространяется даже на отношения с членами семьи. Именно повышенная чувствительность и ранимость приводит их к защитной аутистической реакции, замыкании в своем внутреннем мире и к сложным вспышкам ярости при нарушении их увеличенного личностного пространства. Общение их утомляет, что заставляет их быть активно холодными и бесстрастными в отношениях, ограничивать свои интересы на ограниченном круге деятельности, которую они предпочитают выполнять индивидуально. Шизоидным личностям свойственны слабая ответная реакция и на похвалу, и на критику; незначительный интерес к сексуальным контактам (в зависимости от возраста), повышенная озабоченность фантазиями и самокопанием. У них мало близких друзей или приятелей, и они не стремятся к развитию общения с другими, страдая от изолированности, робкости и склонности скрывать интимные стороны своего «Я». В

межличностных отношениях шизоидные личности склонны к внезапным разрывам контактов. Часто они впадают в морализаторство или фанатическую религиозность. Шизоидное расстройство личности, по-видимому, берет начало в эмоционально и когнитивно неудовлетворительных детско-родительских отношениях в младенчестве. Эмоциональная неудовлетворенность заключается в недостаточности позитивных эмоциональных подкреплений поведения ребенка со стороны матери. Когнитивная неудовлетворенность заключается в рассогласовании когнитивного и эмоционального аспектов общения матери с ребенком, т. е. в неадекватной передаче вербальной и невербальной информации об отношении матери к ребенку.

➤ *Шизотипические расстройства личности.*

Впервые возникающие в подростковом возрасте нарушения социального и межличностного взаимодействия, которые характеризуются дискомфортом, связанным с недостаточной способностью создавать тесные взаимоотношения с окружающими, когнитивными нарушениями (аномальное мышление), искажением восприятия и эксцентричностью поведения или внешнего вида. Главным признаком выступает чуждающееся поведение, которое сопровождается неадекватными или сдержанными аффектами (выглядят эмоционально холодными и отрешенными). Они плохо контактируют с другими, стремясь к социальной отгороженности. Склонны к магическому мышлению, подозрительности. Иногда возникают навязчивые размышления и нарушения восприятия (иллюзии, галлюцинации). Аномалии мышления проявляются в аморфности, обстоятельности, избыточной метафоричности и детализации, вычурности речи. Однако разорванности мышления нет. Иногда вычурное поведение может сопровождаться стойкими обсессивно-фобическими или истерическими реакциями, поведенческими штампами и инертностью.

Выделение шизотипических личностей в классе расстройств личности является спорным. В клинической психологии и психиатрии существует длительная традиция рассматривать это нарушение вслед за немецким психиатром Э. Блейлером не как личностное, а как вялотекущую шизофрению. Отказ от рассмотрения шизотипического расстройства в качестве шизофрении связан со стремлением снизить жесткий нормативизм традиционной клинической психологии, склонной рассматривать любое бросающееся в глаза отклонение от социальных норм в терминах тяжелого психического заболевания. Главным отличием шизотипического расстройства личности от шизофрении следует считать сохранение у этих людей чувства реальности.

➤ *Параноидные расстройства личности.*

Впервые возникающие в подростковом возрасте недоверие и подозрительность в отношении окружающих, которые сопровождаются интерпретацией действий последних как злонамеренных и направленных против этого человека. Чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам; тенденция быть постоянно недовольным кем-то, отказ прощать, отношение свысока; подозрительность, тенденция искажать реальные действия других людей, интерпретируя их только как враждебные или презрительные. Параноидная личность озабочена сомнениями в лояльности и надежности друзей и коллег, считает, что другие угрожают ее репутации или будут

использовать информацию против нее, сомневается в верности своего сексуального партнера. Она лишена чувства юмора и эмоционально ригидна. Затруднительные ситуации легко приводят к умышленной враждебности и агрессивности по отношению к партнерам. Имеет воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами человека (без учета фактической ситуации); тенденцию к переживанию своей повышенной значимости (все относит на свой счет); поиск тайного смысла в происходящем.

Развитие параноидного расстройства личности, по-видимому, связано с жестоким обращением в детстве, слишком жесткими наказаниями и авторитарным стилем воспитания.

2. Демонстративные расстройства личности (с преобладанием нарушений в эмоциональной сфере)

➤ Диссоциальные расстройства личности.

Впервые возникают в возрасте до 15 лет как грубое несоответствие поведения доминирующим социальным нормам, игнорирование и нарушение прав окружающих. Уже в детстве у потенциально диссоциальной личности часты побеги из дома, кражи, прогулы уроков. К 15 годам отмечается употребление психоактивных веществ и желание прекратить учебу. Кульминация расстройства наступает в возрасте поздней юности. В целом диссоциальное расстройство проявляется в бессердечном отношении к чувствам других; безответственности, пренебрежении правилами и обязанностями; неспособности поддерживать взаимоотношения при отсутствии трудностей в установлении контактов.

Диссоциальная личность имеет низкую устойчивость к фрустрациям и низкий порог разрядки агрессии. Она неспособна испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта (особенно — из наказания); имеет выраженную склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему антиобщественному поведению. Диссоциальная личность склонна ко лжи, которая проявляется в частых и повторных обманах окружающих, стремлении получить из лжи личную выгоду или удовольствие. У таких людей нередко встречается безрассудное игнорирование личной безопасности и безопасности других людей, что повышает риск травматизации и насильственной смерти, а также развития делинквентного (противоправного) поведения.

Диссоциальные личности эмоционально неразвиты: у них не хватает готовности к сопереживанию и сочувствию, состраданию и благодарности. Из-за этого они склонны к садизму и насилию (не всегда, однако, достигающих криминального уровня).

Развитие диссоциального расстройства личности связано с ранней потерей родителей, недостатком заботы и внимания матери, антиобщественным поведением отца, непоследовательными (противоречивыми) отношениями между родителями, недостаточными эмоциональными связями между родителями и ребенком.

➤ Эмоционально неустойчивые расстройства личности

включаются в ярко выраженной тенденции действовать импульсивно, без учета последствий. Характерной чертой является неустойчивость настроения (легкость

возникновения гнева) и повышенная возбудимость, что легко провоцирует у таких людей поведенческие взрывы и агрессию в тех случаях, когда окружающие выказывают свое неодобрение чрезмерной спонтанностью поведения эмоционально неустойчивых лиц или противодействуют им. Последствия своего поведения такие личности обычно не могут предвидеть, поэтому действуют импульсивно в соответствии только с изменчивым настроением без учета ситуации социального взаимодействия. Выделяют две разновидности эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивная и пограничная личность), которые объединяет общая основа: импульсивность и отсутствие самоконтроля.

а) Импульсивный тип эмоционально неустойчивого расстройства личности

Проявляется в слабости контроля над поведением, вспышках агрессии и неоправданной жестокости в ответ на осуждение окружающими. Этот тип также называется «возбудимым (агрессивным, эксплозивным)». Возбудимые люди склонны к аффективным взрывам, сила которых не соответствует вызвавшему реакцию поводу. Аффект не сдерживается или сдерживается слабо, поэтому он быстро воплощается в наступательное агрессивное поведение, имеющее цель аффективной разрядки, после которой наступают сожаление и раскаяние. Между этими аффективными импульсами никаких других нарушений личностного функционирования не отмечается. Нередко провоцирующим фактором возбуждения для таких людей является алкоголь.

Развитие импульсивного типа эмоционально неустойчивого расстройства личности происходит на фоне незначительных органических повреждений мозга в раннем детстве, благодаря которым формируется повышенная готовность к аффективным приступам при неразвитости тормозных процессов. Вместе с тем эта органическая особенность актуализируется при наличии в психике неосознаваемых побудительных импульсов — вытесненных агрессивных устремлений.

б) Пограничный тип эмоционально-неустойчивого расстройства личности

Включает наряду с эмоциональной неустойчивостью также тотальные искажения образа «Я» (личностная неопределенность, нестабильность самооценки и неуверенность в своих желаниях, предпочтениях, ценностях и т. п.). Содержание и направленность намерений и предпочтений (в том числе — сексуальных) пограничной личности неопределенны и часто непонятны окружающим людям и кажутся им странными. Поэтому межличностные отношения людей с пограничными расстройствами нестабильные и напряженные: они все время колеблются между идеализацией и обесцениванием своих партнеров и не могут понять, какие же чувства они на самом деле испытывают к ним. Нередко все люди разделяются ими на тех, кому человек с пограничным расстройством личности нравится, и тех, кто его ненавидит. Тем, кто, как кажется пограничной личности, позитивно относится к нему, пограничная личность приписывает разнообразные идеальные качества и стремится к разнообразному общению с ними. Человек как бы балансирует на грани сохранения адекватности реальным ситуациям взаимодействия. Ему кажется, что близкие люди могут скоро разорвать с ним всякие отношения, что приводит к неистовым попыткам избежать этого «неизбежного конца» (мнимого или реального).

Неустойчивость межличностных отношений приводит к эмоциональным кризисам, выраженным колебаниями настроения (например, человек эпизодически впадает в глубокое уныние, озлобленность, гневливость или начинает испытывать сильную тревогу о своем будущем), постоянному ощущению опустошенности жизни. Эмоциональная нестабильность может проявляться в импульсивных потенциально саморазрушительных действиях (в том числе — постоянное желание участия в драках, угрозы покончить с собой), навязчивых желаний и зависимостях (например, бездумная трата денег, бесконечная и бесцельная смена сексуальных партнеров, пренебрежение правилами, переедание, злоупотребление психоактивными веществами и т. д.).

Развитие пограничного расстройства личности связано с органическими нарушениями, обусловленными повреждением головного мозга в перинатальном периоде, травмами или заболеваниями головного мозга, вызывающими нарушения в деятельности лобных долей. Эти органические поражения актуализируются в условиях отсутствия родительской заботы в детстве, сложных семейных отношений, а также под действием ситуаций физического или сексуального насилия (особенно в детстве).

➤ *Истерические расстройства личности.*

Впервые возникают в подростковом возрасте в виде чрезмерной эмоциональности и стремления привлечь к себе внимание. При истерическом расстройстве личность вместо истинных переживаний стремится продемонстрировать «художественно более выраженные», театральные эмоции. Она склонна к самодраматизации и драматизации происходящего. Истерическая личность ощущает сильный эмоциональный дискомфорт в ситуациях, когда на нее не обращают внимания. Ее отношения с окружающими часто полны неуместных проявлений сексуальности (во внешности или в поведении). Такой человек чрезмерно озабочен своей физической привлекательностью, склонен трактовать возникающие отношения как более интимные, чем это есть на самом деле. Речь истерической личности чрезвычайно выразительна, но неточна. Такой человек обладает повышенной внушаемостью и подвержен влиянию окружающих. Эмоции лабильны и поверхностны, а сама личность стремится к постоянному эмоциональному возбуждению, у нее имеется своеобразная жажда переживаний и жажда контактов, могущих их дать.

Поэтому истерические личности легко и быстро завязывают поверхностные знакомства, склонны приспособливаться к мнению окружающих и манипулировать ими в своих целях. Из-за выраженной манипулятивности общения и недоверчивости им сложно устанавливать глубокие и прочные связи. При этом потребность в контактах чрезвычайная. Истерическая личность никогда не отступает, пока не добьется внимания к себе. Она склонна навязываться, бороться за дружбу, даже если дружеские отношения и не устанавливаются или не удовлетворяют ее. Выраженное стремление к установлению контактов и слабая коммуникативная способность связаны с повышенной обидчивостью и дают повод к развитию конфликтных межличностных отношений.

Истерической личности сложно установить счастливые семейные отношения, потому что она стремится к полному подчинению партнера. Вместе с тем истерические расстройства способствуют ранним и поспешным бракам, которые

оказываются недолговечными. Впрочем, повторные браки по характеру отношений не отличаются от первого.

Следует различать истерическое расстройство личности от истерических конверсионных реакций, в которых преобладают соматические, а не эмоциональные нарушения. Конверсионные истерические реакции могут встречаться у любого человека, не обладающего истерическим расстройством.

Основа для развития истерического расстройства закладывается в возрасте приблизительно между четырьмя и шестью годами, когда ребенок сталкивается с несовпадением желаний и возможностей. Провоцирующим фактором развития истерического расстройства личности становится воспитание ребенка по типу «кумир семьи» или потворствующая гиперопека, когда родители балуют ребенка, оставляют его наедине со стойкими желаниями, направленными только на свои собственные потребности без учета реальных возможностей. С возрастом истерические формы поведения ослабевают, уступая место ипохондрическим страхам и депрессиям.

3. Тревожно-астенические расстройства личности (с преобладанием нарушений волевой сферы).

➤ Ананкастные расстройства личности.

Возникающая в подростковом возрасте чрезмерная озабоченность порядком, стремление к совершенству, организованности и контролю (озабоченность обязательным соблюдением правил, порядка, графика). У ананкастной личности имеется склонность к формированию навязчивого желания проявлять сверхточность и перфекционизм, быть чрезмерно добросовестным в ущерб межличностным связям и отношениям. Человек настолько оказывается связанным работой, что исключает возможность отдыха и дружеского общения (даже если его финансовое положение позволяет отдыхать). Стремление к перфекционизму мешает таким людям успешно завершать поставленные задачи: они никак не могут остановиться, считая, что сделали еще не все возможное, чтобы задача была решена как можно лучше, все время сомневаются в правильности и совершенстве уже принятого решения. Со склонностью к перфекционизму у них связана повышенная педантичность и приверженность социальным нормам, упрямство и негибкость мышления (один раз установленное правило, они меняют с большим трудом). К другим людям они проявляют настойчивые требования, чтобы и они все делали точно так же, как и ананкасты, не желая предоставлять им свободу действий в выполнении заданий.

При ананкастном расстройстве личности человеку очень сложно избавляться от совершенно ненужных вещей, даже если они не связаны с приятными воспоминаниями. Они сохраняют их просто потому, что опасаются нарушения установленного порядка. Такое же отношение человек проявляет и к деньгам (примером ананкастной личности может быть такой литературный пример — скупой рыцарь, чахнувший над сундуком с золотом).

Нередко людей с ананкастным расстройством очень ценят за надежность, однако сами они являются рабами своей чрезмерной совестливости, скорее вступая в психологический конфликт с собой, чем с окружающими. Характеристика ананкастной личности напоминает описанный З. Фрейдом анальный характер. На

самом деле организованность, порядок и правила призваны освободить деятельность человека от решения банальных вопросов повседневной жизни, высвобождая время для решения серьезных проблем. Однако чем меньше уверена в себе и менее решительна личность, тем больше она нуждается в таком признаке, как заорганизованность жизнедеятельности: чем меньше человек, по своим представлениям о себе, может достичь в жизни, тем больше он стремится к упорядочению широкого круга процессов, в которые он может быть вовлечен, и хочет поддерживать (никогда не меняя) установившийся порядок.

Провоцирующим фактором здесь выступает такой стиль детско-родительских отношений, при которых к ребенку предъявляются завышенные требования и применяются жесткие санкции за несоблюдение установленных правил.

➤ ***Расстройство уклоняющейся и избегающей личности.***

Впервые проявляется в подростковом возрасте в стремлении ограничить социальные контакты из-за ощущения собственной неполноценности и сверхчувствительности к отрицательным оценкам и критике со стороны окружающих. Такая личность испытывает постоянное общее чувство напряженности, тяжелые предчувствия, вызванные представлениями о своей социальной неспособности, личностной непривлекательности, приниженности по отношению к другим. При расстройстве уклоняющейся и избегающей личности человек не желает вступать ни в какие взаимоотношения без гарантий понравиться из-за страха перед упреками или насмешками со стороны партнеров. Гипертрофированное чувство собственной неполноценности заставляет уклоняющуюся личность подавлять возникающие в межличностных отношениях эмоции, особенно при общении с малознакомыми людьми. Страх критики и отвержения заставляет ее уклоняться от социальной или профессиональной деятельности, связанной с межличностными контактами и общением. Опасение оказаться в затруднительном положении заставляет уклоняющуюся личность отказываться от интересных предложений о новом виде деятельности, особенно связанном с ответственностью. Все это приводит к формированию ограниченного жизненного уклада.

Уклоняющиеся личности не проявляют настойчивости, скрывают свою злость, которую носят в себе долго и тяжело. Отрицательные переживания не вытесняются, а сохраняются, не проявляясь вовне. Поэтому они склонны к застреванию на аффекте. При значительном застое аффекта у них случаются внезапные и сильные взрывы поведения.

Уклоняющиеся личности в общем коммуникабельны, но пассивны в общении. Очень долго выбирают себе партнеров. Профессию они часто выбирают по принципу компенсации чувства неполноценности. Литературным примером уклоняющейся личности может служить «гадкий утенок».

Провоцирующим фактором развития такого расстройства является воспитание в неполной семье, когда одинокая мать пытается вопреки реальности идеализировать отца в глазах ребенка или заменить отца (ребенок в этом случае выполняет символическую роль супруга). Одинокая мать старается привязать к себе ребенка, чрезмерно оберегает его и максимально разгружает от повседневных забот, ожидая от ребенка ответного идеального поведения, добросовестности, честолюбия

и успехов, не обращая внимания на внутренние потребности самого ребенка. Если же ребенок начинает проявлять себя, то такое поведение встречает резкое осуждение со стороны родителей. При таком воспитании личность, с одной стороны, становится впечатлительной, мягкой и ранимой, а с другой — тщеславной. Это и определяет ее зависимость от внешних оценок.

➤ ***Расстройство зависимой личности.***

Представляет собой впервые возникающую в подростковом возрасте глубокую и чрезмерную потребность в заботе со стороны окружающих, в результате которой возникает покорное и зависимое поведение, страх перед разлукой. Это расстройство характеризуется стремлением человека переложить на других людей большую часть важных решений в своей жизни. Такой личности трудно сделать выбор для решения даже повседневных вопросов без помощи, подбадривания или убеждения со стороны. Она боится самостоятельности и одиночества одновременно. Боязнь самостоятельности связана не с отсутствием мотивации или энергии действовать, а с тотальной неуверенностью в своих силах. С этой же неуверенностью связан и страх одиночества: человек боится, что не сможет позаботиться о самом себе и, будучи один, окажется беспомощным. Поэтому зависимая личность судорожно цепляется за людей, подчиняет свои потребности и желания потребностям и желаниям окружающим и не хочет предъявлять даже разумные требования людям, которые с ней общаются. Партнерские отношения зависимая личность рассматривает как источник абсолютной поддержки и заботы о себе.

Поэтому она испытывает страх быть покинутой лицом, с которым имеется тесная межличностная связь, и в случае утраты близких отношений немедленно пытается найти нового близкого человека, на которого можно было бы переложить ответственность за свою жизнь.

Условия возникновения этого расстройства мало известны. Предрасполагающими факторами можно считать чрезмерную родительскую заботу или ее полное отсутствие (по причине физической утраты родителей или их невнимательного, безразличного отношения к своему ребенку), а также наличие в детстве тревожного расстройства, вызванного разлукой. Чрезмерная забота блокирует развитие инициативности и активности во взаимоотношениях с окружающими и формирует «выученную беспомощность». Отсутствие родительской заботы формирует тотальную неуверенность в себе и стремление во что бы то ни стало получить признание других людей, от которых можно получить необходимую помощь и поддержку.

Акцентуации характера. Пограничные состояния

Проблеме отграничения психопатий от крайних вариантов нормы уделяли внимание многие ученые: Фрамер, О.В.Кербиков, Г.К.Ушаков, К.Леонгард, А.Е.Личко. Каждый из них предлагал свое название: “*предпсихопатии*”, “*крайние варианты нормального характера*”, “*акцентуированная личность*”, “*акцентуации*

характера”, но все они сходились во мнении, высказанном К.Леонгардом: “...в отличие от вариантных черт, акцентуация имеет склонность перейти в патологию”.

Наибольшую известность получил термин К. Леонгард (1968) - "акцентуированная личность". Однако правильнее говорить об "акцентуациях характера" (Личко; 1977). Личность - понятие гораздо более сложное, чем характер. Она включает интеллект, способности, склонности, мировоззрение и т. д. В описаниях К. Леонгард речь идет именно о типах характера. Типы акцентуаций характера весьма сходны и частично совпадают с типами психопатий.

Отличия между акцентуациями характера и психопатиями основываются на диагностических критериях П. Б. Ганнушкина (1933) - О. В. Кербилова (1962).

1. При акцентуациях характера может не быть ни одного из этих признаков: ни относительной стабильности характера на протяжении жизни, ни тотальности его проявлений во всех ситуациях, ни социальной дезадаптации как следствия тяжести аномалии характера. Во всяком случае, никогда не бывает соответствия всем этим трем признакам психопатии сразу.
2. Обычно акцентуации развиваются в период становления характера и сглаживаются с повзрослением. Особенности характера при акцентуациях могут проявляться не постоянно, а лишь в некоторых ситуациях, в определенной обстановке, и почти не обнаруживаться в обычных условиях. Социальная дезадаптация при акцентуациях либо вовсе отсутствует, либо бывает непродолжительной.
3. При психопатиях декомпенсации, острые аффективные и психопатические реакции, социальная дезадаптация возникают от любых психических травм, в самых разнообразных трудных ситуациях, от всевозможных поводов и даже без видимой причины. При акцентуациях нарушения возникают только при определенном роде психических травмах, в некоторых трудных ситуациях, а именно лишь тогда, когда они адресуются к "месту наименьшего сопротивления", к "слабому звену" данного типа характера. Иные трудности и потрясения, не задевающие этой ахиллесовой пяты, не приводят к нарушениям и переносятся стойко. При каждом типе акцентуации имеются свойственные ему, отличные от других типов, "слабые места".

На основании сказанного можно дать следующее определение *акцентуации характера*.

Акцентуации характера - это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим...

В зависимости от степени выраженности выделено две степени акцентуации характера: *явная и скрытая* (Личко А.Е., 1973).

Явная акцентуация. Эта степень акцентуации относится к крайним вариантам нормы. Она отличается наличием довольно постоянных черт определенного типа характера. В подростковом возрасте особенности характера часто заостряются, а при действии психогенных факторов, адресующихся к "месту наименьшего сопротивления", могут наступать временные нарушения адаптации, отклонения в

поведении. При повзрослении особенности характера остаются достаточно выраженными, но компенсируются и обычно не мешают адаптации.

Скрытая акцентуация. Эта степень отнесена не к крайним, а к обычным вариантам нормы. В обычных, привычных условиях, черты определенного типа характера выражены слабо или не проявляются совсем. Даже при продолжительном наблюдении, разносторонних контактах и детальном знакомстве с биографией трудно бывает составить четкое представление об определенном типе характера. Однако черты этого типа могут ярко, порой неожиданно, выявиться под влиянием тех ситуаций и психических травм, которые предъявляют повышенные требования к "месту наименьшего сопротивления". Психогенные факторы иного рода, даже тяжелые, не только не вызывают психических расстройств, но могут даже не выявить типа характера. Если же такие черты и выявляются, это, как правило, не приводит к заметной социальной дезадаптации.

Типы акцентуаций характера и психопатий

Ниже представлена классификация П. Б. Ганнушкина (1933), Г. Е. Сухаревой (1959) и типология акцентуированных личностей у взрослых, по К. Leongard (1964, 1968). В модификации - она предназначена специально для подросткового возраста.

1. Гипертимный тип

Этот тип психопатий детально описан Schneider (1923) и П. Б. Ганнушкиным (1933) у взрослых и Г. Е. Сухаревой (1959) у детей и подростков. П. Б. Ганнушкин дал этому типу название "конституционально-возбужденный".

Сведения от родных свидетельствуют, что с детства гипертимные подростки отличаются большой подвижностью, общительностью, болтливостью, чрезмерной самостоятельностью, склонностью к озорству, недостатком чувства дистанции в отношении ко взрослым.

Первые трудности могут выявиться при поступлении в школу. При хороших способностях, живом уме, умении все схватывать на лету обнаруживается неусидчивость, отвлекаемость, недисциплинированность. Учатся поэтому они очень неровно - то блеснут пятерками, то "нахватывают" двоек. Главная черта гипертимных подростков - почти всегда очень хорошее, даже приподнятое настроение. Хорошее настроение гипертимных подростков гармонично сочетается с хорошим самочувствием, высоким жизненным тонусом; них всегда хороший аппетит и здоровый сон.

Реакция эмансипации бывает особенно отчетливой. В силу этого с родителями, педагогами, воспитателями легко возникают конфликты. К ним ведут мелочный контроль, повседневная опека, наставления и нравоучения, "проработка" в семье и на публичных собраниях. Все это обычно вызывает только усиление "борьбы за самостоятельность", непослушание, нарочитое нарушение правил и порядков. Стараясь вырваться из-под опеки семьи, гипертимные подростки охотно уезжают в лагеря, уходят в туристские походы и т.п., но и там вскоре приходят в столкновение с установленным режимом и дисциплиной. Как правило, обнаруживается склонность к самовольным отлучкам, иногда продолжительным. Истинные побеги из дому у гипертимов встречаются нечасто.

Неудержимый интерес ко всему вокруг делает гипертимных подростков неразборчивыми в выборе знакомств. Контакт со случайными встречными не представляет для них проблемы. Всюду они быстро осваиваются, перенимают манеры, обычаи, поведение, одежду, модные "хобби". Но могут оказаться в неблагоприятной среде, попасть в асоциальную группу.

Алкоголизация представляет для гипертимов серьезную опасность с подросткового возраста. Выпивают они в компаниях с приятелями. Предпочитают неглубокие эйфоризирующие стадии опьянения, но легко становятся на путь частых и регулярных выпивок.

Реакция увлечения отличается у гипертимных подростков богатством и разнообразием проявлений, но главное - крайним непостоянством хобби. Неаккуратны ни в занятиях, ни в выполнении обещаний, ни, что особенно бросается в глаза, в денежных делах. Рассчитывать они не умеют и не хотят, охотно берут в долг, отодвигая в сторону неприятную мысль о последующей расплате.

Всегда хорошее настроение и высокий жизненный тонус создают благоприятные условия для переоценки своих способностей и возможностей. Избыточная уверенность в своих силах побуждает "показать себя", предстать перед окружающими в выгодном свете, прихвастнуть.

2. Циклоидный тип

П. Б. Ганнушкин (1933) включил в "группу циклоидов" четыре типа психопатов: "конституционально-депрессивных", "конституционально-возбужденных" (гипертимных), циклотимиков и эмотивно-лабильных. Циклотимия им рассматривалась как тип психопатии.

В подростковом возрасте можно видеть два варианта циклоидной акцентуации: типичные и лабильные циклоиды.

Типичные циклоиды в детстве ничем не отличаются от сверстников или чаще производят впечатление гипертимов. С наступлением пубертатного периода возникает первая субдепрессивная фаза. Ее отличает склонность к апатии и раздражительности. С утра ощущается вялость и упадок сил, все валится из рук. То, что раньше давалось легко и просто, теперь требует невероятных усилий. Труднее становится учиться. Людское общество начинает тяготить, компании сверстников избегаются, приключения и риск теряют всякую привлекательность. Прежде шумные и бойкие подростки в эти периоды становятся вялыми домоседами. Падает аппетит, но вместо свойственной выраженным депрессиям бессонницы нередко наблюдается сонливость. На замечания и укоры нередко отвечают раздражением, порой грубостью и гневом, но в глубине души впадая еще в большее уныние. Серьезные неудачи и нарекания окружающих могут углубить субдепрессивное состояние или вызвать острую аффективную реакцию с суицидными попытками. Обычно лишь только в этом случае циклоидные подростки попадают под наблюдение психиатра. У типичных циклоидов фазы обычно непродолжительны и длятся две-три недели.

У циклоидных подростков имеются свои "места наименьшего сопротивления". Важнейшим из них является неустойчивость к коренной ломке жизненного стереотипа. Этим объясняются присущие циклоидам затяжные субдепрессивные реакции на первом курсе высших учебных заведений. Резкое изменение характера

учебного процесса, обманчивая легкость первых студенческих дней, отсутствие ежедневного контроля со стороны преподавателей, сменяющееся необходимостью усвоить в короткий период зачетно-экзаменационной сессии гораздо больший, чем в школе, материал, - все это ломает привитый предшествующими десятилетиями учебный стереотип. Способность в период подъема на лету усваивать материал школьной программы здесь оказывается недостаточной. Упущенное приходится наверстывать усиленными занятиями, а в субдепрессивной фазе и это не приводит к желаемым результатам. Переутомление и астения затягивают субдепрессивную фазу, появляется отвращение к учебе и к умственной работе вообще.

Лабильные циклоиды, в отличие от типичных, во многом приближаются к лабильному (эмоционально-лабильному или реактивно-лабильному) типу. Фазы здесь гораздо короче - несколько "хороших" дней сменяют несколько "плохих". "Плохие" дни более отмечены дурным настроением, чем вялостью, упадком сил или неудовлетворительным самочувствием. В пределах одного периода возможны короткие перемены настроения, вызванные соответствующими известиями или событиями. Но, в отличие от описываемого далее лабильного типа, нет чрезмерной эмоциональной реактивности, постоянной готовности настроения легко и круто меняться от незначительных причин.

Подростковые поведенческие реакции у циклоидов, как типичных, так и лабильных, обычно выражены умеренно. Эмансипационные устремления и реакции группирования со сверстниками усиливаются в период подъема. Увлечения отличаются нестойкостью - в субдепрессивные периоды их забрасывают, в период подъема находят новые или возвращаются к прежним заброшенным. Заметного снижения сексуального влечения в субдепрессивной фазе сами подростки обычно не отмечают, хотя, по наблюдению близких, сексуальные интересы в "плохие дни" гаснут. Выраженные нарушения поведения (делинквентность, побеги из дому, знакомство с наркотиками) мало свойственны циклоидам. К алкоголизации в компаниях они обнаруживают склонность в периоды подъема. Суицидальное поведение в виде аффективных (но не демонстративных) попыток или истинных покушений возможно в субдепрессивной фазе.

Самооценка характера у циклоидов формируется постепенно, по мере того, как накапливается опыт "хороших" и "плохих" периодов.

3. Лабильный тип

Этот тип наиболее полно описан под разными наименованиями "эмоционально-лабильный", (Schneider, 1923), "реактивно-лабильный" (П. Б. Ганнушкиным, 1933) или "эмотивно-лабильный" (Leongard, 1964, 1968).

В детстве лабильные подростки, как правило, особенно не выделяются среди сверстников. Лишь у некоторых обнаруживается склонность к невротическим реакциям. Однако почти у всех детство наполнено инфекционными заболеваниями. Частые ангины, непрерывные "простуды", хронические пневмонии, ревматизм, пиелоститы, холециститы и др. заболевания хотя протекают и не в тяжелых формах, но склонны принимать затяжное и рецидивирующее течение. Возможно, фактор "соматической инфантилизации" играет важную роль во многих случаях формирования лабильного типа. Главная черта лабильного типа - крайняя изменчивость настроения.

Можно говорить о намечающемся формировании лабильного типа в случаях, когда настроение меняется слишком часто и чрезмерно круто, а поводы для этих коренных перемен бывают ничтожными. Кем-то нелестно сказанное слово, неприветливый взгляд случайного собеседника, некстати пошедший дождь, оторвавшаяся от костюма пуговица способны погрузить в унылое и мрачное расположение духа при отсутствии каких-либо серьезных неприятностей и неудач. В то же время какая-нибудь приятная беседа, интересная новость, мимолетный комплимент, удачно к случаю одетый костюм, услышанные от кого-либо, хотя и малореальные, но заманчивые перспективы могут поднять настроение, даже отвлечь от действительных неприятностей, пока они снова не напомнят чем-либо о себе.

Настроению присущи не только частые и резкие перемены, но и значительная их глубина. От настроения данного момента зависят и самочувствие, и аппетит, и сон, и трудоспособность, и желание побыть одному или только вместе с близким человеком или же устремиться в шумное общество, в компанию, на люди.

Маломотивированная смена настроения иногда создает впечатление о поверхностности и легкомыслии. Но это суждение не соответствует истине. Представители лабильного типа способны на глубокие чувства, на большую и искреннюю привязанность. Это прежде всего сказывается в их отношении к родным и близким, но лишь к тем, от кого они сами чувствуют любовь, заботу и участие. К ним привязанность сохраняется несмотря на легкость и частоту мимолетных ссор.

Лабильные подростки весьма чутки ко всякого рода знакам внимания, благодарности, похвалам и поощрениям - все это доставляет им искреннюю радость, но вовсе не побуждает к заносчивости или самомнению. Порицания, осуждения, выговоры, нотации глубоко переживаются и способны вторгнуться в беспросветное уныние. Действительные неприятности, утраты, несчастья лабильные подростки переносят чрезвычайно тяжело, обнаруживая склонность к реактивным депрессиям, тяжелым невротическим срывам.

Реакция эмансипации у лабильных подростков выражена весьма умеренно. Им хорошо в семье, если они чувствуют там любовь, тепло и уют. Эмансипационная активность проявляется в виде коротких вспышек, обусловленных капризами настроения и обычно трактуемых взрослыми как простое упрямство.

Самооценка. Лабильные подростки хорошо знают особенности своего характера, знают, что они - "люди настроения" и что от настроения у них все зависит. Отдавая отчет в слабых сторонах своей натуры, они не пытаются что-либо скрыть или затушевать, а как бы предлагают окружающим принимать их такими, какие они есть.

4. Астено-невротический тип

У подростков астено-невротического типа с детства нередко обнаруживаются признаки невротии - беспокойный сон и плохой аппетит, капризность, пугливость, плаксивость, иногда ночные страхи, ночной анурез, заикание и т. п.

Главными чертами астено-невротической акцентуации являются повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондричности. Утомляемость особенно проявляется в умственных занятиях. Умеренные физические нагрузки переносятся лучше, однако физические напряжения, например обстановка спортивных соревнований, оказываются невыносимыми. Раздражительность

неврастеников существенно отличается от гневности эпилептоидов и вспыльчивости гипертимов и более всего сходна с аффективными вспышками у подростков лабильного типа. Раздражение, нередко по ничтожному поводу, легко изливается на окружающих, порой случайно попавших под горячую руку, и столь же легко сменяется раскаянием и даже слезами. Склонность к ипохондризации является особенно типичной чертой. Такие подростки внимательно прислушиваются к своим телесным ощущениям, крайне подвержены ятрогении, охотно лечатся, укладываются в постель, подвергаются осмотрам. Наиболее частым источником ипохондрических переживаний, особенно у мальчиков, становится сердце.

Делинквентность, побеги из дому, алкоголизация и другие нарушения поведения подросткам астено-невротического типа не свойственны. Но это не означает, что специфически подростковые поведенческие реакции у них отсутствуют.

Стремление к эмансипации или тяга к группированию со сверстниками, не получая прямого выражения в силу астеничности, утомляемости и т. п., могут исподволь подогревать маломотивированные вспышки раздражения в отношении родителей, воспитателей, старших вообще, побуждать к обвинению родителей в том, что их здоровью уделяется мало внимания, или же порождать глухую неприязнь к сверстникам, у которых специфически-подростковые поведенческие реакции выражаются прямо и открыто. Сексуальная активность обычно ограничивается короткими и быстро истощающимися вспышками. К сверстникам тянутся, скучают без их компании, но быстро от них устают и ищут отдыха, одиночества или общества с близким другом.

Самооценка астено-невротических подростков обычно отражает их ипохондрические установки. Они отмечают зависимость плохого настроения от дурного самочувствия, плохой сон ночью и сонливость днем, разбитость по утрам.

5. Сенситивный тип

С детства проявляется пугливость и боязливость. Такие дети часто боятся темноты, сторонятся животных, страшатся остаться одни. Они чуждаются слишком бойких и шумных сверстников, не любят чрезмерно подвижных и озорных игр, рискованных шалостей, избегают больших детских компаний, чувствуют робость и застенчивость среди посторонних, в новой обстановке и вообще не склонны к легкому общению с незнакомыми людьми. Все это иногда производит впечатление замкнутости, отгороженности от окружающего и заставляет подозревать свойственные шизоидам аутистические наклонности. Однако с теми, к кому эти дети привыкли, они достаточно общительны. Сверстникам они нередко предпочитают игры с малышами, чувствуя себя среди них увереннее и спокойнее. Не проявляется также свойственный шизоидам ранний интерес к абстрактным знаниям, "детская энциклопедичность". Многие чтению охотно предпочитают тихие игры, рисование, лепку. К родным они иногда обнаруживают чрезвычайную привязанность, даже при холодном отношении или суровом обращении с их стороны. Отличаются послушанием, часто слывут "домашним ребенком".

Школа пугает их скопищем сверстников, шумом, возней, суетой и драками на переменах, но, привыкнув к одному классу и даже страдая от некоторых соучеников, они неохотно переходят в другой коллектив. Учатся обычно

старательно. Пугаются всякого рода контрольных, проверок, экзаменов. Нередко стесняются отвечать перед классом, боясь сбиться, вызвать смех, или, наоборот, отвечают гораздо меньше того, что знают, чтобы не прослыть выскочкой или чрезмерно прилежным учеником среди одноклассников.

Начало пубертатного периода обычно проходит без особых осложнений. Трудности адаптации чаще возникают в 16-19 лет. Именно в этом возрасте выступают оба главных качества сенситивного типа, отмеченные П. Б. Ганнушкиным, - "чрезвычайная впечатлительность" и "резко выраженное чувство собственной недостаточности".

Реакция эмансипации у сенситивных подростков бывает выражена довольно слабо. К родным сохраняется детская привязанность. К опеке старших относятся не только терпимо, но даже охотно ей подчиняются. Упреки, нотации и наказания со стороны близких скорее вызывают слезы, угрызания и даже отчаяние, чем обычно свойственный подросткам протест.

Рано формируется чувство долга, ответственности, высоких моральных и этических требований и к окружающим, и к самому себе. В себе же видится множество недостатков, особенно в области качеств морально-этических и волевых. Источником угрызений у подростков мужского пола зачастую служит столь частый в этом возрасте онанизм. Возникают самообвинения в "гнусности" и "распутстве", жестокие укоры себя в неспособности удержаться от пагубной привычки. Онанизму приписываются также собственное слабование во всех областях, робость и застенчивость, неудачи в учебе вследствие якобы слабеющей памяти или свойственная иногда периоду роста худоба, диспропорциональность телосложения и т. п.

Чувство собственной неполноценности у сенситивных подростков делает особенно выраженной реакцию *гиперкомпенсации*. Они ищут самоутверждения не в стороне от слабых мест своей натуры, не в областях, где могут раскрыться их способности, а именно там, где особенно чувствуют свою неполноценность. Девочки стремятся показать свою веселость. Робкие и стеснительные мальчики натягивают на себя личину развязности и 'даже нарочитой заносчивости, пытаются показать свою энергию и волю. Но как только ситуация неожиданно для них требует смелой решительности, они тотчас же пасуют. В силу той же реакции гиперкомпенсации сенситивные подростки оказываются на общественных постах (старосты и т. п.). Их выдвигают воспитатели, привлеченные послушанием и старательностью. Однако их хватает лишь на то, чтобы с большой личной ответственностью выполнять формальную сторону порученной им функции, но неформальное лидерство в таких коллективах достается другим. Намерение избавиться от робости и слабования толкает мальчиков на занятия силовыми видами спорта: борьбой, гантельной гимнастикой и т. п.

В отличие от шизоидов сенситивные подростки не отгораживаются от товарищей, не живут в воображаемых фантастических группах и не способны быть "белой вороной" в обычной подростковой среде. Они разборчивы в выборе приятелей, предпочитают близкого друга большой компании, очень привязчивы в дружбе. Некоторые из них любят иметь более старших по возрасту друзей. Ни к алкоголизации, ни к употреблению наркотиков, ни к делинквентному поведению

сенситивные подростки не склонны. Сенситивные юноши, как правило, даже не курят, алкогольные напитки же способны внушать им отвращение.

Слабым звеном сенситивных личностей является отношение к ним окружающих. Непереносимой для них оказывается ситуация, где они становятся объектом насмешек или подозрения в неблагоприятных поступках, когда на их репутацию падает малейшая тень или когда они подвергаются несправедливым обвинениям.

Самооценка сенситивных подростков отличается довольно высоким уровнем объективности. Подмечается свойственная с детства обидчивость и чувствительность, застенчивость, которая особенно мешает подружиться с кем хочется, неумение быть вожаком, заводилой, душой компании, неприязнь к авантюрам и приключениям, всякого рода риску и острым ощущениям, отвращение к алкоголю, нелюбовь к флирту и ухаживаниям

6. Психастенический тип

Психастенические проявления в детстве незначительны и ограничиваются робостью, пугливостью, моторной неловкостью, склонностью к рассуждательству и ранними "интеллектуальными интересами". Иногда уже в **детском возрасте** обнаруживаются навязчивые явления, особенно фобии - боязнь незнакомых людей и новых предметов, темноты, боязнь оказаться за запертой дверью.

Критическим периодом, когда психастенический характер разворачивается почти во всей своей полноте, являются первые классы школы. В эти годы безмятежное детство сменяется первыми требованиями к чувству ответственности. Подобные требования представляют один из самых чувствительных ударов для психастенического характера. Воспитание в условиях "повышенной ответственности", когда родители возлагают недетские заботы по надзору и уходу за младшими или беспомощными стариками, положение старшего среди детей в трудных материальных и бытовых условиях способствуют становлению психастении.

Главными чертами психастенического типа в подростковом возрасте являются нерешительность и склонность к рассуждательству, тревожная мнительность и любовь к самоанализу, легкость образования obsessions - навязчивых страхов, опасений, действий, ритуалов, мыслей, представлений.

Тревожная мнительность психастенического подростка отличается от сходных черт астено-невротического и сенситивного типов. Если астено-невротическому типу присущ страх за свое здоровье (ипохондрическая направленность мнительности и тревоги), а для сенситивного типа свойственно беспокойство по поводу отношения, возможных насмешек, пересудов, неблагоприятного мнения о себе окружающих (реактивная направленность мнительности и тревоги), то опасения психастеника целиком адресуются к возможному, даже к маловероятному в будущем (футуристическая направленность). Как бы чего не случилось ужасного и непоправимого, как бы не произошло какого-либо непредвиденного несчастья с ними самими, а еще страшнее с теми близкими, к которым они обнаруживают патологическую привязанность. У подростков особенно характерной бывает тревога за мать - как бы она не заболела и не умерла, хотя ее здоровье никому не внушает никаких опасений, как бы не попала в катастрофу, не погибла бы под транспортом.

Если мать опаздывает с работы, где-то без предупреждения задержалась, психастенический подросток не находит себе места.

Защитой от постоянной тревоги за будущее становятся специально выдуманные приметы и ритуалы. Если, например, шагая в школу, обходить все люки, не наступая на их крышки, то не провалишься на экзаменах, если не дотрагиваться до ручек двери, то не заразишься и не заболеешь, если при всякой вспышке страха за мать произносить про себя самим придуманное заклинание, то с ней ничего не случится и т. п. Другой защитой становится специально выработанный педантизм и формализм...

Нерешительность и рассуждательство у психастенического подростка идут рука об руку. Такие подростки бывают сильны на словах, но не в действиях. Всякий самостоятельный выбор, как бы малозначим он ни был, - например, какой фильм пойти посмотреть в воскресенье, - может стать предметом долгих и мучительных колебаний. Однако уже принятое решение должно быть немедленно исполнено. Ждать психастеники не умеют, проявляя удивительное нетерпение.

У психастенических подростков нередко приходится видеть *реакцию гиперкомпенсации* в отношении своей нерешительности и склонности к сомнениям. Эта реакция проявляется у них самоуверенными и безапелляционными суждениями, утрированной решительностью и скоропалительностью действий в моменты, когда требуется неторопливая осмотрительность и осторожность. Постигающие вследствие этого неудачи еще более усиливают нерешительность и сомнения. Физическое развитие психастеников обычно оставляет желать лучшего. Спорт, как и все ручные навыки, дается им плохо. Обычно у психастенических подростков особенно слабы и неловки руки при более сильных ногах. Поэтому привлечение к спорту лучше начинать с бега, прыжков, лыж и т. п., что такому подростку облегчает возможность утвердиться. Все описанные формы проявления подростковых нарушений поведения несвойственны психастеникам. Ни делинквентность, ни побеги из дому, ни алкоголь, ни наркотики, ни даже суицидальное поведение в трудных ситуациях нами не встречались.

Самооценка, несмотря на склонность к самоанализу, далеко не всегда бывает правильной. Часто выступает тенденция находить у себя самые разнообразные черты характера, включая совершенно несвойственные (например, истероидные).

7. Шизоидный тип

Название "шизоид" обычно приписывается Kretschmer (1921). Наиболее существенной чертой данного типа считается замкнутость, отгороженность от окружающего, неспособность или нежелание устанавливать контакты, снижение потребности в общении.

Детство. Шизоидные черты выявляются раньше, чем особенности характера всех других типов. С первых детских лет ребенок любит играть один, не тянется к сверстникам, избегает шумных забав, предпочитает держаться среди взрослых, иногда подолгу молча слушает их беседы. К этому иногда добавляется какая-то холодность и недетская сдержанность.

Подростковый период является самым тяжелым для шизоидной психопатии. С наступлением полового созревания все черты характера выступают с особой яростью. Замкнутость, отгороженность от сверстников бросаются в глаза. Но чаще

же шизоиды страдают сами от своей замкнутости, одиночества, неспособности к общению, невозможности найти себе друга по душе. Неудачные попытки завязать приятельские отношения, мимозоподобная чувствительность в моменты их поиска, быстрая истощаемость в контакте ("не знаю о чем еще говорить") нередко побуждают к еще большему уходу в себя.

Недостаток интуиции проявляется неумением проникнуть в чужие переживания, угадать желания других, догадаться о неприязненном отношении к себе или, наоборот, о симпатии и расположении, уловить тот момент, когда не следует навязывать свое присутствие и когда, наоборот, надо выслушать, посочувствовать, не оставлять собеседника с самим собой. К дефициту интуиции следует добавить тесно с ним связанный недостаток сопереживания - неумение разделять радость и печаль другого, понять обиду, прочувствовать чужое волнение и беспокойство. Иногда это обозначают как слабость эмоционального резонанса. К гамме шизоидных особенностей можно добавить неумение убеждать своими словами других.

Внутренний мир почти всегда закрыт от посторонних взоров. Шизоид нередко раскрывается перед людьми малознакомыми, даже случайными, но чем-то импонирующими его прихотливому выбору. Но он может навсегда остаться скрытой, непонятной вещью в себе для близких или тех, кто знает его много лет. Богатство внутреннего мира свойственно далеко не всем шизоидным подросткам и связано с определенным интеллектом или талантом.

Реакция эмансипации нередко проявляется весьма своеобразно. Шизоидный подросток может долго терпеть мелочную опеку в быту, подчиняться установленному для него распорядку жизни и режиму, но реагировать бурным протестом на малейшую попытку вторгнуться без позволения в мир его интересов, увлечений и фантазий. Вместе с тем эмансипационные устремления легко могут оборачиваться социальной нонконформностью - негодованием по поводу существующих правил и порядков, насмешками над распространенными вокруг идеалами, духовными ценностями, интересами, злопыхательством по поводу "отсутствия свободы". Подобного рода суждения могут долго и скрытно вынашиваться и неожиданно для окружающих реализоваться в публичных выступлениях или решительных действиях. Зачастую поражает прямолинейная критика других лиц без учета ее последствий для себя.

Как правило, шизоидные подростки стоят особняком от компаний сверстников. Попав же в подростковую группу, нередко случайно, они остаются в ней белыми воронами. Иногда они подвергаются насмешкам и даже жестоким преследованиям со стороны сверстников, иногда же, благодаря своей независимости, холодной сдержанности, неожиданному уменью постоять за себя, они внушают уважение и заставляют соблюдать дистанцию.

Реакция увлечения у шизоидных подростков выступает обычно ярче, чем все другие специфические поведенческие реакции этого возраста. Увлечения нередко отличаются необычностью, силой и устойчивостью. Чаще всего приходится встречать интеллектуально-эстетические хобби. Большинство шизоидных подростков любит книги, поглощают их запоем, чтению предпочитают все другие развлечения. Выбор для чтения может быть строго избирательным - только определенная эпоха из истории, только определенный жанр литературы,

определенное течение в философии и т. п. На втором месте стоят хобби мануально-телесного типа. Неуклюжесть, неловкость, негармоничность моторики, нередко приписываемая шизоидам, встречается далеко не всегда, а упорное стремление к телесному совершенствованию может сгладить эти недостатки. Место увлечений могут занимать одинокие многочасовые пешие или велосипедные прогулки. Некоторым шизоидам хорошо даются тонкие ручные навыки - игра на музыкальных инструментах, прикладное искусство - все это также может составить предмет увлечений.

Самооценка шизоидов отличается констатацией того, что связано с замкнутостью, одиночеством, трудностью контактов, непониманием со стороны окружающих. Противоречивости своего поведения они обычно не замечают или не придают ей значения. Любят подчеркивать свою независимость и самостоятельность.

8. Эпилептоидный тип

Детство. Картина эпилептоидной психопатии в части случаев выявляется еще в детстве. С первых лет такие дети могут подолгу, многими часами плакать и их невозможно бывает ни утешить, ни отвлечь, ни приструнить. В детстве дисфории проявляются капризами, стремлением нарочито изводить окружающих, хмурой озлобленностью. Рано могут обнаружиться садистические склонности - такие дети любят мучить животных, исподтишка избивать и дразнить младших и слабых, издеваться над беспомощными и неспособными дать отпор. В детской компании они претендуют не просто на лидерство, а на роль властелина, устанавливающего свои правила игр и взаимоотношений, диктующего всем и все, но всегда в свою пользу. Можно видеть также недетскую бережливость одежды, игрушек, всего своего". Любые попытки покушаться на их ребячью собственность вызывают крайне злобную реакцию. *В первые школьные годы* выступает мелочная скрупулезность в ведении тетрадей, всего ученического хозяйства, но эта повышенная аккуратность превращается в самоцель и может полностью заслонить суть дела, саму учебу.

Главными чертами эпилептоидного типа являются склонность к дисфориям, и аффективная взрывчатость, напряженное состояние инстинктивной сферы, иногда достигающее аномалии влечений, а также вязкость, тугоподвижность, тяжеловесность, инертность, откладывающие отпечаток на всей психике, - от моторики и эмоциональности до мышления и личностных ценностей. Дисфории, длящиеся часами и днями, отличают злобно-тоскливая окраска настроения, накапливающее раздражение, поиск объекта, на котором можно сорвать зло. Аффективные разряды эпилептоида лишь при первом впечатлении кажутся внезапными. Повод для взрыва может быть случайным, сыграть роль последней капли. Аффекты не только очень сильны, но и продолжительны - эпилептоид долго не может остыть.

Подростковый возраст. В подавляющем большинстве случаев картина эпилептоидной психопатии разворачивается лишь в период полового созревания от 12 до 19 лет. Аффективные разряды могут быть следствием дисфории - подростки в этих состояниях нередко сами ищут повода для скандала. Повод для гнева может быть мал и ничтожен, но он всегда сопряжен хотя бы с незначительным ущемлением интересов. В аффекте выступает безудержная ярость - циничная брань,

жестокие побои, безразличие к слабости и беспомощности противника и неспособность учесть его превосходящую силу. Эпилептоидный подросток в ярости способен наотмашь по лицу ударить престарелую бабушку, столкнуть с лестницы показавшего ему язык малыша, броситься с кулаками на заведомо более сильного обидчика. В драке обнаруживается стремление бить противника по гениталиям. Вегетативный аккомпанемент аффекта также ярко выражен - в гневе лицо наливается кровью, выступает пот и т. д.

Инстинктивная жизнь в подростковом возрасте оказывается особенно напряженной. Сексуальное влечение пробуждается с силой. Однако свойственная эпилептоидам повышенная забота о своем здоровье, "страх заразы" до поры до времени сдерживают случайные связи, заставляют отдать предпочтение более или менее постоянным партнерам. Любовь у представителей этого типа почти всегда бывает окрашена мрачными тонами ревности. Измен как действительных, так и мнимых, они никогда не прощают. Невинный флирт трактуется как тяжкое предательство.

Реакция эмансипации у эпилептоидных подростков нередко протекает очень тяжело. Дело может доходить до полного разрыва с родными, в отношении которых выступает крайняя озлобленность и мстительность. Эпилептоидные подростки не только требуют свободы, самостоятельности, избавления от власти, но и "прав", своей доли имущества, жилища, материальных благ. При конфликтах с матерью и отцом они могут держаться за бабушек и дедушек, которые их балуют, о них заботятся, им потакают. В отличие от представителей других типов, эпилептоидные подростки не склонны генерализовывать реакцию эмансипации с родителей на все старшее поколение, на существующие обычаи и порядки. Наоборот, перед начальством они бывают готовы на угодничество, если ждут поддержки или каких-либо выгод для себя.

Реакция группирования со сверстниками тесно сопряжена со стремлением к властвованию, поэтому охотно выискивается компания из младших, слабых, безвольных, не способных дать отпор. В группе такие подростки хотят установить свои порядки, выгодные для них самих. Симпатиями они не пользуются, и их власть держится на страхе перед ними. Они чувствуют себя нередко на высоте в условиях жесткого дисциплинарного режима, где умеют угодить начальству, добиться определенных преимуществ, завладеть формальными постами, дающими в их руки определенную власть, установить диктат над другими и использовать свое положение к собственной выгоде. Их боятся, но постепенно против них зреет бунт, в какой-то момент их "подводят" и они оказываются низринутыми со своего начальственного пьедестала.

Реакция увлечения обычно бывает выражена достаточно ярко. Почти все эпилептоиды отдают дань азартным играм. В них пробуждается почти инстинктивная тяга к обогащению. Коллекционирование их привлекает также прежде всего материальной ценностью собранного. В спорте заманчивым кажется то, что позволяет развить физическую силу. Подвижные коллективные игры даются им плохо. Совершенствование ручных навыков, особенно если это сулит определенные материальные блага (прикладное искусство, ювелирная работа и т. п.), также может оказаться в сфере увлечений. Многие из них любят музыку и пение.

Самооценка эпилептоидных подростков носит однобокий характер. Как правило, они отмечают склонность к мрачному расположению духа, свои соматические особенности - крепкий сон и трудность пробуждений, любовь сытно и вкусно поесть, силу и напряженность сексуального влечения, отсутствие застенчивости и даже свою склонность к ревности. В остальном, в особенности во взаимоотношениях с окружающими, они представляют себя значительно более конформными, чем это есть на самом деле.

9. Истероидный тип

Его главная черта - беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия. Предпочитается даже негодование или ненависть, направленные в свой адрес, но только не безразличие и равнодушие - только не перспектива остаться незамеченным. Все остальные качества истероида питаются этой чертой. Внушаемость, которую нередко выдвигают на первый план, отличается избирательностью: от нее ничего не остается, если обстановка внушения или само внушение не льют воду на мельницу эгоцентризма. Лживость и фантазирование целиком направлены на приукрашение своей персоны. Кажущаяся эмоциональность в действительности оборачивается отсутствием глубоких искренних чувств при большой экспрессии эмоций, театральности, склонности к рисовке и позерству.

Детство. Истероидные черты нередко намечаются с ранних лет. Такие дети не выносят, когда при них хвалят других ребят, когда другим уделяют внимание. Игрушки им быстро надоедают. Желание привлекать к себе взоры, слушать восторги и похвалы становится насущной потребностью. Они охотно перед зрителями читают стихи, танцуют, поют и многие из них действительно обнаруживают неплохие артистические способности. Успехи в учебе в первых классах во многом определяются тем, ставят ли их в пример другим. Среди поведенческих проявлений истероидности у подростков на первое место следует поставить суицидальность. Речь идет о несерьезных попытках, демонстрациях, "псевдосуицидах", "суицидальном шантаже". Способы при этом избираются либо безопасные (порезы вен на предплечьях, лекарства из домашней аптечки), либо рассчитанные на то, что серьезная попытка будет предупреждена окружающими (приготовление к повешению, изображение попытки выпрыгнуть из окна или броситься под транспорт на глазах у присутствующих и т. п.). Обильная суицидальная "сигнализация" нередко предшествует демонстрации или сопровождает ее: пишутся различные прощальные записки, делаются "тайные" признания приятелям, записываются "последние слова" на магнитофоне и т. п. Нередко причиной, толкнувшей истероидного подростка на "суицид", называется неудачная любовь. Однако часто удается выяснить, что это лишь романтическая завеса или просто выдумка. Действительной причиной обычно служат уязвленное самолюбие, утрата ценного для данного подростка внимания, страх упасть в глазах окружающих, особенно сверстников, лишиться ореола "избранника".

Свойственное истероидам "*бегство в болезнь*", изображение необычных таинственных заболеваний принимают иногда в среде некоторых подростковых

компаний, в частности подражающих западным "хиппи", новую форму, выражаясь стремлением попасть в психиатрическую больницу и тем заполучить в подобной среде репутацию необычности. Для достижения этой цели используется разыгрывание роли наркомана, суицидальные угрозы и, наконец, жалобы, почерпнутые из учебников психиатрии, причем разного рода деперсонализационно-дереализационные симптомы и циклические колебания настроения пользуются особой популярностью. *Алкоголизация или употребление наркотиков* у истероидных подростков также иногда носит демонстративный характер.

У истероидных подростков сохраняются черты детских реакций оппозиции, имитации и др. Чаще всего приходится видеть *реакцию оппозиции* на утрату или уменьшение привычного внимания со стороны родных, на потерю роли семейного кумира. Проявления реакции оппозиции могут быть теми же, что и в детстве, - уход в болезнь, попытки избавиться от того, на кого внимание переключилось (например, заставить мать разойтись с появившимся отчимом), но чаще эта детская реакция оппозиции выявляется подростковыми нарушениями поведения. Выпивки, знакомство с наркотиками, прогулы, воровство, асоциальные компании предназначаются для того, чтобы просигнализировать: "Верните мне прежнее внимание, иначе я сойду с пути!" Реакция имитации может многое определять в поведении истероидного подростка. Однако модель, избранная для подражания, не должна заслонять саму подражающую персону. Поэтому для имитации избирается образ абстрактный или лицо, пользующееся популярностью среди подростков, но не имеющее непосредственного контакта с данной группой ("кумир моды"). Выдумки подростков-истероидов отчетливо разнятся от фантазий шизоидов. Истероидные фантазии изменчивы, всегда предназначены для определенных слушателей и зрителей, подростки легко вживаются в роль, ведут себя соответственно своим выдумкам.

Реакция эмансипации может иметь бурные внешние проявления: побеги из дому, конфликты с родными и старшими, громогласные требования свободы и самостоятельности и т. п. Однако по сути дела настоящая потребность свободы и самостоятельности вовсе не свойственна подросткам этого типа - от внимания и забот близких они совсем не жаждут избавиться. Эмансипационные устремления часто сползают на рельсы детской реакции оппозиции.

Реакция группирования со сверстниками всегда сопряжена с претензиями на лидерство или на исключительное положение в группе. Обладая хорошим интуитивным чутьем настроения группы, истероиды могут быть выступать в роли зачинщиков и зажигателей. В порыве, в экстазе, они могут повести за собой других, даже проявить безрассудную смелость. Но они всегда оказываются жожаками на час - перед неожиданными трудностями пасуют, друзей легко предают, лишены восхищенных взоров, сразу теряют весь задор. Главное, группа вскоре распознает за внешними эффектами их внутреннюю пустоту. Это осуществляется особенно быстро, когда истероидные подростки добиваются лидерской позиции, "пуская пыль в глаза" историями о своих былых удачах и приключениях. Все это ведет к тому, что истероидные подростки не склонны слишком долго задерживаться в одной и той же подростковой группе и охотно устремляются в новую, чтобы начать все сначала. Если от истероидного подростка слышишь, что он разочаровался в своих приятелях, можно смело полагать, что те "раскусили" его.

Увлечения почти целиком сосредоточиваются в области эгоцентрического типа хобби. Предпочитаются те виды искусства, которые наиболее модны среди подростков своего круга или поражают своей необычностью (например, театр мимов).

Самооценка истероидных подростков далека от объективности. Подчеркиваются те черты характера, которые в данный момент могут произвести впечатление.

10. Неустойчивый тип

Краепелин (1915) назвал представителей этого типа безудержными, неустойчивыми.

В детстве они отличаются непослушанием, непоседливостью, всюду и во все лезут, но при этом трусливы, боятся наказаний, легко подчиняются другим детям. Элементарные правила поведения усваиваются с трудом. За ними все время приходится следить. У части из них встречаются симптомы невропатии (заикание, ночной анурез и т. д.). С первых классов школы нет желания учиться. Только при непрестанном и строгом контроле, нехотя подчиняясь, они выполняют задания, всегда ищут случая отлынивать от занятий. Вместе с тем рано обнаруживается повышенная тяга к развлечениям, удовольствиям, праздности, безделью. Они убегают с уроков в кино или просто погулять по улице. Подстрекаемые более стеничными сверстниками, могут ради компании сбежать из дома. Все дурное словно липнет к ним. Склонность к имитации у неустойчивых подростков отличается избирательностью: образами для подражания служат лишь те модели поведения, которые сулят немедленные наслаждения, смену легких впечатлений, развлечения. Еще детьми они начинают курить. Легко идут на мелкие кражи, готовы все дни проводить в уличных компаниях. Когда же они становятся подростками, то прежние развлечения, вроде кино, их уже не удовлетворяют, и они дополняют их более сильными и острыми ощущениями - в ход идут хулиганские поступки, алкоголизация, наркотики...

С наступлением пубертатного периода такие подростки стремятся высвободиться из-под родительской опеки. *Реакция эмансипации* у неустойчивых подростков тесно сопряжена все с теми же желаниями удовольствия и развлечения. Истинной любви к родителям они никогда не питают. К бедам и заботам семьи относятся с равнодушием и безразличием. Родные для них - лишь источник средств для наслаждений. Неспособные сами занять себя, они очень плохо переносят одиночество и рано тянутся к уличным подростковым группам. Трусость и недостаточная инициативность не позволяют им занять в них место лидера. Обычно они становятся орудиями таких групп.

Их увлечения целиком ограничиваются информативно-коммуникативным типом хобби, да азартными играми. К спорту они испытывают отвращение. Только автомашина и мотоцикл. Учеба легко забрасывается. Никакой труд не становится привлекательным. Работают они только в силу крайней необходимости. Поражает их равнодушие к своему будущему, они не строят планов, не мечтают о какой-либо профессии или о каком-либо положении для себя. Они целиком живут настоящим, желая извлечь из него максимум развлечений и удовольствий. Трудности, испытания, неприятности, угроза наказаний - все это вызывает одинаковую реакцию

- убежать подальше. Побег из дому и интернатов - нередкий поступок неустойчивых подростков.

Слабое место неустойчивых - безнадзорность, обстановка попустительства, открывающая просторы для праздности и безделья. Слабоволие является, видимо, одной из основных черт неустойчивых. Именно слабоволие позволяет удержать их в обстановке сурового и жестко регламентированного режима. Когда же за ними непрерывно следят, не позволяют отлынивать от работы, когда безделье грозит суровым наказанием, а ускользнуть некуда, да и вокруг все работают - они на время смиряются. Но как только опека начинает ослабевать, они немедленно устремляются в ближайшую "подходящую компанию".

Самооценка неустойчивых подростков нередко отличается тем, что они приписывают себе либо гипертимные, либо конформные черты.

11. Конформный тип

Главная черта характера этого типа - постоянная и чрезмерная конформность к своему непосредственному привычному окружению. Этим личностям свойственны недоверие и настороженное отношение к незнакомцам. Как известно, в современной социальной психологии под конформностью принято понимать подчинение индивидуума мнению группы в противоположность независимости и самостоятельности. В разных условиях каждый субъект обнаруживает ту или иную степень конформности. Однако при конформной акцентуации характера это свойство постоянно выявляется, будучи самой устойчивой чертой.

Представители конформного типа - это люди своей среды. Их главное качество, главное жизненное правило - думать "как все", поступать "как все", стараться, чтобы все у них было "как у всех" - от одежды и домашней обстановки до мировоззрения и суждений по животрепещущим вопросам. В хорошем окружении - это неплохие люди и неплохие работники. Но, попав в дурную среду, они со временем усваивают все ее обычаи и привычки, манеры и правила поведения, как бы все это ни противоречило предыдущим и как бы пагубным ни было. Хотя адаптация у них первое время происходит довольно тяжело, но когда она осуществилась, новая среда становится таким же диктатором поведения, как раньше была прежняя. Поэтому конформные подростки "за компанию" легко спиваются, могут быть втянуты в групповые правонарушения. Конформность сочетается с поразительной нескритичностью. Все, что говорит привычное для них окружение, все, что они узнают через привычный для них канал информации, - это для них и есть истина.

Они - неинициативны. Очень хорошие результаты могут достигаться на любой ступени социальной лестницы, лишь бы работа, занимаемая должность не требовали бы постоянной личной инициативы. Если именно этого от них требует ситуация, они дают срыв на любой, самой незначительной должности, выдерживая гораздо более высококвалифицированную и даже напряженную работу, если она четко регламентирована. Они совсем не склонны менять свою подростковую группу, в которой свыклись и освоились. Нередко решающим в выборе учебного заведения является то, куда идет большинство товарищей. Одной из самых тяжелых психических травм, которая, по-видимому, для них существует, - это когда привычная подростковая группа почему-либо их изгоняет. Лишенные собственной

инициативы конформные подростки могут быть втянуты в групповые правонарушения, в алкогольные компании, подбиты на побег из дому или науськаны на расправу с чужаками.

Реакция эмансипации ярко проявляется только в случае, если родители, педагоги, старшие отрывают конформного подростка от привычной ему среды сверстников, если они противодействуют его желанию "быть как все", перенять распространенные подростковые моды, увлечения, манеры, намерения. Увлечения конформного подростка целиком определяются его средой и модой времени.

Смешанные типы

Эти типы составляют почти половину случаев явных акцентуаций. Их особенности нетрудно представить на основании предыдущих описаний. Встречающиеся сочетания не случайны. Они подчиняются определенным закономерностям. Черты одних типов сочетаются друг с другом довольно часто, а других - практически никогда. Существуют *два рода сочетаний*:

1. **Промежуточные типы** обусловлены эндогенными закономерностями, прежде всего генетическими факторами, а также особенностями развития в раннем детстве. К ним относятся уже описанные лабильно-циклоидный и конформно-гипертимный типы, а также сочетания лабильного типа с астено-невротическим и сенситивным, астено-невротического с сенситивным и психастеническим. Сюда же могут быть отнесены такие промежуточные типы, как шизоидо-сенситивный, шизоидо-психастенический, шизоидо-эпилептоидный, шизоидо-истероидный, истероидно-эпилептоидный. В силу же эндогенных закономерностей возможна трансформация гипертимного типа в циклоидный.
2. **Амальгамные типы** - это тоже смешанные типы, но иного рода. Они формируются как следствие напластования черт одного типа на эндогенное ядро другого в силу неправильного воспитания или иных хронически действующих психогенных факторов. Здесь также возможны далеко не все, а лишь некоторые наслоения одного типа на другой.

Гипертимно-неустойчивый и *гипертимно-истероидный* типы представляют собой присоединение неустойчивых или истероидных черт к гипертимной основе.

Лабильно-истероидный тип обычно бывает следствием наслоения и истероидности на эмоциональную лабильность, а *шизоидно-неустойчивый* и *эпилептоидно-неустойчивый* - неустойчивости на шизоидную или эпилептоидную основу. Последнее сочетание отличается повышенной криминогенной опасностью.

При *истероидно-неустойчивом* типе неустойчивость является лишь формой выражения истероидных черт.

Конформно-неустойчивый тип возникает как следствие воспитания конформного подростка в асоциальном окружении. Развитие эпилептоидных черт на основе конформности возможно, когда подросток вырастает в условиях жестких взаимоотношений. Другие сочетания практически не встречаются.

Динамика акцентуаций характера

Можно выделить *две основные группы* динамических изменений при акцентуациях характера.

Первая группа - это преходящие, транзиторные изменения.

1. Острые аффективные реакции. Встречается несколько видов:

- *Интрапунитивные реакции* представляют собой разряд аффекта путем аутоагрессии - нанесение себе повреждений, покушение на самоубийство, учинение себе вреда разными способами (отчаянные безрассудные поступки с неизбежными неприятными последствиями для себя, порча ценных личных вещей и т. п.). Наиболее часто этот вид реакций встречается при двух, казалось бы, диаметрально противоположных по складу типах акцентуаций - сенситивной и эпилептоидной.
- *Экстрапунитивные реакции* подразумевают разряд аффекта путем агрессии на окружающее - нападение на обидчиков или "вымещение злобы" на случайных лицах или попавших под руку предметах. Наиболее часто этот вид реакции можно видеть при гипертимной, лабильной и эпилептоидной акцентуациях.
- *Иммунитивная реакция* проявляется в том, что аффект разряжается путем безрассудного бегства из аффектогенной ситуации, хотя это бегство никак эту ситуацию не исправляет, а часто даже очень дурно оборачивается. Этот вид реакции чаще встречается при неустойчивой, а также при шизоидной акцентуациях.
- *Демонстративные реакции*, когда аффект разряжается в "спектакль", в разыгрывание бурных сцен, в изображение попыток самоубийства и т. п. Этот вид реакций весьма характерен для истероидной акцентуации, но может встречаться и при эпилептоидной и при лабильной.

2. Преходящие психопатоподобные нарушения поведения ("пубертатные поведенческие кризы").

Катамнестические исследования показывают, что если эти нарушения поведения возникают на фоне акцентуации характера, то у 80% при повзрослении наступает удовлетворительная социальная адаптация. Однако прогноз зависит от типа акцентуации. Наиболее благоприятно предсказание при гипертимной акцентуации (86% хорошей адаптации), наименее - при неустойчивой (всего 17%).

Преходящие нарушения поведения могут проявляться в виде: 1) делинквентности, т. е. в проступках и мелких правонарушениях, не достигающих наказуемого в судебном порядке криминала; 2) токсикоманического поведения, т. е. в стремлении получить состояние опьянения, эйфории или пережить иные необычные ощущения путем употребления алкоголя или других дурманящих средств; 3) побегов из дома и бродяжничества; 4) транзиторных сексуальных девиаций (ранней половой жизни, промискуитета, преходящего подросткового гомосексуализма и др.).

3. Разнообразные психогенные психические расстройства (неврозы, реактивные депрессии и т. п.).

Но в данном случае дело уже не ограничивается "динамикой акцентуаций": происходит переход на качественно иной уровень - развитие болезни.

Ко второй группе динамических изменений при акцентуациях характера принадлежат его относительно стойкие изменения. Они могут быть нескольких типов.

1. *Переход "явной" акцентуации в скрытую, латентную.* Под влиянием повзреления и накопления жизненного опыта акцентуированные черты характера сглаживаются, компенсируются.

Тем не менее при латентных акцентуациях под влиянием некоторых психогенных факторов, а именно тех, которые адресуются к "слабому звену", к "месту наименьшего сопротивления", присущему данному типу акцентуации, может произойти нечто, аналогичное декомпенсации при психопатиях. Черты определенного типа акцентуации, до этого замаскированные, раскрываются во всей полноте и порою внезапно.

2. *Формирование* на почве акцентуаций характера под действием неблагоприятных условий среды *психопатических развитий*, достигающих уровня среды патологии ("краевые психопатии", по О. В. Кербикову).

Для этого обычно бывает необходимо сочетанное действие нескольких факторов:

- наличие изначальной акцентуации характера;
- неблагоприятные условия среды должны быть такими, чтобы адресоваться именно к "месту наименьшего сопротивления" данного типа акцентуации;
- их действие должно быть достаточно продолжительным;
- оно должно упасть на критический для формирования данного типа акцентуации возраст.

Этим возрастом для шизоида является детство, для психоастеника - первые классы школы, для большинства других типов - разные периоды подросткового возраста (от 11-13 лет у неустойчивого до 16-17 лет у сенситивного типов). Только при паранойальном типе критическим является более старший возраст - 30-40 лет - период высокой социальной активности.

3. *Трансформация типов акцентуаций характера является одним из кардинальных явлений в их возрастной динамике.*

Суть этих трансформаций состоит обычно в присоединении черт близкого, совместимого с прежним, типа и даже в том, что черты последнего становятся доминирующими. Наоборот, в случаях изначально смешанных типов черты одного из них могут настолько выходить на первый план, что полностью заслоняют черты другого. Это касается обоих видов смешанных типов, описанных нами: и промежуточных, и "амальгамных". Промежуточные типы обусловлены эндогенными факторами и, возможно, особенностями развития в раннем детстве. Примерами их могут быть типы: лабильно-циклоидный, конформно-гипертимный, шизоидно-эпилептоидный, истеро-эпилептоидный. Амальгамные типы формируются как напластование черт нового типа на эндогенное ядро прежнего. Эти наслоения бывают обусловлены длительно действующими психогенными факторами, например, неправильным воспитанием. Так, вследствие безнадзорности или гипопротекции в воспитании черты неустойчивого типа могут наслоиться на гипертимное, конформное, эпилептоидное и реже на лабильное или шизоидное ядро. При воспитании в обстановке "кумира семьи" (потворствующая

гиперпротекция), истерические черты легко наслаиваются на основу лабильного или гипертимного типа.

Трансформация типов возможна только по определенным закономерностям - только в сторону совместных типов. Трансформации типов акцентуаций с возрастом могут быть обусловлены как эндогенными закономерностями, так и факторами экзогенными - как биологическими, так и особенно социально-психологическими.

Примером эндогенной трансформации может послужить превращение части гипертимов в послеподростковом возрасте (18-19 лет) в циклоидный тип. Сначала на фоне постоянной до этого гипер-тимности появляются короткие субдепрессивные фазы. Затем циклоидность обрисовывается еще более отчетливо. Вследствие этого у студентов-первокурсников в сравнении со школьниками старших классов частота гипертимной акцентуации заметно снижается, а частота циклоидной заметно возрастает.

Примером трансформации типов акцентуации под действием экзогенных биологических факторов является присоединение, аффективной лабильности ("легко взрываются, но быстро отходят") как одной из ведущих черт характера к гипертимному, лабильному, астено-невротическому, истероидному типам акцентуации вследствие перенесенных в подростковом и молодом возрасте легких, но повторных черепно-мозговых травм.

Мощным трансформирующим фактором являются продолжительные неблагоприятные социально-психологические влияния в подростковом возрасте, т. е. в период становления большинства типов характера. К ним, прежде всего, относятся разные *виды неправильного воспитания*. Можно указать на следующие из них:

- гипопротекция, достигающая в крайней степени безнадзорности;
- "потворствующая гипопротекция", когда родители предоставляют подростка самому себе, фактически не заботясь о его поведении, но при начинающихся проступках и даже правонарушениях всячески его выгораживают, отводя все обвинения, стремятся любыми способами освободить от наказаний и т. п.;
- доминирующая гиперпротекция ("гиперопека");
- потворствующая гиперпротекция, в крайней степени достигающая воспитания "кумира семьи";
- эмоциональное отвержение, в крайних случаях достигающее степени третирования и унижения (воспитание по типу "Золушки");
- воспитание в условиях жестоких взаимоотношений; в условиях повышенной моральной ответственности; в условиях "культы болезней".

3.4. Личность

В структуре психической индивидуальности личность занимает высшую ступень иерархической лестницы. Личностные качества формируются на базе нижележащих уровней, но не определяются исключительно их типами и свойствами. В отличие от типов темперамента и черт характера (устойчивых и практически неизменных параметров индивидуальности), качества личности могут

изменяться в течение жизни, иметь тенденцию к разнонаправленности в зависимости от внешних и внутренних устремлений.

Личность – это относительно устойчивая система социально значимых черт, характеризующая индивида как члена того или иного общества или общности (Менделевич В.Д.). Если свойства темперамента или черты характера могут проявляться вне зависимости от социального окружения, то качества личности невозможно проявлять вне общения и взаимодействия с людьми или иными живыми существами.

Основными отличиями личностных качеств от характерологических черт являются: степень волевой регуляции поведения, использование нравственных оснований, мировоззренческих установок, склонностей и социальных интересов при выборе системы поступков.

Для клинической психологии знание механизмов формирования личностных качеств и механизмов становления характерологических свойств является актуальным. Актуальность связана с распространенными изменениями характера и личности, появляющимися у лиц, у которых возникло соматическое или психическое заболевание, которые перенесли жизненные потрясения.

Подходы к пониманию личности и закономерностей ее развития в психологии

Проблемы личности, ее развития и управления формированием относятся к числу фундаментальных направлений психологии. Теоретическое и экспериментальное исследования механизмов и условий развития личности уже давно образуют самостоятельную область психологии.

Проблема исследования личности и закономерностей ее развития сохраняет свою актуальность и на современном этапе развития психологии. В психологической науке выделяется несколько основных подходов к изучению личности. При этом каждый подход имеет свою теорию, свои представления о процессах развития личности, о ее свойствах и структуре, свои методы их измерения.

В плане структуры авторами выделяются три уровня анализа личности как психологического образования: свойства отдельных «элементов» личности, компоненты («блоки») личности и свойства целостной личности. Соотношение свойств и блоков личности всех трех уровней называют структурой личности (Райгородский Д.Я.).

Некоторые теории, а иногда и разные авторы в рамках одной и той же теории, обращают внимание не на все уровни, а лишь на один из них. Название элементов и блоков личности при этом сильно варьируют. Отдельные свойства часто называют чертами, диспозициями, особенностями характера, качествами, факторами, шкалами личности, блоки – компонентами, сферами, инстанциями, аспектами, подструктурами.

В классической психоаналитической традиции (З.Фрейд) личность, функционируя как единое целое, включает в себя Ид как биологическую составляющую, Эго — как психологическую составляющую и Суперэго — как социальную. Общий ход развития личности приводит к усилению структур

Суперэго и Эго, а социализация и социальная адаптация личности происходят в результате вытеснения влечений и переключения энергии на санкционированные обществом объекты. Внутриличные конфликты сопровождаются повышением тревоги, справляясь с которой человек использует различные механизмы психологической защиты. В результате его поведение становится «правильным», он успешно адаптируется к окружающей его социальной среде.

Несколько иначе понимают структуру личности и ее генезис более поздние последователи психодинамического взгляда на личность – Э.Фромм, К.Хорни, Г.Салливан.

Согласно *Э.Фромму*, структуру личности определяют экзистенциальные потребности (потребности в установлении связей, в преодолении, в корнях, в идентичности, в системе взглядов и преданности). Здесь личность – это целостность врожденных и приобретенных психических свойств, характеризующих индивида и делающих его уникальным. Под приобретенными свойствами автор понимал, прежде всего, различия в характере, представляющие проблему этики и свидетельствующие об уровне, достигнутом индивидом в искусстве жить.

Основу личности, по *К.Хорни*, составляют невротические потребности, в том числе потребности в любви, привязанности и доверии, в руководящем партнере, в ограничениях, во власти, в эксплуатации, в общественном признании, в восхищении собой, в честолюбии, в самодостаточности и независимости, в безупречности. С точки зрения К.Хорни, решающим фактором развития личности являются социальные отношения между ребенком и родителями, прежде всего касающиеся двух важнейших тенденций детства – стремления к удовлетворению своих желаний и стремления к безопасности. Причем ведущей является последняя тенденция: удовлетворение потребности в безопасности ведет к формированию здоровой личности; и наоборот – поведение родителей, препятствующих этому (насмешки, невыполнение обещаний, гиперопека, оказание явного предпочтения братьям и сестрам и т. п.), ведет к развитию у ребенка базальной тревоги – ощущения одиночества и беспомощности перед лицом потенциально опасного мира.

С точки зрения *Г.Салливана*, личность – это некая гипотетическая сущность, которая не может быть оторвана от межличностных ситуаций, и межличностное поведение являет все, что может быть рассмотрено как личность. Поэтому Г.Салливан подчеркивал, что единицей научного анализа должна стать межличностная ситуация. Ребенок с первого дня жизни является частью межличностной ситуации и на протяжении остальной жизни остается в составе социального поля [83, с.275].

Современные теории, развивающиеся в направлении психодинамического подхода (*М.Балинт, Дж.Боулби, Д.Винникотт*), фокусируют свое внимание уже не на феноменах внутриличной динамики, а на процессах межличностного взаимодействия ребенка и родительских фигур на ранних этапах онтогенеза. В современном психоанализе достаточно подробно рассмотрены проблемы идентификации, обозначения личностных границ, формирования привязанностей. Именно в этой группе теорий достаточно подробно (хотя и не всегда экспериментально обоснованно) описаны механизмы и условия развития тех или иных паттернов взаимодействия человека с миром, особенностей его системы отношений с социальным окружением.

В рамках гуманистического подхода (А.Маслоу, К.Роджерс), личность – это внутренний мир человеческого «Я», возникающий как результат процесса самоактуализации, а структура личности – это индивидуальное соотношение «реального Я» и «идеального Я», а также индивидуальный уровень развития потребностей в самоактуализации. Сущность социальной адаптации – в оптимальном взаимодействии личности и среды. Основным критерий развития личности – степень интеграции личности и среды. Целью социальной адаптации человека является достижение духовного здоровья и соответствия ценностей личности ценностям социума. В процессе социализации человек стремится к достижению своих жизненных целей, личностному росту, развивая и используя свой творческий потенциал. Критерий социальной адаптации – здоровая, успешная, творческая личность. Однако, будучи очень продуктивным в плане описания критериев и условий формирования здоровой «самоактуализирующейся» личности, представителям гуманистического подхода не удалось вскрыть закономерности самого развития и возможных отклонений от этой идеальной траектории.

Когнитивная модель (Д.Баннистер, Дж.Келли, Ф.Франселла) так же не очень эффективна в понимании закономерностей формирования личности, но хорошо описывает структуру личности как систему организованных личностных конструктов, в которых перерабатывается (воспринимается и интерпретируется) личный опыт человека.

В поведенческой модели (А.Бандура, Д.Зиглер, Дж.Роттер, Б.Скиннер, А.Хьюелл, Дж.Уотсон) личность – это система социальных навыков и условных рефлексов, с одной стороны, и система внутренних факторов: самооэффективности, субъективной значимости и доступности – с другой. Структура личности – это сложно организованная иерархия рефлексов или социальных навыков, в которой ведущую роль играют внутренние блоки самооэффективности, субъективной значимости и доступности. Развитие личности с точки зрения поведенческого подхода – процесс и результат научения. В ходе социализации окружающие ребенка взрослые одобряют, подкрепляют одни модели поведения и не поддерживают другие. В результате личность формирует поведение, соответствующее или несоответствующее ожиданиям социума. В первом случае говорят о социально адаптированной личности, во втором случае имеет место социальная дезадаптация.

В рамках диспозиционного подхода (В.С.Мерлин, В.Д. Небылицин, Г.Олпорт, И.П.Павлов, В.М.Русалов), личность – это сложная система формально-динамических свойств (темперамента), черт и социально-обусловленных свойств. Структура личности – это организованная иерархия отдельных биологически детерминированных свойств, входящих в определенные соотношения и образующих определенные типы темперамента и черт, а также совокупность содержательных свойств, составляющих проприум человека. И.П.Павлов в зависимости от связи между второй и первой сигнальными системами выделил три типа личностей: художественный, мыслительный, смешанный. Основоположники конституциональной теории поведения личности Е.Кречмер, В.Шелдон высказали идею об отличиях в психической сфере индивидов в зависимости от их телодвижения.

По мнению основоположника теории черт Г.Олпорта, личность – динамическая организация тех психофизиологических систем индивида, которые

определяют единственные способы приспособляемости к внешней среде в смысле характеристических способов поведения и переживания. Черта – это предрасположенность человека вести себя сходным образом в различное время и в различных ситуациях.

В рамках деятельностного подхода (К.А.Абульханова-Славская, А.В.Брушлинский, А.Н.Леонтьев, С.Л.Рубинштейн и др.), личность – это сознательный субъект, занимающий определенное положение в обществе и выполняющий социально полезную общественную роль. Структура личности – это сложно организованная иерархия отдельных свойств, блоков (направлений, способностей, характера, самоконтроля) и системных экзистенциально-бытийных целостных свойств личности.

Многообразие направлений в рамках деятельностного подхода к изучению личности, к выявлению и определению компонентов, составляющих ее психологическую структуру, и закономерностей ее развития позволяет выделить различные аспекты психологического исследования. Исходя из общепсихологической трактовки личности как "системного" (общественного) качества человека (А.Н.Леонтьев) и конкретизируя это качество как субъектный уровень включенности человека в мир, можно выделить в отечественной психологии следующие направления исследований.

Это исследования личности как **субъекта жизнедеятельности и жизненного пути человека** (К.А.Абульханова-Славская, В.С.Мерлин, В.Н.Мясищев), исследования личности как **субъекта предметной деятельности** (Б.Ф.Ломов, В.Д.Шадриков) и как **субъекта общения** (Г.М.Андреева, А.А.Бодалев, А.А.Леонтьев, Б.Ф.Ломов, А.В.Петровский и др.).

Так, А.Н.Леонтьев подходит к рассмотрению понятия «личность» с позиции анализа понятия «деятельность». «Анализ движения деятельности и порождаемых им форм психического отражения, - отмечает А.Н.Леонтьев, - приводит к необходимости ввести понятие о конкретном субъекте, о личности как о внутреннем моменте деятельности» (Леонтьев А.Н., 1977). Автор рассматривает личность как предмет психологического исследования, различные подходы к изучению личности, соотношение категорий «индивид» и «личность», связь категорий «мотивы», «эмоции» и «личность», деятельность как основание личности и процесс формирования личности. Личность, как и индивид, по А.Н.Леонтьеву, представляет собой продукт интеграции процессов, осуществляющих жизненные отношения субъекта.

В психологических теориях личности, по выражению А.Н.Леонтьева, наблюдаются смешения и противопоставления различных подходов к исследованию личности. Однако имеются общие положения о личности, принимаемые с теми или иными оговорками всеми авторами. Одно из них состоит в том, что «личность представляет собой некое неповторимое единство, некую целостность». Другое положение заключается в признании за личностью роли «высшей интегрирующей инстанции, управляющей психическими процессами». «Личность «определяется природой» самих порождающих его отношений: это специфические для человека общественные отношения, в которые он вступает в своей предметной деятельности». При этом автором подчеркивается, что при всем многообразии форм и видов деятельности общественные отношения предполагают сознательное

регулирование, то есть сознание, а на известных этапах развития также и самосознание.

Более полно взаимосвязь элементов в структуре личности отражена в *концепциях личности А.Г.Ковалева и В.Н.Мясищева*, которые выделяют в качестве основных структурных особенностей личности соотношение социальных и индивидуальных тенденций синтеза свойств личности. Т.е. личность рассматривается как система функционирования тех или иных свойств, процессов и состояний личности на структурном уровне.

В современной отечественной психологии кроме структурных описаний личности развиваются концепции, выделяющие динамические аспекты психической регуляции и разрабатывающие описание психики как процесса. В отечественной психологии начало теоретическим исследованиям в этом направлении было положено работами Б.Г.Ананьева, С.Л.Рубинштейна и др.

По *С.Л.Рубинштейну*, личность – это относительно поздний продукт общественно-исторического и онтогенетического развития человека, она выступает как воедино связанная совокупность внутренних условий, через которые преломляются все внешние воздействия (в эти внутренние условия включаются и психические явления - психические свойства и состояния личности). В отличие от А.Н.Леонтьева, С.Л.Рубинштейн и его последователи (*К.А.Абульханова-Славская, А.В.Брушлинский*) подчеркивают, что деятельность личности (и сама личность) понимается не как особая разновидность психической активности, а как реальная, объективно наблюдаемая практическая, творческая, самостоятельная деятельность конкретного человека.

Среди многих работ по теории личности в отечественной психологии выделяются работы *Б.Г.Ананьева, А.Г.Ковалева, В.Н.Мясищева, К.К.Платонова*, расхождения между которыми в толковании понятия личности характерны для современного состояния проблемы.

А.Г.Ковалев ставит вопрос о целостном духовном облике личности, его происхождении и строении как вопрос о синтезе сложных структур: темперамента (структуры природных свойств), направленности (система потребностей, интересов и идеалов), способностей (система интеллектуальных, волевых и эмоциональных свойств). Все эти структуры, по мнению *Б.Г.Ананьева*, возникают из взаимосвязи психических свойств личности, характеризующий «устойчивый, постоянный уровень активности, обеспечивающий наилучшее приспособление индивида к воздействующим раздражителям вследствие наибольшей адекватности их отражения. В процессе деятельности свойства определенным образом связываются друг с другом в соответствии с требованиями деятельности». Так складываются сложные структуры, синтезом которых является личность.

В.Н.Мясищев сформулировал одно из важнейших в советской психологии принципиальных положений теории личности. Он подчеркивал, что система общественных отношений, в которую оказывается включенным каждый человек со времени своего рождения и до смерти, формирует его субъективные отношения ко всем сторонам действительности. И эта система отношений человека к окружающему миру и к самому себе является наиболее специфической характеристикой личности, более специфической, чем темперамент, характер и способности. Это положение концепции В.Н.Мясищева для данного исследования

имеет методологическое значение. Разделяя взгляды В.Н.Мясищева на развитие личности как процесс формирования системы отношений, целесообразным и необходимым было включить аспект отношений в эмпирическое исследование диссертационной работы. Развитие отношений в структуре личности человека происходит, согласно В.Н.Мясищеву, в результате отражения им на сознательном уровне сущности объективно существующих социальных отношений. Именно эта макро-и-микро-социальная среда, способствуя формированию и проявлению потребностей, интересов и склонностей человека, действуя в связи с особенностями его организма, создает неповторимо своеобразную личность.

Иначе представляет себе уровень интеграции в структуре личности **К.К.Платонов**. Он подчеркивает необходимость более точного определения этого понятия, говоря о динамической функциональной структуре личности и указывая на возможности более детальной и более общей характеристики. «Наиболее общей структурой личности является отнесение всех ее особенностей и черт к одной из четырех групп, образующих четыре основные стороны личности...». К таким группам автор относит: 1) социально обусловленные особенности (направленность, моральные качества); 2) биологически обусловленные особенности (темперамент, задатки, инстинкты, простейшие потребности); 3) опыт (объем и качество имеющихся знаний, навыков, умений и привычек); 4) индивидуальные особенности различных психических процессов. Взаимосвязь между этими группами особенностей при ведущей роли социально обусловленных свойств образует структуру личности, являющуюся, по К.К.Платонову, наиболее высоким уровнем интеграции в сфере явлений личности.

Согласно **Б.Г.Ананьеву**, в структуру личности входят такие свойства, как: 1) определенный комплекс коррелируемых свойств индивида (возрастно-половых, нейродинамических, конституционно-биохимических); 2) динамика психофизиологических функций и структура органических потребностей, также относимых к индивидуальным свойствам; высшая интеграция индивидуальных свойств представлена в темпераменте и задатках; 3) статус и социальные функции-роли; 4) мотивация поведения и ценностные ориентации; 5) структура и динамика отношений. Личность, по Б.Г.Ананьеву, формируется в процессе индивидуально-психологического развития, выступающего в трех плоскостях: 1) онтогенетическая эволюция психофизиологических функций; 2) становление деятельности и история развития человека как субъект труда, познания и общения; 3) жизненный путь человека (история личности).

Попытка рассмотреть структуру личности по основанию социальных отношений или как производную от социальной структуры общества осуществлена **С.И.Коном**. Автор использует для описания личности следующие понятия: “социальная позиция” (место индивида в системе социальных отношений), “социальная роль” (социально значимая функция индивида), “социальные интересы” (единство выражения внутренней, то есть деятельностной сущности и отражения объективного мира) и “ценностные ориентации”.

По мнению **Л.С.Выготского**, личность – понятие социальное, оно охватывает надприродное, историческое в человеке. Она не врожденна, но возникает в результате культурного развития. «История культурного развития ребенка приводит нас к истории развития личности», - писал Л.С.Выготский.

Историческим продолжением теоретических положений Л.С.Выготского стали работы психологов Харьковской школы (*Л.И. Божович, А.В.Запорожец, А.Н.Леонтьев др.*). Они показали, что в основе развития лежит не общение языкового типа, а непосредственная практическая деятельность субъекта. В многочисленных исследованиях А.В.Запорожца, А.Н.Леонтьева, Д.Б. Эльконина и их сотрудников была показана зависимость содержания и хода процессов развития от строения внешней предметной деятельности.

Более подробно критерии и условия развития личности исследованы в работах *Л.И.Божович*. С точки зрения Л.И.Божович, целостная структура личности определяется ее направленностью; главным фактором формирования личности ребенка продолжает оставаться взрослый человек, поддержка и одобрение которого составляют необходимое условие «уравновешанности» ребенка с окружающей его средой и переживания им эмоционального благополучия. Критериями развития личности Л.И.Божович считает: 1) способность к опосредованному поведению – способность преодолевать непосредственные побуждения ради социально значимых мотивов; 2) способность к сознательному руководству собственным поведением (сознательное соподчинение мотивов).

Интересна и плодотворна *концепция персонализации А.В.Петровского*. Он дает следующее определение личности: «Личностью в психологии обозначается системное социальное качество, приобретаемое индивидом в предметной деятельности и общении, характеризующее уровень и качество представленности общественных отношений в индивиде». Ядром концепции развития личности А.В.Петровского являются проблема «значимого другого» и феномен отраженной субъектности. А.В.Петровский говорит о наличии в структуре личности интраиндивидуальных и метаиндивидуальных составляющих, которые существуют, проявляются и формируются в системе межличностных отношений ребенка со значимым взрослым.

Таким образом, если обобщить определения понятия «личность», существующие в рамках различных психологических теорий и школ, то можно сказать, что личность традиционно понимается как «синтез всех индивидуальных характеристик индивида в уникальную структуру, которая опирается и изменяется в результате адаптации к постоянно меняющейся среде» и «...в значительной мере формируется реакцией окружающих на поведение данного индивида». Личность – это социальное по своей природе, относительно устойчивое и прижизненно возникающее психологическое образование, представляющее собой систему мотивационно - потребностных отношений, опосредующих взаимодействия субъекта и объекта. Такое понимание соответствует отечественной психологии (Л.И.Божович, Л.С.Выготский, А.Н.Леонтьев, С.Л.Рубинштейн и др.). Из приведенного обобщенного определения личности следует, что: личность является атрибутивной характеристикой каждого человеческого субъекта, но не самим этим субъектом; личность является психологической характеристикой субъекта, которая регулирует его отношения с объективной – физической и социальной действительностью.

Приведенный выше анализ теорий личности и современное положение в области клинической психологии показывают, что наряду с понятием гармонического характера позволительно говорить о гармонической личности.

Под гармоничной личностью понимается индивид, который в процессе социализации осознанно сформировался как человек, обладающий ответственностью за собственную судьбу и совершаемые поступки, самостоятельностью и автономностью в принятии решений, руководствующийся в своей жизни нравственными законами (Менделевич В.Д.). Гармоничная личность живет в соответствии с девизом: «Мне никто ничего не должен». Этот принцип понимается как отказ от предъявления претензий окружающим (родителям, детям, государству и пр.) в случаях жизненных неудач.

ГЛАВА 4. МЕТОДОЛОГИЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

4.1. Цели, задачи клинико-психологического исследования

Цель клинико-психологического исследования — дать психологическую оценку личностной или поведенческой проблемы (психического расстройства) для последующего принятия решения о способах оказания профессиональной помощи.

Основными задачами проведения клинико-психологического исследования являются:

- дифференциальная диагностика нарушений психической деятельности;
- анализ структуры и установление степени психических нарушений;
- определение уровня психического развития пациента, характеристик его/ее личности;
- оценка динамики психических нарушений во времени;
- решение экспертных задач.

Диагностический процесс — это процесс различения нормы и патологии. Он проводится через анализ различной информации о развитии и жизни человека с целью сделать выводы о природе и причинах имеющейся проблемы.

Диагностический процесс завершается постановкой диагноза — определением характера расстройства. Следует различать медицинский и клинико-психологический диагноз. Медицинский диагноз фокусируется на формальном отнесении видимой психологической проблемы к конкретной таксономической единице — наиболее подходящему названию, включенному в принятую систему классификации. Правильное определение названия расстройства автоматически предопределяет возможный круг его причин и соответствующее воздействие на них посредством специфического лечения.

Клинико-психологический диагноз представляет собой *психологический анализ проблемы* (оценка поведения, психических функций и эмоций, состояния личности и внешних обстоятельств нарушения). Фактически клинико-

психологический диагноз представляет не просто правильное распознавание и выбор подходящего названия расстройству, а описание особенностей поведения, мыслей и чувств, характерных для того или иного психического расстройства.

Клинико-психологическая диагностика включает следующие компоненты:

- **описание** проблемы или расстройства (главные и сопутствующие признаки; степень выраженности — продолжительность, интенсивность, частота возникновения и глубина проблемы; обстоятельства, при которых происходит возникновение или обострение патологического состояния);
- **формальная классификация** проблемы или расстройства (определение типа);
- **объяснение** возможных причин или условий возникновения проблемы или расстройства;
- **прогноз** развития проблемы или расстройства (формулирование предположений о развитии патологического состояния в определенных обстоятельствах);
- **общая психологическая оценка** (позволяет составить дальнейший план действий и затем оценить их эффективность в процессе сравнения оценки до начала и после окончания терапевтических воздействий).

В диагностике можно выделить два противоположных подхода: *объясняющий* и *понимающий*. Первый связан с **нозологической** парадигмой клинико-психологической диагностики, второй — с **описательно-феноменологической**.

В нозологической парадигме психолог опирается на общие выводы, применимые к широким группам людей. В описательно-феноменологической парадигме психолог делает акцент на уникальной ситуации развития конкретного ребенка или семьи.

1. Нозологическая парадигма

Предлагает рассматривать психическую деятельность как набор отдельных процессов и состояний, каждый из которых тесно связан с определенным биологическим основанием — морфо-функциональным субстратом. За каждым психическим состоянием стоит конкретный биологический процесс.

Таким образом, признаки нарушений психической деятельности полагаются объективными по своему происхождению, поскольку в них отражаются вполне конкретные нарушения морфо-функциональной основы (патогенез, вызванный каким-то этиологическим фактором). Следовательно, распознавание по отдельным признакам скрытого органо-патологического процесса позволяет определить суть и причины наблюдаемого расстройства.

Нозологический подход заставляет врача и клинического психолога видеть в особо протекающей психической деятельности прежде всего внешние симптомы скрытой патологии или болезни. При этом диагност трактует проявления психической деятельности и поведения с позиции человека, который лучше пациента осведомлен о действительных (объективных) причинах того или иного состояния. Вопрос же соотношения нормы и патологии из сферы психического переносится в область биологического, тогда как на практике патология часто трактуется произвольно на основе соотнесения собственного понимания истоков поведения и состояния пациента с социальными нормами.

Ведущий нозологический принцип диагностики — принцип объяснения, который основывается на понятности или непонятности для стороннего наблюдателя (психолога или врача) поведения человека и особенностей его психической деятельности.

Основной акцент в нозологически ориентированной клинико-психологической диагностике делается на различении отдельных признаков расстройства и определении их связи с патологическим процессом. Патологические признаки обозначаются с помощью *системы симптомов*.

Симптом — это строго фиксированное по форме описание признака, соотнесенного с определенной патологией.

Другими словами, симптом есть обозначение *патологического* признака. Не каждый признак является симптомом, а только тот, для которого установлена причинно-следственная связь с патологией. Психопатологические симптомы делятся на *позитивные и негативные*.

➤ **Позитивные симптомы** обозначают признаки патологической продукции психической деятельности (вновь возникающие признаки, которых не было ранее). К ним относятся сенестопатии, галлюцинации, бред, тоска, страх, тревога, эйфория, психомоторное возбуждение.

➤ **Негативные симптомы** включают признаки ущерба, изъяна, дефекта психического процесса. Например, гипомнезия, амнезия, апатия.

Совокупность всех симптомов образует *симптомокомплекс*, в котором можно выделить ряд закономерно сочетающихся друг с другом симптомов, образующих *синдром*.

Синдром — это строго формализованное описание закономерного и устойчивого сочетания симптомов.

В синдроме выделяют *обязательные, дополнительные и факультативные* симптомы.

Обязательный симптом указывает на происхождение расстройства. **Дополнительный симптом** отражает тяжесть, выраженность расстройства (могут отсутствовать в конкретных случаях).

Факультативный симптом связан с модифицирующим влиянием различных факторов. Среди обязательных симптомов бывает один (тогда это простой синдром, например, астенический) или два и более (тогда это сложный синдром).

Использование понятий симптома и синдрома позволяет описать состояние пациента строго формализованно, поскольку раскладывает целостную психическую деятельность на отдельные типичные единицы, что важно для распознавания сущности нарушения.

На проявление симптомов влияют такие факторы, как возраст, пол и культура, в которой воспитывался человек (контекст поведения).

В детском и подростковом возрасте очень сложно провести четкую границу между болезненными нарушениями и допустимыми отклонениями в психическом развитии, поскольку психика и личность ребенка еще только развиваются. В детской клинической психологии, придерживающейся нозологического принципа диагностики расстройств, действует нормативистский подход к определению психической нормы и патологии, который заключается в следующем: нормой считается то, что соответствует социально определенным задачам развития

личности ребенка на каждом возрастном этапе. Например, в нашей культуре ожидается, что в период от двух до пяти лет ребенок должен овладеть речью, сформировать привычку к туалету, получить навыки самообслуживания; в период от шести до одиннадцати лет должны появиться учебные навыки, подчиняемость правилам и простые проявления личной ответственности и т. д. Для каждой возрастной группы в культуре также определены допустимые, считающиеся нормальными отклонения в поведении: например, до пяти лет нормальными считаются эгоизм, страхи, нежелание вовремя ложиться спать, а в возрасте до одиннадцати лет — дух противоречия, неспособность к устойчивой концентрации внимания или застенчивость.

В соответствии с социально предписанными задачами психического развития ребенка выделяют так называемые «критические» возрасты. Суть «кризисов» на самом деле заключается в том, что ребенок в ходе индивидуального развития либо слишком быстро, либо слишком медленно достигает предписанных обществом для каждого возраста задач развития. Дело в том, что при достижении ребенком определенного «критического» возраста у окружающих его взрослых изменяются ожидания и требования, предъявляемые к личности ребенка. Несоответствие индивидуальных особенностей психики и поведения ребенка этим ожиданиям и являются причиной беспокойства взрослых в отношении его «нормальности», т. е. соответствия норме-нормативу.

Вместе с тем в детской клинической психологии наряду с выраженным нормативистским уклоном есть тенденция рассматривать процесс психического развития в тесной связи с формированием биологически целесообразного оптимума функционирования органических процессов, обеспечивающих психическую активность ребенка. Чем меньше возраст ребенка, тем большую роль в проявлении патологической симптоматики играют именно биологические нарушения процесса развития. С увеличением биологического возраста биологические факторы из причинных становятся факторами предрасполагающих внутренних условий, взаимодействующих с причинными факторами социально-психологического плана.

Так, в возрасте *до трех лет* основными критериями патологического развития служат изменения на *соматовегетативном уровне* (повышение температуры, судорожной готовности, усиление потливости, нарушения сна, пищеварения и аппетита).

В возрасте *от четырех до семи лет* основным критерием выделения патологических симптомов становится уровень *психомоторного возбуждения* (усиленная активность, дефицит внимания, тики, навязчивости).

В возрастном периоде *от пяти до десяти лет* основным критерием является *способ аффективного реагирования* (тревожно-фобические симптомы).

И в возрасте *одиннадцати-семнадцати лет* на первое место в симптоматике выдвигаются симптомы нарушений на *эмоционально-идеаторном уровне* (сверхценные идеи, болезненные мысли, содержание межличностных отношений, направленность социального взаимодействия).

Так как оценка патологичности тех или иных проявлений психики и поведения ребенка связана с ожиданиями взрослых, обнаруживаются значительные гендерные различия в проявлении тех или иных клинико-психологических симптомов. Так, ожидание от девочек большей покорности и подчиняемости может

привести к тому, что «неожидаемая» повышенная агрессивность и двигательная активность девочки чаще будет диагностирована психологом как «патология».

Культурные нормы также ответственны за то, что у девочек чаще проявляются не прямые агрессивные реакции: вербальные атаки, сплетни, остракизм или возмездие «третьему» лицу («козлу отпущения»). Наконец, культура определяет и то, какие формы поведения детей считаются нормальными и ненормальными в отношениях между собой или со взрослыми. Например, самостоятельность и спонтанность в поведении ребенка в возрасте до 10 лет или отказ посещать школу в возрасте после 10 лет в разных культурах может быть расценена как в терминах патологии, так и нормы.

2. Описательно-феноменологическая парадигма клинико-психологического исследования не придерживается четкого разграничения нормальной и нарушенной психической деятельности (или поведения). Здесь существенное значение для диагностики имеют целостные субъективные переживания пациента и его собственные трактовки своего состояния.

Феноменологически ориентированное клинико-психологическое исследование опирается на **четыре основных принципа**: *принцип понимания, принцип эпохе (воздержания от суждения), принцип беспристрастности и точности описания, принцип контекстуальности.*

- **Принцип понимания** предполагает анализ субъективного смысла, который пациент вкладывает в те или иные феномены, которые нам кажутся странными, ненормальными. Ведь один и тот же внешний феномен после акта понимания может быть назван аутизмом либо интроверсией; амбивалентностью либо нерешительностью; резонерством или демагогией.
- **Принцип эпохе** предполагает, что необходимо абстрагироваться от синдромального мышления и не пытаться укладывать наблюдаемые феномены в нозологические рамки.
- **Принцип беспристрастности и точности** описания заключается в требовании исключить любые присущие диагносту субъективные интерпретации состояния пациента с позиций собственного жизненного опыта, моральных установок и прочих оценочных категорий. А также он предполагает тщательный подбор слов для описания состояния пациента.
- **Принцип контекстуальности** подразумевает, что феномен не существует изолированно, а является частью общего восприятия и понимания человеком окружающего мира и самого себя. Контекстуальность позволяет определить место, адекватность условиям и меру осознания пациентом того или иного психического феномена.

Существует **четыре метода** клинико-психологического исследования: *беседа (интервью), эксперимент, наблюдение за поведением пациента, анализ истории жизни (сбор анамнеза).*

4.2. Клиническое интервью

Клиническое интервью - это метод получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности, психологических феноменах

и психопатологических симптомах и синдромах, внутренней картине болезни пациента и структуры проблемы клиента, а также способ психологического воздействия на человека, производимый непосредственно на основании личного контакта диагноста и пациента. Интервью отличается от обычного расспроса тем, что нацелено не только на активно предъявляемые человеком жалобы, но и на выявление скрытых мотивов поведения человека и оказание ему помощи в осознании истинных (внутренних) оснований для измененного психического состояния. Существенным для интервью считается также психологическая поддержка пациента (Менделевич В.Д.).

Функциями интервью являются: диагностическая и терапевтическая. Они должны осуществляться совместно, поскольку только их сочетание может привести к желаемому результату - выздоровлению и реабилитации пациента.

Принципами клинического интервью являются: однозначность, точность и доступность формулировок-вопросов; адекватность, последовательность (алгоритмизованность); гибкость, беспристрастность опроса; проверяемость получаемой информации.

Под принципом **однозначности и точности** понимается правильное, корректное и точное формулирование вопросов.

Принцип доступности базируется на нескольких параметрах: словарном (лингвистическом), образовательном, культурном, языковом, национальном, этническом и других факторах. Обращенная к пациенту речь должна быть ему понятна, должна совпадать с его речевой практикой, основанной на множестве традиций.

Алгоритмизованность (последовательность) расспроса, основанная на знаниях диагноста в области сочетаемости психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов; эндогенном, психогенном и экзогенном типах реагирования; психотического и непсихотического уровней психических расстройств.

Последовательность строится на известном алгоритме психогенеза: на основании предъявления первых жалоб больными, рассказе его родственников, знакомых или на основании непосредственного наблюдения за его поведением формируется первая группа феноменов или симптомов. Далее опрос охватывает выявление феноменов, симптомов и синдромов, традиционно сочетающихся с уже выявленными. Затем вопросы должны быть направлены на оценку типа реагирования (эндогенного, психогенного или экзогенного), уровня расстройств и этиологические факторы. Кроме вышеописанного принцип последовательности подразумевает детальный расспрос в лонгитудинальном разрезе: очередность появления психических переживаний и их связь с реальными обстоятельствами. При этом важна каждая деталь рассказа, важен контекст событий, переживаний, интерпретаций.

Принципы проверяемости и адекватности психологического интервью, когда для уточнения конгруэнтности понятий и исключения неверной интерпретации ответов диагност задает вопросы типа: «Что Вы понимаете под словом «голоса», которые Вы слышите?» или «Приведите пример испытываемых «голосов». При необходимости пациенту предлагается конкретизировать описание собственных переживаний.

Принцип беспристрастности - навязывание пациенту собственного представления о наличии у того психопатологической симптоматики на основании предвзято или небрежно проведенного интервью может происходить как по причине сознательной установки, так и на базе незнания принципов интервью или слепой приверженности одной из научных школ.

**Этические положения Американской психологической ассоциации,
касающиеся консультирования
и интервьюирования (Менделевич В.Д.)**

1. *Придерживаться конфиденциальности:* уважать права клиента и его личную жизнь. Не обсуждать сказанное им во время интервью с другими клиентами. Если же Вы не сможете выполнить требования конфиденциальности, то необходимо сообщить об этом клиенту до разговора; пусть он сам решит, можно ли на это пойти. Если с Вами поделились информацией, содержащей сведения об опасности, грозящей клиенту или обществу, то этические предписания разрешают нарушить конфиденциальность ради безопасности.
2. *Осознайте пределы своей компетентности.* Существует своего рода интоксикация, возникающая после того, как психолог изучит несколько первых методик. Начинающие психологи сразу пытаются глубоко копаться в душах своих друзей и своих клиентов.
3. *Избегайте расспрашивать о несущественных деталях.* Начинающий психолог заворочен деталями и «важными историями» своих клиентов. Иногда он задает очень интимные вопросы о сексуальной жизни. Для начинающего или неумелого психолога характерно то, что он придает большое значение деталям из жизни клиента и одновременно пропускает то, что клиент чувствует и думает. Консультирование предназначено прежде всего для пользы клиента, а не для увеличения вашего объема информации.
4. *Относитесь к клиенту так, как вы хотели бы, чтобы относились к Вам.* Поставьте себя на место клиента. Каждый хочет, чтобы к нему относились с уважением, щадя его чувство собственного достоинства.
5. *Принимайте во внимание индивидуальные и культурные различия.* Достаточно ли Вы подготовлены для того, чтобы работать с людьми, отличающимися от Вас?

Существуют различные методологические подходы к проведению интервью. Считается, что по длительности первое интервью должно быть около 50 минут. Последующие интервью с тем же пациентом несколько короче.

Оптимальной считается следующая **модель (структура) клинического интервью** (Менделевич В.Д.):

I этап: Установление «доверительной дистанции». Ситуативная поддержка, предоставление гарантий конфиденциальности; определение доминирующих мотивов проведения интервью.

II этап: Выявление жалоб (пассивное и активное интервью), оценка внутренней картины - концепции болезни; структурирование проблемы.

III этап: Оценка желаемого результата интервью и терапии; определение субъективной модели здоровья пациента и предпочтительного психического статуса.

IV этап: Оценка антиципационных способностей пациента; обсуждение вероятных вариантов исхода заболевания (при его обнаружении) и терапии; антиципационный тренинг.

Удельный вес - время и усилия, отводимые на тот или иной этап - различны в зависимости от очередности встреч, эффективности терапии, уровня наблюдаемых психических расстройств и некоторых иных параметров. Понятно, что при первом интервью преобладающими должны являться первые три этапа, а при последующих - четвертый. Особо следует учитывать уровень психических расстройств пациента (психотический - непсихотический); добровольность или принудительность интервью; критичность больного; интеллектуальные особенности и способности, а также реальную окружающую его ситуацию.

Первый этап клинического интервью («установление доверительной дистанции») можно определить как активное интервью. Он является наиболее важным и трудным. Первое впечатление пациента способно решить дальнейший ход интервью, его желание продолжать беседу, пойти на раскрытие интимных подробностей. Интервьюер берет нить разговора в свои руки и, мысленно поставив себя на место пациента, помогает тому начать разговор.

Обычно эффективным высказывания типа: «Я понимаю, как это непросто обратиться к медику, тем более в такое заведение как психиатрическая лечебница. Мне, наверное, не стоит говорить о том, что все, о чем Вы захотите поделиться со мной о себе и своих переживаниях останется между нами». На дальнейших этапах желательно подтверждать (напоминать) пациенту свои гарантии конфиденциальности, но не прямо, а косвенно. Например, вопросы, существенные для понимания состояния пациента, следует начинать со слов: «Если не секрет, не могли бы Вы рассказать подробнее о ...» или «Ваше право не говорить мне о ...»; «Если Вам не хочется обсуждать эту тему, мы могли бы перейти к другой».

Кроме этого, на первом этапе диагност должен выявить доминирующие мотивы обращения к нему, составить первое впечатление об уровне критичности интервьюируемого к себе и психологическим проявлениям. Эта цель достигается с помощью вопросов типа: «Кто был инициатором Вашего обращения к специалистам?», «Ваш приход на беседу - это Ваше собственное желание или Вы сделали это для успокоения родственников (знакомых, родителей, детей, начальства)?»; «Знает ли кто-нибудь о том, что Вы собирались обратиться к специалисту?»

Второй этап пассивного интервью. Больному предоставляется время и возможность предъявить жалобы в той последовательности и с теми подробностями и комментариями, которые он считает нужными и важными. Диагност при этом выполняют роль внимательного слушателя, лишь уточняющего особенности проявлений заболевания пациента. Чаще всего методика выслушивания включает в себя следующие способы (таблица 9). Вопросы, задаваемые диагностом, направляются на оценку внутренней картины и концепции болезни, т.е. выявления представлений пациента о причинах и поводах возникновения у него тех или иных симптомов.

Кроме выслушивания во время интервью должны использоваться и элементы воздействия (табл.10).

Табл.9

Основные приемы активного слушания
(по А.Айви)

Прием	Описание	Функции
<i>Открытые вопросы</i>	«Что?» - выявляет факты; «Как?» - чувства; «Почему?» - причины; «Можно ли?» - общую картину	Используются для выяснения основных фактов и облегчают разговор
<i>Закрытые вопросы</i>	Обычно включают в себя частицу «ли», на них можно отвечать кратко	Дают возможность выявить особые факты, сокращают слишком длинные монологи
<i>Поощрение (поддержка)</i>	Повторение нескольких ключевых фраз клиента	Поощряет детальную разработку специфических слов и смысла
<i>Отражение чувства</i>	Обращает внимание на эмоциональное содержание интервью	Проясняет эмоциональную подоплеку ключевых фактов, помогает открывать чувства
<i>Пересказ</i>	Повторение сущности слов клиента и его мыслей, используя его ключевые слова	Активизирует обсуждение, показывает уровень понимания
<i>Резюме</i>	В сжатом виде повторяет основные факты и чувства клиента	Полезно повторять периодически во время интервью. Обязательно в конце встречи.

Табл.10

Методы воздействия в психологическом консультировании
(по А.Айви)

Метод	Описание	Функция
<i>Интерпретация</i>	Задает новые рамки, в которых пациент может увидеть ситуацию	Попытка дать возможность пациенту по-новому увидеть ситуацию - альтернативное восприятие реальности, что способствует изменению взглядов, мыслей, настроения и поведения
<i>Директива (указание)</i>	Говорит пациенту, какое действие предпринять. Может	Ясно показывает пациенту, какого действия психолог от

	быть просто пожеланием или техникой.	него ожидает.
Совет (информация)	Дает пожелания, общие идеи, домашние задания, совет о том, как действовать, думать, вести себя.	Умеренно используемые советы дают пациенту полезную информацию.
Самораскрытие	Психолог делится личным опытом и переживаниями, либо разделяет чувства пациента.	Тесно связан с приемом обратной связи, построен на «Я-предложениях». Способствует установлению раппорта.
Обратная связь	Дает пациенту возможность понять, как его воспринимает психолог, а также окружающие.	Дает конкретные данные, которые помогают пациенту понять, как его осознать, как другие воспринимают его поведение и стиль мышления, что создает возможность самовосприятия.
Логическая Последовательность	Объясняет пациенту логические следствия его мышления и поведения. «Если..., то».	Дает пациенту иную точку отсчета. Этот метод помогает людям предвидеть результаты их действий.
Воздействию Резюме	Часто используется в конце беседы, чтобы сформулировать суждения диагноста. Часто используется в комбинации с резюме, делаемым пациентом.	Проясняет, что диагност и пациент добились за время беседы. Подводится итог того, что сказал терапевт. Призвано помочь пациенту перенести эти обобщения из интервью в реальную жизнь.

Существенным на данном этапе интервьюирования является сбор так называемого психологического и медицинского анамнеза - истории жизни и болезни. Задачей психологического анамнеза является получение от больного сведений для оценки его личности как сложившейся системы отношений к самому себе и, в особенности, отношения к болезни и оценки того, насколько болезнь изменила всю эту систему. Важными являются данные о течении болезни и жизненном пути, которые призваны выявлять, какое отражение болезнь получает в субъективном мире пациента, как сказывается на его поведении, на всей системе личностных отношений.

Третий этап клинического интервью направлен на выявление представлений пациента о возможном и желаемом результатах интервью и терапии. Больного спрашивают: «От чего из того, что Вы мне рассказали, Вам хотелось бы избавиться в первую очередь? Как Вы представляли себе до прихода ко мне нашу беседу и что Вы ждете от нее? Как Вы думаете, чем бы я мог Вам помочь?»

Последний вопрос нацеливает на выявление предпочтительного для пациента способа терапии. Подобные ситуации указывают на искомый психотерапевтический

эффект от самого интервью, от возможности высказаться, быть услышанным и понятым.

На четвертом заключительном этапе клинического интервью вновь активная роль переходит к интервьюеру. Основываясь на выявленной симптоматике, имея представление пациента о концепции болезни, зная чего, ожидает больной от лечения, интервьюер направляет интервью в русло антиципационного тренинга. Как правило, «невротик» страшится думать и даже обсуждать с кем бы то ни было возможные печальные исходы существующих для него конфликтных ситуаций, вызвавших обращение к специалисту и заболевание.

Антиципационный тренинг, который основан на антиципационной концепции неврозогенеза (В.Д.Менделевич), направлен, в первую очередь, на додумывание (прогнозирование) пациентом самых негативных последствий его болезни и жизни. К примеру, при анализе фобического синдрома : «Чего именно Вы страшитесь? - Что-то плохое должно произойти. - Как Вы предполагаете и чувствуете, с кем это плохое должно произойти: с Вами или с Вашими близкими? - Я думаю со мной. - Что же именно, как Вам кажется? - Я боюсь умереть. - Что означает для Вас смерть? Чем она страшна? - Не знаю. - Я понимаю, что это неприятное занятие - думать о смерти, однако прошу Вас подумайте, чего именно Вы боитесь в смерти? Я попробую Вам помочь. Для одного человека смерть - это небытие, для другого - страшна не сама смерть, а связанные с ней страдания, боли; для третьего - она означает, что дети и близкие окажутся в случае смерти беспомощными и т.д. Какое Ваше мнение об этом? - ...».

Подобный прием в рамках клинического интервью выполняет как функцию более точной диагностики состояния пациента, проникновение в тайное тайных его болезни и личности, так и терапевтическую функцию. Нами подобный прием назван антиципационным тренингом. Его можно считать патогенетическим способом терапии невротических расстройств.

Клиническое интервью состоит из вербальных (описанных выше) и невербальных способов, особенно на втором этапе. Язык мимики и жестов - это тот фундамент, на котором основывается консультирование и интервьюирование.

Обширные исследования в западной психологической науке по изучению навыков слушания показали, что стандарты визуального контакта, наклона туловища, средний тембр голоса могут совершенно не годиться в общении с некоторыми клиентами.

Клинико-психологическое интервью может быть *полуструктурированным и свободным*.

Полуструктурированное интервью включает в себя обязательный список специфических вопросов, касающихся конкретной проблемы, по поводу которой взрослые обратились за помощью к психологу. Оно позволяет психологу за короткий период собрать полную информацию, необходимую для постановки психологического диагноза, и прояснить все необходимые аспекты проблемы.

Полуструктурированные интервью составляются на основе таксономических (синдромальных) признаков психических или поведенческих расстройств и облегчают классификацию проблемы в универсальных определениях болезней. Вопросы в таких интервью направлены на идентификацию симптомов расстройства,

определение типичных ситуаций их проявления, интенсивность и глубину нарушений, семейный и межличностный контекст.

Эффективность проведения структурированного интервью определяется двумя факторами:

- 1) качеством межличностного контакта психолога и ребенка
- 2) гибкостью проведения интервью (учет психологом индивидуального состояния ребенка, ситуации обследования и особенностей жизни ребенка).

Преимуществом использования полуструктурированного интервью является то, что нередко люди не склонны сразу делиться с психологом важной диагностической информацией. Недостатком является то, что обследуемые этим способом часто не склонны рассказывать психологу больше того, о чем были заданы вопросы.

Свободные клиничко-психологические интервью помогают сформировать наиболее полную информацию об актуальных проблемах ребенка и ситуации, в которой он находится. Свободное интервью позволяет детям и взрослым спонтанно высказывать свои наиболее актуальные, не навязанные психологом мысли и чувства, как это и бывает с ними в повседневном общении. Многие психологи разрабатывают индивидуальный стиль вовлечения своих клиентов в свободное диагностическое интервью, используя различные «приманки» — видеоигры, игрушки, совместная деятельность (игра, бытовое общение).

При работе с маленькими детьми целесообразно сначала вовлечь в игру или совместную деятельность одного из близких ребенка, которому он доверяет (например, начать работу с совместного раскрашивания или рисования картинок). В ходе свободного интервью необходимо собрать информацию о восприятии ребенком самого себя и других людей, узнать его обычные поведенческие реакции в разнообразных ситуациях общения и взаимодействия. При таком интервью важной может оказаться любая информация, касающаяся взглядов ребенка на ситуацию обращения к психологу, обследование, а также его интерпретации случившегося и других основных жизненных событий.

В первичном клиничко-психологическом интервью, проводимом любым методом, важно провести обследование психического статуса. Информация о психическом статусе представляет собой впечатление психолога от общения с клиентом. Такое обследование позволяет выделить те аспекты поведения, которые необходимо подвергнуть более тщательному анализу, сопоставить жалобы (самого ребенка или взрослых) со сложившимся впечатлением.

Психический статус включает в себя пять параметров:

- *внешний вид обследуемого;*
- *коммуникабельность и поведение во время беседы и тестирования;*
- *настроения и эмоции;*
- *интеллект;*
- *особенности восприятия себя, времени и окружающей реальности.*

Для оценки *внешнего вида* необходимо обратить внимание на наружность, соответствие внешнего облика возрасту, походку, одежду, внешний вид (опрятный, неопрятный), используемые позы и жесты, выражение лица.

Коммуникабельность и поведение во время беседы и тестирования дает информацию о сформированности социальных навыков общения и взаимодействия, об уровне моторного возбуждения, отношении к факту беседы с психологом (раздражение, агрессия, стремление вызвать к себе симпатию, оборонительная позиция, апатичность, сарказм) и адекватности поведения ситуации. Коммуникабельность также позволяет оценить процесс мышления: целостность или разорванность, подвижность, уместность, обстоятельность.

Настроения и эмоции характеризуют психологическое состояние обследуемого (мрачность, напряженность, безысходность, возмущение, уверенность, печаль, эйфория, боязнь и т. д.).

Интеллект характеризуется словарным запасом, уровнем образованности, наличным запасом знаний, способностью понимать связи вещей и явлений, делать выводы.

Особенности восприятия себя, времени и окружающей реальности характеризуют способность человека знать время, место, кто он и где находится, а также характеризуют уровень сознания (ясное, спутанное, помраченное), адекватность самооценки, наличие нарушений восприятия.

4.3. Клинико-психологический эксперимент

Клинико-психологический эксперимент — это искусственное создание условий, выявляющих особенности психической деятельности человека в болезненных состояниях. Он строится по принципу функциональных проб. Роль специфической нагрузки в экспериментально-психологическом исследовании (ЭПИ) принадлежит заданиям, выполнение которых требует актуализации психических функций. ЭПИ осуществляется с помощью *нестандартизированных и стандартизированных методик*.

Нестандартизированные методики получили название *патопсихологических*. Заключение при использовании этих методик делается не по результату, а по содержательному анализу способа выполнения целого ряда заданий.

Стандартизированные методики включают в себя различные тесты и личностные опросники.

Существует *два принципа подбора методик* для экспериментально-психологического исследования:

- 1) сочетание методик, позволяющих более полно и всесторонне исследовать проявления психической деятельности;
- 2) сочетание близких по направленности методик, что повышает надежность полученных результатов. Обычно в одном исследовании применяют 8-9 методик.

В выборе методик ЭПИ играют роль следующие обстоятельства.

1. *Цель исследования* — дифференциальная диагностика, определение глубины дефекта, изучение эффективности терапии.
2. *Образование и жизненный опыт больного*.
3. *Особенности контакта с больным* (например, слабоумный пациент).

В процессе исследования методики предлагаются по возрастающей сложности (за исключением испытуемых, от которых ожидается симуляция).

4.4. Наблюдение за поведением

Наблюдение за поведением — это способ оценки мыслей, чувств и поступков ребенка в определенном социальном окружении. Оно позволяет сформулировать гипотезу о природе проблемы и план ее коррекции.

Если в интервью мы имеем дело с внутренней картиной расстройства или проблемы, в эксперименте мы моделируем различные ситуации, выявляющие особенности протекания психических процессов, то в наблюдении мы видим реальные проявления особенностей психики ребенка в ситуациях социального взаимодействия и реальные проблемы, связанные с этими особенностями, с которыми ребенок сталкивается в повседневной жизни.

Наблюдение за поведением может осуществлять сам психолог или человек, имеющий возможность вести наблюдение (родитель, педагог, медработник). Наблюдение приобретает особое значение при работе с детьми, поскольку здесь к психологу обращается не сам ребенок, а окружающие его взрослые. Следовательно, предъявляемая ими проблема может существенно отличаться от того, что на самом деле требует вмешательства. Перед организацией наблюдения психолог должен определить то, на какие поведенческие симптомы будет обращено особое внимание наблюдателя. Нередко для наблюдения используется заранее составленная оценочная таблица.

В наблюдении используется следующая *схема обследования*:

- 1) сначала описываются события, непосредственно предшествующие проявлению расстройства;
- 2) потом (безоценочно!) описываются проявления нарушения;
- 3) после чего идет описание последствий, с которыми сталкивается проблемный ребенок.

В процессе наблюдения можно обнаружить большое число факторов, влияющих на функционирование и проявление расстройства. В случае, когда наблюдение осуществляется не психологом, а людьми из окружения ребенка (пациента), возникает возможность косвенной оценки мотивации и роли этих лиц в актуализации расстройства.

Объектом клинико-психологического наблюдения может стать не только непосредственное поведение, но и поведение в ситуациях ролевых взаимодействий, организуемых психологом.

4.5. Анализ истории жизни

Анализ истории жизни включает в себя получение информации о потенциально значимых этапах развития и жизненных событиях, повлиявших на проявление симптомов расстройства. Эта информация обычно касается следующего круга вопросов:

- *рождение ребенка* и связанные с этим события (беременность, осложнения при родах, употребление матерью психоактивных веществ в течение беременности);
- развитие ребенка (возраст, в котором ребенок начал ходить, говорить, приучился к туалету, получил навыки самообслуживания);
- *медицинская история* (травмы, несчастные случаи, операции, сопутствующие заболевания, принимаемые в прошлом и сейчас медицинские препараты);
- *характеристика и история семьи* (возраст семьи и родителей, род занятий родителей, их образование, сведения о психических болезнях родственников);
- *социальные навыки ребенка* (особенности его межличностных отношений с родителями, педагогами, медработниками, друзьями, другими детьми, в какие игры играет, какую деятельность предпочитает);
- *история образования ребенка* (когда пошел в детский сад или школу, какова его успеваемость, какие школы посещал ранее, имеет ли дополнительные занятия, каковы отношения с учителями и одноклассниками);
- *информация о досуге и личных отношениях* со сверстниками (если речь идет о подростке);
- *описание попыток справиться с расстройством* до обращения к психологу;
- *ожидания окружающих* в отношении этого ребенка.

4.6. Построение клинико-психологического исследования.

Различают несколько этапов клинико-психологического исследования:

1. этап – формулирование клинической задачи (до знакомства с пациентом).

Сюда включается беседа с людьми, окружающими ребенка: педагогами, родителями, друзьями, одноклассниками, врачами — по поводу особенностей его поведения и личности, возникающих проблем¹; определение характеристик систем межличностных отношений проблемного ребенка (социальные условия его жизни), оценка материальных и культурных обстоятельств его жизни; ознакомление с общим состоянием физического здоровья: нет ли сопутствующих соматических заболеваний, не получает ли ребенок психотропные вещества. Нежелательно проведение исследования после бессонной ночи, физического переутомления, натошак или сразу после еды. Повторные исследования лучше проводить в то же время, что и первичные. На этом этапе составляется предварительный план исследования: выбор методик, их очередность.

2. этап – беседа с пациентом.

Беседу нужно начинать с расспроса паспортных данных, на основании чего составляется первое суждение о состоянии памяти. Затем уточняется состояние памяти (кратковременная и долговременная — даты собственной жизни, исторические события, недавние события), оценивается внимание, характеризуется состояние сознания: ориентировка во времени, месте и собственной личности. Вопросы необходимо задавать в непринужденной, естественной манере, как в обычной беседе. Также выясняется отношение пациента к своему заболеванию, проблеме, разъясняется цель ЭПИ. В дальнейшей беседе выясняются особенности личности (до заболевания и на настоящий момент), оценка происходящих

изменений, оценка самочувствия, работоспособности, определяется культурно-образовательный уровень.

3. этап — экспериментально-психологический.

Выполнению каждого задания должна предшествовать инструкция, которая должна определять ситуацию исследования и обеспечивать сотрудничество психолога и пациента. Небрежно поданная инструкция может привести к неадекватным результатам. Инструкцию необходимо предварительно испытать до начала ЭПИ. Она должна быть максимально лаконичной, соответствовать умственным способностям пациента, исключать возможность разноречивого понимания. Возможно использование предварительных примеров. Если пациент не справляется с заданием, важно совместно обсудить причины этого. Также важно оценить, принимается помощь со стороны психолога пациентом или отвергается им (негативизм, нарочитость = сопротивление). Необходима полная и точная запись обстоятельств проводимого эксперимента, высказываемых пациентом суждений.

4. этап — составление заключения.

Заключение всегда должно быть ответом на вопрос, поставленный перед психологом. Единой формы заключения нет. Но заключение никогда не является простым повторением протокола исследования. Важна характеристика психического состояния на основании полученных данных, должны быть отмечены особенности поведения, отношение к исследованию, наличие установочного поведения, выделяются ведущие патопсихологические особенности (синдромы), указываются особенности протекания психических процессов (например, темп реакций, истощаемость, устойчивость), описываются сохранные стороны психической деятельности. Допускается приведение характерных ярких примеров.

В конце делается резюме, отражающее наиболее важные данные (например, структуру патопсихологического синдрома). Заключение не должно быть категоричным по стилю утверждений.

ГЛАВА 5. ПАТОПСИХОЛОГИЯ

Патопсихоло́гия (греч. πάθος — страдание, болезнь, греч. ψυχή — душа и греч. λογία — учение) — практическая отрасль клинической психологии, изучающая расстройства психических процессов (например, при психических болезнях) и состояний психологическими методами, осуществляя анализ патологических изменений на основе сопоставления с характером формирования и протекания психических процессов, состояний и свойств личности в норме.

Патопсихологию, как и нейропсихологию, можно считать отечественной отраслью клинической психологии, создателями которой являлись Л. С. Выготский, Б. В. Зейгарник и С. Я. Рубинштейн.

5.1. Организация патопсихологического исследования

Патопсихологическая диагностика включает следующие компоненты:

- описание проблемы или расстройства (главные и сопутствующие признаки; степень выраженности - продолжительность, интенсивность, частота возникновения и глубина проблемы; обстоятельства, при которых происходит возникновение или обострение патологического состояния);
- формальная классификация проблемы или расстройства (определение типа);
- объяснение возможных причин или условий возникновения проблемы или расстройства;
- прогноз развития проблемы или расстройства (формулирование предположений о развитии патологического состояния в определенных обстоятельствах);
- общая психологическая оценка (позволяет составить дальнейший план действий и затем оценить их эффективность в процессе сравнения оценки до начала и после окончания терапевтических воздействий).

Основными задачами проведения патопсихологического эксперимента являются:

- - дифференциальная диагностика нарушений психической деятельности;
- - анализ структуры и установление степени психических нарушений;
- - определение уровня психического развития пациента, характеристик его/ее личности;
- - оценка динамики психических нарушений во времени;
- - решение экспертных задач.

Патопсихологический эксперимент

Патопсихологический диагностический эксперимент имеет специфические отличия от традиционного тестового метода исследования в плане процедуры исследования и анализа результатов исследования по качественным показателям:

отсутствие временного ограничения выполнения задания, исследование способа достижения результата, возможности использования помощи экспериментатора, речевые и эмоциональные реакции во время выполнения задания. Хотя сам стимульный материал методик может оставаться классическим. Именно это отличает патопсихологический эксперимент от традиционного психологического и психометрического (тестового) исследования.

Принципы построения патопсихологического исследования

Патопсихологическое исследование включает в себя ряд компонентов: эксперимент, беседу с больным, наблюдение за поведением больного во время проведения исследования, анализ истории жизни заболевшего человека (которая представляет собой профессионально написанную врачом историю болезни), сопоставление экспериментальных данных с историей жизни. Чрезвычайно важно (хотя в силу объективных обстоятельств это не всегда возможно) проводить исследование в динамике, т.е. через год-два.

Традиционно выделяют следующие **методы патопсихологического эксперимента:**

- Методы анализа ощущений.
- Методы анализа восприятия.
- Методы измерения времени психических процессов.
- Методы анализа воспроизведений:
- Методы простых воспроизведений,
- Методы сложных представлений.
- Методы анализа сложных психических актов.

Одним из основополагающих принципов патопсихологического эксперимента является системный качественный анализ исследуемых нарушений психической деятельности. Л. С. Выготский, С. Л. Рубинштейн, А. Н. Леонтьев, П. Я. Гальперин, Б. Г. Ананьев, В. Н. Мясищев показали, что психические процессы формируются прижизненно по механизму присвоения общечеловеческого опыта в процессе деятельности субъекта, его общения с другими людьми. Поэтому патопсихологический эксперимент направлен не на исследование и измерение отдельных процессов; а на исследование человека, совершающего реальную деятельность. То есть патопсихологический эксперимент направлен на качественный анализ различных форм распада психики, на раскрытие механизмов нарушенной деятельности и на возможности ее восстановления.

Так например, если речь идет о нарушении познавательных процессов, то экспериментальные приемы должны показать, как распадаются мыслительные операции больного, сформированные в процессе его жизнедеятельности, в какой форме искажается возможность пользования системой старых, образовавшихся в прежнем опыте связей.

Исходя из того, что всякий психический процесс обладает известной динамикой и направленностью, следует так построить экспериментальные исследования, чтобы они отражали сохранность или нарушение этих параметров.

Результаты эксперимента должны дать не столько количественную, сколько качественную характеристику распада психики.

Следовательно, основным принципом построения психологического эксперимента является принцип качественного анализа особенностей протекания психических процессов больного в противоположность задаче лишь одного количественного их измерения. Важно не только то, какой трудности или какого объема задание больной осмыслил или выполнил, но и то, как он осмыслял, чем были обусловлены его ошибки и затруднения. Именно анализ ошибок, возникающих у больных в процессе выполнения экспериментальных заданий, представляет собой интересный и показательный материал для оценки того или иного нарушения психической деятельности больных.

Один и тот же патопсихологический симптом может быть обусловлен различными механизмами, он может явиться индикатором различных состояний. Так, например, нарушение опосредованной памяти или нестойкость суждений могут возникнуть вследствие нарушений умственной работоспособности больного (как это имеет место при астениях разного органического генеза), оно может быть обусловлено нарушением целенаправленности мотивов (например, при поражениях лобных отделов мозга) и при некоторых формах и течении шизофрении, оно может быть проявлением дезавтоматизации действий (при сосудистых изменениях мозга, эпилепсии).

Характер нарушений не является патогномоничным, т.е. специфическим для того или иного заболевания или формы его течения; он является лишь типичным для них и должен быть оценен в комплексе с данными целостного патопсихологического исследования, т.е. необходим синдромальный анализ (А. Р. Лурия).

Следует подчеркнуть, что патопсихологический эксперимент должен актуализировать не только умственные операции больного, но и его личностное отношение. Еще в 1936 г. В. Н. Мясищев выдвинул эту проблему в своей статье "Работоспособность и болезнь личности". Он указывал, что психическое и психопатологическое явления могут быть поняты на основе учета отношения человека к работе, его мотивов и целей, отношения к самому себе, требований к себе, к результату работы и т.д.

Этот подход диктуется и правильным пониманием детерминации психической деятельности. Говоря о механизмах детерминации психического, С. Л. Рубинштейн подчеркивал, что внешние условия не определяют непосредственно поведение и поступки человека, что причина действует "через внутренние условия". Это означает, что суждения, действия, поступки человека не являются непосредственной реакцией на внешние раздражители, а что они опосредствуются его установками, мотивами, потребностями. Эти установки складываются прижизненно под влиянием воспитания и обучения, но, сформировавшись, они сами определяют действия и поступки человека, здорового и больного.

О патологическом изменении личности мы говорим тогда, когда под влиянием болезни у человека скудеют интересы, мельчают потребности, когда у него проявляется равнодушное отношение к тому, что его раньше волновало, когда действия его лишаются целенаправленности, поступки становятся бездумными, когда человек перестает регулировать свое поведение, не в состоянии адекватно

оценивать свои возможности, когда меняется его отношение к себе и окружающему. Такое измененное отношение является индикатором измененной личности.

Следует остановиться еще на одной особенности патопсихологического эксперимента. Его строение должно дать возможность обнаружить не только структуру измененных, но и оставшихся сохранными форм психической деятельности больного. Необходимость такого подхода важна при решении вопросов восстановления нарушенных функций.

Построение экспериментально-психологического исследования в клинике отличается от обычного психологического эксперимента еще одной особенностью: многообразием, большим количеством применяемых методик. Объясняется это следующим. Процесс распада психики не происходит однослойно. Практически не бывает так, чтобы у одного больного нарушались только процессы синтеза и анализа, а у другого страдала бы исключительно целенаправленность личности. При выполнении любого экспериментального задания можно в известной мере судить о различных формах психических нарушений. Однако, несмотря на это, не каждый методический прием позволяет с одинаковой очевидностью, четкостью и достоверностью судить о той или иной форме или степени нарушения.

Следует отметить, что нарушение психической деятельности больного бывает часто нестойким. При улучшении состояния больного некоторые особенности его мыслительной деятельности исчезают, другие — остаются резистентными. При этом характер обнаруживаемых нарушений может изменяться в зависимости от особенностей самого экспериментального приема; поэтому сопоставление результатов различных вариантов какого-нибудь метода, при этом многократно применяемого, дает право судить о характере, качестве, динамике нарушений мышления больного.

Поэтому тот факт, что при исследовании распада психики часто приходится не ограничиваться одним каким-нибудь методом, а применять комплекс методических приемов, имеет свой смысл и свое обоснование.

5.2. Нарушения сознания

Сознание - наивысшая, свойственная только человеку функция головного мозга, выражающаяся в целенаправленном отражении мира, предварительном построении действий, предвидении их результатов, регулировании взаимоотношений человека со средой и познании мира. Сознание - это не только знание само по себе, но и отношение к познаваемому.

Физиологической основой сознания, по И. П. Павлову, является деятельность определенного участка коры большого мозга (творческого отдела больших полушарий), обладающего в данный момент, при данных условиях оптимальной возбудимостью. Физиологический механизм сознания с его целенаправленной деятельностью и предвосхищением цели предусматривает восприятие раздражений рецепторами, возникновение временных связей в ЦНС, правильное соотношение процессов возбуждения и торможения, их подвижность.

Таким образом, понятие расстроенного сознания охватывает совокупность многих взаимосвязанных и взаимообусловленных состояний. В психопатологии

основным признаком расстройства сознания считают дезориентировку различной степени.

Сознание - это не только знания сами по себе, как продукт познавательной деятельности, но и отношение к тому, что познается, целенаправленное предвосхищение будущего. С. С. Корсаков подчеркивал, что для сознания характерна именно связь знаний, обуславливающая целенаправленную деятельность. Сознание, таким образом, представляет собой не столько сумму психических процессов, сколько новое качество психики, вытекающее из всех ступеней познания.

Сознание включает в себя не только знание об окружающем мире, но и знание о себе - о своих индивидуальных и личностных свойствах. Поэтому в структуру сознания входит самосознание - выделение себя из объективного мира, осознание своей личности, своего тела, своих психических функций. Самосознание (частная сторона сознания) включает в себя осознание своего отношения к окружающему миру, своей деятельности в нем.

Понятие сознания в клинической психологии, психиатрии не совпадает с его философским и психологическим содержанием. Ведущий современный психиатр А. В. Снежневский говорит, что "если подходить к сознанию в философском смысле, то мы естественно должны сказать, что при всяком психическом заболевании высшая форма отражения мира в нашем мозге нарушается". Поэтому в клинической психологии пользуются условным термином нарушения сознания, имея в виду особые формы его расстройства.

С данным положением соглашается и С. А. Рубинштейн, говоря о целесообразности "разведения" психического нарушения и нарушения сознания, как обладающих специфическими признаками. Это понятие сознания, которое А. В. Снежневский определяет как "условное", базируется на взглядах немецкого психиатра К. Ясперса, рассматривающего сознание как фон, на котором происходит смена различных психиатрических феноменов. Соответственно при душевных заболеваниях сознание может нарушаться независимо от других форм психической деятельности, и наоборот. Так, в историях болезни можно встретить выражения, что у больного имеет место бред при ясном сознании, нарушено мышление на фоне ясного сознания и т. п. Метафорические признаки "ясности" и "помрачения" сознания, введенные К. Ясперсом, стали определяющими для характеристики сознания в учебниках психиатрии до настоящего времени.

Вслед за К. Ясперсом в качестве критериев помраченного сознания берутся:

- 1) дезориентировка во времени, месте, ситуации;
- 2) отсутствие отчетливого восприятия окружающего;
- 3) разные степени бессвязности мышления;
- 4) затруднение воспоминаний происходящих событий и субъективных болезненных явлений.

Для определения состояния помраченного сознания решающее значение имеет установление совокупности всех вышеперечисленных признаков. Наличие одного или нескольких признаков не может свидетельствовать о помрачении сознания. Отрешенность от внешнего мира проявляется в нечетком и фрагментарном

восприятию реальности, в утрате способности адекватно анализировать окружающую ситуацию, собственный опыт и делать соответствующие четкие выводы.

Дезориентировка выражается в нарушении ориентировки во времени, месте и даже в собственной личности. Иногда у больных отмечается так называемая двойная ориентировка, когда пациент находится одновременно в двух ситуациях, местах. Он убежден, что лежит в московской больнице и одновременно пребывает в командировке на Сахалине. Происходящие вокруг больного события совсем не привлекают его внимания или воспринимаются неправильно, искаженно (иллюзорное или галлюцинаторное восприятие).

Нарушение памяти выражается в частичной или полной амнезии всего периода нарушенного сознания.

Нарушение мышления - в бессвязности, замедленности темпа ассоциативного процесса, слабости суждения, проявлении вторичного бреда.

Клинические формы нарушения сознания. Патология сознания сопровождает многие психические и тяжелые соматические заболевания, но во всех случаях она укладывается в пять основных синдромов нарушенного сознания: оглушение, делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания, аменция. Появление этих синдромов свидетельствует об утяжелении клинической картины заболевания, это реакция мозга на ту или иную эндогенную или экзогенную вредность.

Оглушенное состояние сознания. Одним из наиболее распространенных синдромов нарушения сознания является синдром оглушенности, который чаще всего встречается при острых нарушениях ЦНС, при инфекционных заболеваниях, отравлениях, черепно-мозговых травмах.

Оглушенное состояние сознания характеризуется резким повышением порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций. Больные отвечают на вопросы как бы "спросонок", сложное содержание вопроса не осмысливается. Отмечается замедленность в движениях, молчаливость, безучастие к окружающему. Выражение лица у больных безразличное. Очень легко наступает дремота. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Состояние оглушения длится от нескольких минут до нескольких часов.

Различают три степени оглушения: обнубиляцию, ступор и кому.

Делириозное помрачение сознания. Это состояние резко отличается от оглушенного. Ориентировка в окружающем при нем тоже нарушена, однако она заключается не в ослаблении, а в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. Возникает не просто дезориентировка, а ложная ориентировка во времени и пространстве.

На фоне делириозного состояния сознания возникают иногда преходящие, иногда более стойкие иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи. В отличие от больных, находящихся в оглушенном состоянии сознания, больные в делирии говорливы. При нарастании делирия обманы чувств становятся сценopodobными: мимика напоминает зрителя, следящего за сценой. Выражение становится то тревожным, то радостным, мимика выражает то страх, то любопытство. Нередко в

состоянии делирия больные становятся возбужденными. Как правило, ночью делириозное состояние усиливается. Делириозное состояние наблюдается в основном у больных с органическими поражениями головного мозга после травм, инфекций.

Делирий заканчивается относительно кратковременной сомато-психической астенией, во время которой может сохраняться "галлюцинаторная готовность" (положителен симптом Липмана). Так протекает типичный делирий. Выделяют, кроме того, неразвернутый (абортивный), профессиональный и мусситирующий делирий.

Онейроидное (сновидное) состояние сознания. Впервые описано Майер-Гроссом, характеризуется причудливой смесью отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных представлений фантастического характера. Больные совершают межпланетные путешествия, оказываются среди "жителей Марса". Нередко встречается фантастика с характером громадности: больные присутствуют "при гибели города", видят, "как рушатся здания", "проваливается метро", "раскалывается земной шар, распадается и носится кусками в космическом пространстве".

Иногда больной может остановить фантазирование, но незаметно для него в сознании вновь начинают возникать такого рода фантазии, в которых всплывает, по-новому формируясь, весь прежний опыт, все, что он читал, слышал, видел. Одновременно больной может утверждать, что он находится в психиатрической клинике, что с ним разговаривает врач. Обнаруживается сосуществование реального и фантастического.

К. Ясперс, описывая подобное состояние сознания, говорил о том, что отдельные события реальной ситуации заслоняются фантастическими фрагментами, что онейроидное сознание характеризуется глубоким расстройством самосознания. Больные оказываются не только дезориентированы, но у них отмечается фантастическая интерпретация окружающего.

При онейроиде больные ничего не помнят из того, что происходило в реальной ситуации, они вспоминают иногда лишь содержание своих грез.

Сумеречное состояние сознания. Этот синдром характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью и столь же внезапным прекращением, вследствие чего его называют транзиторным, т. е. преходящим.

Приступ сумеречного состояния сознания кончается критически, нередко с последующим глубоким сном. Характерной чертой сумеречного состояния сознания является последующая амнезия. Воспоминание о периоде помрачения сознания полностью отсутствуют. Во время сумеречного состояния больные сохраняют возможность выполнения автоматических привычных действий.

Например, если в поле зрения такого больного попадает нож, больной начинает совершать привычное с ним действие независимо от того, находится ли перед ним хлеб, бумага или человеческая рука. Нередко при сумеречном состоянии сознания имеют место бредовые идеи, галлюцинации. Под влиянием бреда и напряженного аффекта больные могут совершать опасные поступки. Сумеречное состояние сознания, протекающее без бреда, галлюцинаций и изменения эмоций,

носит название амбулаторного автоматизма (непроизвольное блуждание). Страдающие этим расстройством больные, выйдя из дому с определенной целью, вдруг неожиданно и непонятным для себя образом оказываются в другом конце города. Во время этого бессознательного путешествия они механически переходят улицы, едут в транспорте и производят впечатление погруженных в свои мысли людей.

Сумеречное состояние сознания длится иногда чрезвычайно короткое время и носит название *absence* (отсутствие - фр.).

Сомнамбулизм (снохождение, лунатизм) - сумеречное помрачение сознания, представляющее собой вариант амбулаторного автоматизма, но в отличие от него наступающее во время сна.

Фуги и трансы - кратковременные сумеречные (1-2 мин.) помрачения сознания с двигательным возбуждением: больной куда-то бежит, снимает и надевает одежду, совершает другие импульсивные действия.

Аментивный синдром (амения). Помрачение сознания, проявляющееся дезориентировкой как в собственной личности, так и в окружающей обстановке. При этом на первый план выступают не страх и возбуждение, как при делирии, а растерянность, бессвязность мышления, речи и движений. Речь таких больных без модуляции, представляет собой бессмысленный набор слов, отличается обилием персевераций и вербигераций. У подростка в таком состоянии лицо выражает недоумение, растерянность, ему трудно осмыслить окружающее, он много раз спрашивает, где он, что происходит вокруг. Галлюцинаторные переживания носят отрывочный и нестойкий характер.

В отличие от делирия, аментивный синдром характеризуется более длительным помрачением сознания (недели и даже месяцы), а по выходе из него отмечается амнезия. Наиболее часто это состояние наблюдается при психозах, возникших на фоне инфекционных заболеваний и интоксикаций (тяжело протекающий грипп, кишечные инфекции и др.)

Коматозное состояние. Глубокое расстройство сознания, характеризующееся отсутствием реакции на внешние раздражители, нарушением жизненно важных функций организма. Если же при таком состоянии появляются защитные реакции на сильные раздражители внешней среды, говорят о ступоре, или ступорозном состоянии. Эти состояния у детей наблюдаются при тяжелых инфекциях и интоксикациях, эпилепсии, энцефалите, менингите, травматических повреждениях и опухолях мозга.

Деперсонализация. Типичным проявлением нарушения самосознания является деперсонализация, или чувство отчуждения от собственного "я", обычно касается личности в целом, включая отдельные психические и соматические функции.

Деперсонализация - это расстройство самосознания, при котором изменяется восприятие собственной личности, "своего я", утрачивается чувство единства личности. Собственные мысли и действия воспринимаются с чувством отчуждения, раздвоения, расчленения собственного "я". В этом состоянии больной говорит о себе в третьем лице, ощущает зависимость своих мыслей, неуправляемость ими, они

являются для него как бы чуждыми, насильственно внушенными. Варианты деперсонализации многообразны, наблюдается она при многих психических заболеваниях, чаще всего при шизофрении.

5.3. Нарушения памяти

Нарушения памяти - наиболее часто встречающаяся клиническая проблема. Самые разнообразные нарушения психической деятельности могут маскироваться под кажущимися расстройствами мнестической функции: нарушения внимания мотивационной, волевой, эмоциональной сфер. Бывает так, что пациенты жалуются на нарушения функции памяти, тогда как экспериментально-психологическое исследование (ЭПИ) этого не подтверждает. И наоборот, в ЭПИ имеются данные о мнестических нарушениях, а в профессиональной деятельности эти нарушения не проявляются (например, когда работа связана с актуализацией ручных навыков и работа осуществляется автоматически, без необходимости запоминания деталей конкретной ситуации - оперативная память не задействована, а задействована только долговременная).

Все это подтверждает значимость функционального подхода к решению проблемы мнестических нарушений (нарушения функций памяти - запоминания, сохранения и воспроизведения) и анализа этой проблемы с точки зрения строения памяти, динамики мнестических процессов и мотивации.

Главными функциями человеческой памяти являются целенаправленное запоминание, сохранение и произвольное воспроизведение информации. Запоминание связано с нейрофизиологическим процессом консолидации - закрепления кода информации о каком-либо событии или факте.

С точки зрения современной физиологии памяти, кодирование информации протекает следующим образом: восприятие - сличение с образцом в долговременной памяти - узнавание/неузнавание - образование временных кодов в кратковременной памяти под регулирующим воздействием избирательного внимания - консолидация нового кода в долговременной памяти. Сначала в мозге сохраняется некоторое число следов восприятия, отобранных вниманием. Эти следы сравниваются с уже имеющимися кодами - энграммами, т. е. следами памяти, сформированными в результате жизненного опыта. Если событие "узнано", то происходит "обновление" имеющегося кода и устанавливаются новые комплексные связи, в результате чего возникает новый код кратковременной памяти. Если событие "не узнано", то также создается комплексный код из различных компонентов воспринятой информации. Новые коды удерживаются в кратковременной памяти, пока они включены в определенную операцию, а затем либо исчезают, либо включаются в кодированном виде в какую-либо систему познавательных связей ("консолидируются"), переходя из кратковременной памяти в долговременную.

Таким образом, взаимодействие кратковременной и долговременной памяти при запоминании носит не линейный, а перемежающийся характер, когда взаимодействие все время затрагивает разные компоненты воспринимаемой информации. Чем сложнее и сильнее будут связаны в процессе запоминания различные временные коды об одном и том же событии, чем сильнее

эмоциональный фон запоминания, тем медленнее происходит забывание. Существенную роль в запоминании играет логическая организация материала.

Запоминание имеет не только произвольный, связанный с концентрацией внимания характер, но и произвольный, связанный с доминирующей мотивацией.

Известно, что хранение информации не предусматривает сохранения ее полноты и неизменности: информация претерпевает изменения в процессе хранения, связанные с влиянием мышления. Как следствие в процессе сохранения информация всегда трансформируется или деформируется.

Произвольное воспроизведение информации связано с выделением необходимых сведений из всего хранящегося в памяти материала под влиянием мотивирующего фактора (необходимости), когда человек активно выбирает из всего массива данных только нужные компоненты, "вытормаживая" побочные образы и факты. При воспроизведении информация также может деформироваться в результате сочетания с новыми впечатлениями.

При рассмотрении клинических нарушений памяти необходимо придерживаться разделения памяти как психической функции на два типа: декларативную и процедурную память.

Под декларативной (эксплицитной) памятью понимается произвольная память на события и объекты. Она локализуется в медиальных частях височных долей, включая гиппокампальную область, а также энторинальную, парагиппокампальную кору и ядра таламуса (медииодорсальные и передние).

Под процедурной (имплицитной) памятью понимается память на действия и навыки, привычки, условные способы поведения. Такая память может протекать без участия сознания и воли. Она локализуется в соответствующих сенсорных и моторных отделах мозга.

Нарушения памяти практически всегда затрагивают декларативную, а не процедурную память. В быденном смысле под памятью тоже понимается именно декларативная память.

Еще одним пунктом, необходимым для понимания клинических нарушений памяти, следует признать разделение памяти по характеру запоминаемой информации на семантическую и эпизодическую (автобиографическую).

Семантическая память - это память, в которой закодированы и сохранены только основные значения информации, особые характерные признаки события или объекта, позволяющие отличить его от других феноменов или включить его в общий класс по типу "часть - целое".

Эпизодическая память представляет собой форму памяти, в которой информация хранится со всеми сопутствующими ей случайными "метками" о том, где, когда и как была получена эта информация.

В норме запоминанию подвергается семантическая информация, тогда как эпизодическая по мере временного дистанцирования от события утрачивается. В случае нарушений памяти изменяется соотношение процессов консолидации семантической и эпизодической информации: эпизодическая доминирует или "мешает" воспроизведению основной информации.

В целом при нарушениях памяти речь идет о нарушениях сохранения, поиска и установления функциональных связей между различными кодами информации о событиях и объектах. Поскольку память тесно связана с речью, мышлением,

восприятием, эмоциями и произвольными действиями, то ее нарушения бывают настолько характерными, что могут служить важнейшим диагностическим критерием в распознавании некоторых острых и хронических психических заболеваний. Специфические нарушения памяти могут свидетельствовать о наличии процессуального психического заболевания, о различных вариантах слабоумия (деменции).

Клинические типы нарушений памяти:

1. Дисмнезии
2. Парамнезии
3. Гипермнезии
4. Гипомнезии
5. Амнезии
6. Псевдореминисценции
7. Криптомнезии
8. Эхомнезии
9. Конфабуляции

1. Дисмнезиями называют формальные расстройства динамических процессов памяти.

2. Парамнезиями называют патологическую продукцию мнестических процессов. Не всегда расстройства памяти (особенно формальные) являются признаком психического заболевания. Они могут встречаться и у психически здоровых людей при особых условиях (в состоянии переутомления, аффекта, астении, вызванной соматической болезнью, и т. п.). Но очень часто нарушения памяти входят в структуру психического дефекта при различных психических заболеваниях и аномалиях.

3. Гипермнезии - непроизвольное оживление памяти, которое проявляется в повышении способности воспроизведения давних, незначительных, малоактуальных событий прошлого. При этом ослабевает запоминание текущей информации и повышается способность воспроизводить давно забытые события прошлого, незначительные и малоактуальные для больного в настоящем. При этом особенно сильно страдают произвольное запоминание и воспроизведение. При гипермнезии отмечается усиление механической памяти при значительном ухудшении показателей логико-смысловой памяти. Данное нарушение памяти может встречаться при особых состояниях сознания, в гипнотическом сне, при приеме алкоголя и некоторых наркотиков, а также при различных психических заболеваниях (в отдельных случаях шизофрении, психопатии, при маниакальных и гипоманиакальных состояниях и пр.).

4. Гипомнезия - частичное выпадение из памяти информации. Нарушается способность запоминать, удерживать и воспроизводить отдельные события или их детали ("прорешливая память", когда пациент вспоминает не все, что должен был

вспомнить, только самое важное, яркое или часто повторяющееся). Слабо воспроизводятся даты, имена, термины, цифры.

Гипомнезии являются наиболее часто встречающимися клиническими расстройствами памяти. Гипомнезия может быть временной, эпизодической, но может иметь и стойкий, необратимый характер. Такие нарушения памяти могут касаться одной или нескольких модальностей (зрительной, слуховой и т. п.). Гипомнезия входит в структуру многих психопатологических синдромов (невротического, психоорганического и др., а также является симптомом врожденного или приобретенного слабоумия).

5. Амнезия - полное выпадение из памяти событий, имеющих место в определенный период. Амнезии являются основным объектом клинической психологии Их можно классифицировать по разным основаниям. Различают амнезии по отношению к событиям, происходящим в разное время от начала расстройства, по нарушенной функции памяти и по динамике проявления расстройства памяти.

По отношению к событиям, происходящим в разное время от начала расстройства, выделяют следующие типы амнезий:

- ретроградная - выпадение из памяти событий до начала (острого периода) болезни (расстройства); ретроградная амнезия может возникнуть, например, после черепно-мозговой травмы;
- конградная - выпадение воспоминаний о событиях в острый период болезни (расстройства);
- антероградная - утрата воспоминаний о событиях, происходящих после острого периода болезни (расстройства); антероградную амнезию можно наблюдать после повреждений в гиппокампе или хронических отравлений, а также при деменциях.
- антероретроградная - выпадение событий, происходивших до, во время и после острого периода болезни (расстройства); скорее всего, возникает в результате временного недостатка кровообращения в гиппокампе.

По нарушенной функции памяти различают следующие типы амнезий:

- фиксационная - на текущие и недавние события;
- анэфория - неспособность воспроизведения информации без подсказки;
- прогрессирующая - сначала наступают трудности в воспоминании, затем наступает забывчивость на текущие и недавние события, потом забываются все более отдаленные события. Сначала страдает память времени совершения отдаленных событий, а затем страдает память содержания событий. Сначала - менее организованное знание (научное, языки). Затем - многократно случавшиеся события. Потом забываются факты с сохранением аффективной памяти. Затем идет распад практической памяти - памяти навыков, и наступает апраксия.

По динамике проявления расстройства памяти выделяют следующие амнезии:

- ретардированная - забывание наступает через некоторое время после ЭПИ; какое-то время хорошо помнит, но спустя короткое время - уже не может воспроизвести (например, короткий рассказ).
- стационарная - стойкое нарушение памяти без видимых изменений (улучшений или ухудшений) во времени;
- лабильная (прерывистая) - нарушения колеблются в течение времени - то возникают, то исчезают;
- регрессирующая - амнезия с частичным восстановлением памяти.

Нарушения динамики мнестических процессов служит не столько индикатором нарушения памяти в узком смысле, сколько признаком истощаемости психики, неустойчивой работоспособности (которая определяется отношением к окружающему и к себе, личностной позицией в ситуации, способностью регуляции поведения, целенаправленностью усилий). Нарушенная динамика успешно корректируется самими пациентами через дополнительные средства опосредования. Нарушения динамики могут быть связаны и с нарушениями аффективной сферы личности.

Амнезии могут быть обусловлены либо потерей сохраненной информации при переводе ее из кратковременной памяти в долговременную, либо ошибками в процессе поиска ситуативно необходимой информации (функционально обусловленными торможениями связи между кодами). Первый тип нарушений памяти (потеря информации) получил название "нарушения памяти типа А" (дегенеративные амнезии). Он вызывается несчастным случаем, физической травмой, интоксикациями, болезнями головного мозга и сосудистыми изменениями в мозге. Дегенеративные процессы разрушают саму материальную основу мнестической функции психики. Основным признаком нарушения типа А является потеря информации. Амнезии типа А получили название "истинных амнезий".

Истинные амнезии в клиническом смысле включают в себя следующие признаки нарушений памяти:

- а) сохранный уровень интеллекта;
- б) не затронута кратковременная память;
- в) преобладает антероградный аспект памяти.

Сегодня считается, что при истинных амнезиях чаще всего нарушается кодирование эпизодической (контекстуальной или автобиографической) информации, сопровождающей информацию о смысле события. Смысловая память в большей степени определяет наше знание о чем-либо, тогда как эпизодическая память характеризует именно воспоминание о личных обстоятельствах этого знания (как оно связано именно с нами). Этим обстоятельством можно объяснить парадокс, при котором человек с истинной амнезией может успешно выполнять задания теста и запоминать текущую абстрактную информацию, но не может вспомнить события из своей жизни.

Второй тип нарушений памяти (ошибки поиска) получил название "нарушения памяти типа В" (диссоциативные амнезии). При таком типе амнезий информация содержится в виде нейронного кода, однако, он не может быть актуализирован. Наиболее часто человек с амнезией типа В испытывает чувство, что

"что-то вертится на языке, но сказать определенно - трудно". Основным признаком нарушений типа В является диссоциация между содержаниями разных кодов информации.

К амнезиям типа В относятся невротические забывания (диссоциации), постгипнотические забывания, феномен "уже виденного (пережитого)", а также феномен "двойного сознания". Поскольку фактически выпадения из памяти информации при амнезиях типа В не происходит, их часто называют парамнезиями. Так как диссоциативные потери памяти вызваны "блокировкой" связи между различными содержаниями памяти, поэтому воспоминание такой связи, имевшей место в реальности, больше невозможно.

В этом смысле такой вид психологической защиты, как вытеснение, также можно рассматривать как разновидность нарушения памяти типа В. Так как непрерывность и целостность восприятия является необходимым качеством сознания нарушения связей между запомненной информацией компенсируются образованием новых связей, сохраняющих для личности субъективную непрерывность течения времени и последовательности событий, а также их осмысленность и включенность в личную историю (автобиографию).

Изменения памяти типа А ("истинные амнезии") возникают при неврологических нарушениях, тогда как нарушения памяти типа В (парамнезии) возникают в рамках психических нарушений.

Наиболее типичными психопатологическими расстройствами содержательной стороны памяти (патологической продукцией памяти) являются парамнезии - обманы памяти. Различают несколько видов парамнезий.

6. Псевдореминисценции - ошибочные воспоминания, иллюзии памяти. Действительные события вспоминаются в другом временном интервале (чаще перенос из прошлого в настоящее - замещаются провалы в памяти, возникшие вследствие фиксационной или прогрессирующей амнезии). Один из вариантов - жизнь в прошлом, когда прошлые события жизни начинают восприниматься как настоящие, начинают происходить ложные узнавания людей с адекватным этим узнаваниям поведением. Иногда такой вариант сопровождается симптомом неузнавания себя в зеркале.

7. Криптомнезии - искажения памяти, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний. Например, увиденное в кино, прочитанное в книге воспринимается как пережитое. Или наоборот - личные события воспринимаются как чужие.

8. Эхомнезии - обманы памяти, при которых новое событие воспринимается как сходное с тем, которое уже имело место. Другое название этого вида парамнезий - феномен "уже виденного" (фр. - *deja vu*), "уже слышанного" (фр. - *deja entendu*) или "уже обдуманного" (фр. - *deja pense*). При таком расстройстве текущее восприятие события одновременно проецируется в настоящее и в прошлое. Феномен "уже виденного" характеризуется убежденностью человека в том, что он уже когда-то переживал подобное событие, но не может указать, где и когда оно происходило.

При дежа вю событие воспринимается как полностью идентичное событию из прошлого.

Кроме феномена дежа вю к эхомнезиям также относят парамнезии Пика - это такая разновидность воспоминания "уже пережитого", когда человек только отмечает некоторое сходство ситуации, но понимает, что оно не идентично прошлому событию.

9. Конфабуляции - вымыслы памяти - ложные воспоминания с убежденностью в их истинности. Замещающие конфабуляции - заполняют провалы в памяти, имеют обыденное содержание, профессионально-бытовое, неустойчивое во времени, лабильное по фабуле, по мере разговора фабула обрастает новыми деталями- "воспоминаниями". Фантастические конфабуляции - ложные воспоминания о невероятных событиях в прошлом, содержание стабильно, имеет признаки бреда величия, эротические компоненты. Паралитические конфабуляции - ложные воспоминания нелепого содержания (трижды маршал).

Хотя парамнезии, как правило, встречаются при тяжелых нарушениях деятельности мозга, при психозах, нарушениях сознания, иногда обманы памяти (криptomнезии) могут встречаться и у психически здоровых людей при значительном переутомлении, в состоянии соматически обусловленной астении.

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

5.4. Нарушения мышления

Мышление - это психический процесс опосредованного и обобщенного отражения существенных сторон реальности, познание внутренних взаимосвязей предметов и явлений. Мышление является частью интеллекта. Интеллект - это общий термин, охватывающий все психические процессы, обеспечивающие познавательную активность (мышление, внимание, память, восприятие).

Как часть интеллекта, мышление есть процесс непосредственного оперирования образами, идеями, символами, представлениями, понятиями. Если интеллект - это ум, способность познавать реальность, то мышление - это обдумывание, один из способов познания реальности, который заключается в создании субъективной модели реальности. Модель - это обобщенный и опосредованный образ реальности. Соответственно, мышление - это обобщенное и опосредованное познание мира.

У человека, в отличие от животных, главным, основным инструментом создания субъективных моделей является язык (система условных символов). Поэтому содержательную сторону мышления у человека выражает речь. Как отражение мышления она обладает логичностью, доказательностью,

грамматическим строем, темпом, целенаправленностью, гибкостью и подвижностью, экономичностью, широтой, глубиной, критичностью, самостоятельностью, пытливостью, любознательностью, находчивостью, остроумием, оригинальностью, продуктивностью.

Логичность - умение выражать внутренние закономерности между явлениями и предметами.

Доказательность - обоснование этой закономерности. Строй речи - соответствие законам построения высказываний.

Темп речи - скорость протекания мыслительных процессов.

Целенаправленность - сохранение в течение определенного времени подчиненности познавательного процесса определенной задаче.

Гибкость - умение быстро менять принятые решения в зависимости от изменения ситуации.

Экономичность - умение эффективно выполнять мыслительные операции с наименьшим числом действий.

Широта - способность привлекать разнообразную информацию для решения познавательных задач.

Глубина - способность проникать в суть явлений. Критичность - умение адекватно оценивать результаты.

Во время процесса мышления человек воспринимает информацию, перерабатывает ее, делает выводы и объединяет их в предположения относительно ситуации, в которой он находится. Для создания адекватных ситуации выводов и предположений нормальный (общепринятый) процесс мышления должен соответствовать нескольким условиям:

- 1) способы восприятия и переработки информации должны быть адекватны объективной ситуации;
- 2) выводы должны делаться в соответствии с законами формальной логики;
- 3) содержание мышления должно оцениваться человеком в соответствии с общепринятыми эмпирическими основаниями;
- 4) процесс мышления должен быть организован по принципу системной регуляции;
- 5) мышление должно быть сложно структурированным и отражать в развернутой системе понятий общепринятую структуру мира.

Нарушения способа восприятия и переработки информации (основные когнитивные расстройства) влияют на качество мышления. Например, при неустойчивом внимании, нарушенной памяти, плохом зрении человек получает неадекватные сведения о ситуации, в которой он находится, делая неправильные выводы и предположения. Так, при аутизме человек в большей мере отдает предпочтение внутренним импульсам, тогда как внешние источники информации о ситуации могут игнорироваться. В результате человек делает неправильные выводы и прогнозы относительно ситуации, в которой находится.

При задержках умственного развития некоторые виды информации не могут быть адекватно восприняты и учтены в выводах и предположениях, что не позволяет мышлению выполнять свою основную функцию обобщенного отражения существенных сторон реальности. При повреждениях височных областей мозга

изменяются процессы памяти, что влияет на распознавание необходимых аспектов ситуации, дезорганизует восприятие раздражителей и не позволяет их категоризовать. Изменения на клеточном уровне искажают поступающую информацию (например, при шизофрении или болезни Альцгеймера), давая неверные сведения о реальности, из чего следуют неадекватные ситуации решения.

Нарушения формы мышления возникают чаще всего при психозах. При этом человек перестает соблюдать базовые логические законы упорядочения информации, что приводит его к нереалистичным умозаключениям.

К формальным нарушениям относят бессвязность мыслей, их разорванность (связь между мыслями сохраняется в течение непродолжительного времени, а потом под действием случайных факторов мышление начинает протекать в другом направлении и на других основаниях), ассоциативность мыслительных процессов (отсутствие внутренней структуры, ориентация мысли только на внешние признаки ситуации, внешнее сходство).

Содержательные расстройства заключаются в том, что одна информация приобретает большую ценность по сравнению с другой, при этом в качестве критерия истинности утверждения берется произвольный субъективный конструкт. Здесь нарушается не сам процесс обработки информации, а объяснение событий. Причиной этого могут быть слабая селекция внешних раздражителей и восприятие нерелевантной информации (из-за слабости системы восприятия), придание преувеличенного значения событиям и содержанию памяти в ущерб актуальной информации и т. п.

Недостаточная системная регуляция (метакогниция) касается систематического обращения к предшествующему опыту и личностному опосредованию процесса мышления. Сюда включается, например, одновременная обработка нескольких аспектов проблемы, создание общего плана мышления, поиск подходящей информации из разных источников, координация мыслительных усилий, обращение к самому себе с вопросами с одновременным представлением себя как стороннего человека, не занятого сиюминутным решением проблемы (умение увидеть себя над проблемой, абстрагироваться от конкретных мешающих условий).

Недостаточная системная регуляция может быть обусловлена травматическими и токсическими поражениями, опухолями, воспалительными процессами лобных долей мозга. Системная регуляция мыслительных процессов также нарушается под влиянием сильных эмоциональных перегрузок.

Степень когнитивной структурированности мышления определяет то, как человек воспринимает, категоризирует, помнит и использует в своих действиях и поступках информацию о внешнем мире. Если оглянуться вокруг, то мы не сможем увидеть вокруг себя ни одного элемента реальности, которому бы не соответствовало определенное описывающее его понятие - языковая форма, обобщающая по какому-либо критерию самые разнообразные конкретные предметы и явления. В каждое понятие включено то или иное представление об объекте видимой реальности: его общие и частные (отличительные) признаки, существенные и несущественные характеристики. Именно понятия делают для нас видимыми, знаемыми, понимаемыми те или иные стороны предметов и явлений реальности, которыми мы затем пользуемся в практической деятельности. Именно в понятиях

выделяется главное и несущественное в восприятии многочисленных сторон окружающей нас реальности.

Следовательно, какова понятийная сетка реальности (т. е. когнитивная структура мира), таково отношение человека к ее элементам, таково его поведение. Понятия упорядочивают имеющийся у нас жизненный опыт и формируют субъективное пространство взаимодействия. Несовпадение содержания и значений субъективных понятий неизбежно приводит к рассогласованию действий и поступков людей. Именно поэтому к мышлению предъявляется требование оперировать общепринятыми понятиями.

Чем больше в мышлении понятий, структурирующих реальность, и чем более развернуто их содержание, тем большее основание имеется у каждого конкретного человеческого действия. Это основание и получило название когнитивной структурированности.

Когнитивная структурированность включает в себя три признака:

- 1) дифференцированность;
- 2) дискриминативность;
- 3) интегрированность.

Дифференцированность представляет собой совокупность характеристик, которыми человек наделяет окружающую реальность: чем больше характеристик, тем более насыщенным и разным воспринимается окружающий мир.

Дискриминативность характеризует способность человека различать в многообразии конкретных предметов и явлений содержательные аспекты, относящиеся к одному и тому же параметру реальности.

Интегрированность представляет собой переплетение разных характеристик и содержательных аспектов одного предмета или явления, восприятие их целостности, а не разорванности, на основе общего главного признака, составляющего ядро понятия о чем-либо.

Высокая степень когнитивной структурированности означает, что человек воспринимает окружающий мир в многообразии основных элементов, связывая их между собой по определенным правилам. Благодаря высокой когнитивной структурированности человек оказывается восприимчивым к новой информации, устойчивым к многозначности мира и субъективных переживаний и обладает выраженной полнезависимостью (т. е. полагается на самого себя, а не на мнение окружающих).

Низкая степень когнитивной структурированности выражается в однозначном, выборочном восприятии отдельных основных элементов мира, которые так же связываются между собой по определенным правилам. Однако выборочность восприятия мира делает его уязвимым перед новой информацией, поскольку она грозит разрушением целостности основных психических процессов. Для сохранения психической целостности и устойчивости когнитивно простые люди обращаются за поддержкой к мнению окружающих, т. е. имеют высокую полнезависимость.

Низкая когнитивная структурированность сопровождается такими психическими расстройствами, как депрессии, аддиктивное и асоциальное поведение; поскольку у человека в этом случае формируется ущербное субъективное представление об

окружающем мире и себе, он выбирает такие способы взаимодействия с миром, которые приводят к ошибкам и конфликтам с окружающими, и испытывает затруднения в изменении имеющихся дезадаптивных стратегий социальных отношений и взаимодействия.

В отечественной клинической психологии все нарушения мышления, вслед за Б. В. Зейгарник, объединяют в три вида:

- 1) нарушения операционной стороны мышления;
- 2) нарушения динамики мышления;
- 3) нарушения личностного компонента мышления /13/.

1) Нарушения операционной стороны мышления.

Это нарушения процессов обобщения и опосредования. Два варианта таких нарушений: а) снижение уровня обобщений и б) искажение процесса обобщения.

Снижение уровня обобщений состоит в том, что в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях, оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами.

Искажение процесса обобщения. Обобщаются случайные стороны явлений, существенные же отношения мало принимаются во внимание. Больные могут руководствоваться чрезмерно общими признаками, выходящими за пределы содержательной стороны явлений, либо чисто внешними, несущественными признаками. Основной признак искажения - бессодержательные или выхолощенные обобщения. Больные имеют искаженные представления о реальности, мало интересуются реальной обстановкой, пытаются к незначительным явлениям подходить с "теоретических" позиций. Речь носит вычурный характер.

2) Нарушения динамики мышления.

- *Нарушения темпа:* ускорение и замедление мышления.

Ускорение - увеличение количества ассоциаций в единицу времени. Мысли поверхностные, малодоказательные, возникает скачка идей (непрерывная смена тематики речи в зависимости от предметов, случайно попавших в поле зрения).

Замедление - уменьшение числа ассоциаций в единицу времени. Лабильность - редко встречающийся феномен, который заключается в быстрой смене темпа: сначала резкое ускорение, сменяющееся резким замедлением.

- Нарушения подвижности мышления (тугоподвижность мышления, торпидность, ригидность, инертность).
- Детализация, обстоятельность, вязкость.

Детализация - постоянное вовлечение в мыслительный процесс второстепенных несущественных подробностей (нарушение экономичности мышления).

Обстоятельность - выраженная детализация, сочетающаяся с систематическим застреванием на побочных ассоциациях при последующем возвращении к основной мысли (лабиринтное мышление).

Вязкость - крайняя степень обстоятельности, при которой детализация так искажает основную мысль, что делает ее непонятной. Теряется способность удерживать центральную линию разговора, трудно вернуться к теме беседы. В

ЭПИ отмечается сохранность обобщений, однако ошибки возникают при переключении на новый способ решения задачи.

3) *Нарушения личностного компонента (нарушения целенаправленности мышления).*

Этот вид нарушений связан с серьезными изменениями в мотивационной сфере личности. Влияние изменений мотивационной сферы уже можно наблюдать в искажении процесса обобщения. Однако есть нарушения, в которых изменения личностного компонента мышления проявляются особенно ярко, что и заставило Б. В. Зейгарник выделить их в отдельную группу.

Суть мышления составляет оперирование существенными аспектами реальности. Однако существенным у человека оказывается то, что приобрело смысл в процессе жизнедеятельности. Другими словами, признаками нарушения выступает не частота проявления какого-либо признака или свойства мышления, а роль, которую оно играет в жизни человека. У смысла есть две стороны: индивидуальный и общественный (предметно-объективный, конвенциальный).

В разных обстоятельствах доминирует то один, то другой, однако конвенциальный смысл всегда оказывается доминирующим критерием, обеспечивающим однозначность продуктов мыслительной деятельности разных людей. Нарушение целенаправленности мыслительных процессов связано с приданием большей значимости индивидуальному смыслу в ущерб общественному.

- *Витиеватость* - слишком пространные рассуждения, излишние для понимания излагаемой мысли.
- *Соскальзывание* (непоследовательность мышления) - внешне немотивированные, неожиданные эпизодические переходы от одного содержания к другому по случайной ассоциации или несущественному для конечной цели рассуждения признаку. После соскальзывания больной способен продолжить последовательность основного рассуждения. Здесь нет ускорения темпа мышления, мысль между соскальзываниями сохраняется.
- *Резонерство* - пространные рассуждения по несущественному поводу. Основу резонерства составляют банальные нравоучения, морализированные истины, известные изречения.

Речь сохраняет правильность, но многословна, изобилует причастными и деепричастными оборотами, вводными словами. Здесь происходит отрыв от контекста и ситуации общения, когда различные значения слова сопоставляются сами с собой, а выбора адекватного значения не происходит. Мыслительный процесс направлен не на цель, задаваемую ситуацией, а на "более общую", "универсальную" цель.

В резонерских суждениях преобладает стремление подвести любое незначительное явление под "концепцию". Отрыв от реальности превращает мысли в "умственную жвачку" (И. Павлов). У таких больных речь не облегчает выполнение задания, а затрудняет его: произносимые слова вызывают случайные ассоциации, которые их отвлекают.

- *Разноплановость* - постоянная необоснованная смена оснований для построения ассоциаций. В результате мысль лишается основного стержня,

иногда объединяются несочетаемые понятия. Суждения об одном и том же феномене одновременно протекают на разных уровнях.

- *Аморфность* - нечеткое использование понятий (непонятно, о чем говорит больной).
- *Разорванность* - отсутствие связей между отдельными умозаключениями. Выделяют логическую и грамматическую разорванность. Логическая - нет логической связи между отдельными компонентами мысли. Грамматическая - набор отдельных, несвязанных слов (шизофазия). Словесная крошка.

С нарушениями личностного компонента мышления связан такой класс нарушений, как *нарушения содержания мышления*.

Нарушения содержания мышления (формирование навязчивых, сверхценных и бредовых идей).

- *Навязчивые идеи (обсессивные мысли)* - это непроизвольно возникающие мысли, содержание которых не несет адекватной информации или вступает в значительное противоречие с системой личных ценностей. Неадекватность содержания в этом случае понимается и критически оценивается человеком, но возникновение таких мыслей непроизвольно, от них невозможно освободиться, и человек испытывает эмоциональный дискомфорт от их наличия.

Обсессивные мысли представляют собой идеи, образы или побуждения к действию, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному, и борьба с ними совершенно безуспешна. При этом они воспринимаются не как чуждые, навязанные, а как собственные мысли. Например, женщина может мучиться страхом, что она может случайно не устоять перед желанием убить любимого ребенка. Или мужчина страдает от непристойных, не соответствующих своим представлениям о собственной личности, навязчивых образов, желаний, представлений.

Среди навязчивых мыслей выделяют навязчивые сомнения, навязчивые абстракции (манипулирование цифрами или "умственная жвачка" - изнуряющее мудрствование на отвлеченные темы), контрастные мысли (содержание которых противоречит мировоззрению или морально-этическим принципам личности) и навязчивые воспоминания. Важной частью обсессивных мыслей являются бесплодные рассуждения, не приводящие ни к какому конкретному решению. Навязчивые мысли возникают в результате воздействия психотравмирующих обстоятельств жизни (тогда содержание мыслей отражает эти обстоятельства), или же они возникают в случаях повреждения базального ганглия, поясной извилины и префронтальной коры (тогда содержание мыслей никак не связано с обстоятельствами жизни или же быстро от них отрывается).

- *Обсессия* - состояние тревоги, страха по поводу возникновения мыслей определенного содержания (чаще всего непристойного, агрессивного или бессмысленного).

Вслед за возникновением навязчивых мыслей вскоре возникают навязчивые (компульсивные) действия, которые имеют характер ритуальной защиты и снимают душевный дискомфорт, возникающий при возникновении мыслей. Осуществление

этих действий (ритуалов) не приносит человеку удовлетворения, и он сам понимает бессмысленность их совершения, однако не может их не совершать (поскольку они связаны с навязчивыми мыслями). Ритуальные действия придают человеку ощущение контроля над ситуацией, которая субъективно воспринимается как опасная. Действие же играет роль символической защиты от этой опасности. Осознание их бессмысленности приводит к нерешительности и медлительности.

У детей и подростков наиболее распространены навязчивые мысли, связанные с боязнью заражения, заболевания, причинения вреда себе или другим. Также навязчивости могут возникать в связи с сексуальной, религиозной озабоченностью, а также озабоченностью своим телом (внешний вид, функции и т. д.).

В ряде случаев навязчивые мысли сочетаются с нарушениями аффективной сферы личности, приводя к возникновению тревожных расстройств. Навязчивые действия как раз и предпринимаются для ослабления тревоги и напряжения, вызываемых навязчивыми тревожными мыслями.

- *Сверхценные идеи* - логически обоснованные убеждения, тесно связанные с мировоззрением личности, базирующиеся на реальных ситуациях и обладающие большим эмоциональным зарядом. Они приобретают неадекватное по степени значимости доминирующее положение в жизни человека, подчиняют себе всю его деятельность, что приводит к дезадаптации.

Содержание сверхценных идей отражает мировоззрение личности, критика отсутствует или носит формальный характер. Сверхценные идеи побуждают человека действовать в соответствии с их содержанием. Так организованное мышление суживает круг интересов личности, приводит к избирательному восприятию реальности. Со временем сверхценные идеи могут утрачивать свою актуальность.

Сверхценные идеи содержательно могут быть связаны с переоценкой следующих факторов:

- *биологических свойств своей личности* (дисморфофобические сверхценные идеи - убежденность в наличии биологического дефекта или недостатка; ипохондрические сверхценные идеи - преувеличение тяжести своего заболевания; идеи сексуальной неполноценности, идеи физического самоусовершенствования);
- *психологических свойств своей личности* (идеи изобретательства, реформаторства и талантливости);
- *социальных аспектов функционирования личности* (идеи вины - преувеличение значимости реальных поступков; эротические идеи - обычные знаки внимания расцениваются как признаки страстной влюбленности других лиц; идеи ревности - убеждения в неверности партнера, основанные на реальных фактах, не имеющих характера достоверных доказательств; идеи сутяжничества или кверулянства - убежденность в необходимости борьбы с малозначимыми недостатками, возводимыми в ранг борьбы с социальной несправедливостью).

- *Бредовые идеи (бредовые расстройства мышления)* - навязчивые, последовательно и энергично отстаиваемые ложные умозаключения, не соответствующие реальности (в их основе лежат нереальные события и факты, например, приписывание себе или другим мнимых, несуществующих качеств, поступков и т. д.), которые упорно поддерживаются личностью, несмотря на аргументы и доказательства обратного.

Однако если подобные умозаключения предписываются определенной культурой или субкультурой, к которой принадлежит человек, то они не должны характеризоваться как бредовые.

Бред может иметь монотематическое или систематизированное политематическое содержание. Содержание бреда, его начало зачастую связаны с жизненными обстоятельствами, однако факты здесь приобретают искаженную, одностороннюю трактовку и вскоре полностью отрываются от действительности. Кроме поступков и личностных позиций, имеющих непосредственное отношение к содержанию бреда, эмоции, речь и поведение в целом не отличаются от нормальных.

Большинство бредовых расстройств, по-видимому, не связаны с шизофренией, хотя при шизофрении нередко развивается бред в качестве компенсаторной реакции на искаженный процесс восприятия (вообще же при шизофрении расстройства психической деятельности изменяют чувство своей индивидуальности, неповторимости и целенаправленности). Самостоятельным бредовым расстройством является паранойя - наличие бреда ревности, бреда величия или бреда преследования.

5.5. Нарушения восприятий и ощущений

Ощущение и восприятие относятся к сфере чувственного познания и ориентирования в окружающем мире. Ощущение - это самый простой психический процесс отражения отдельных свойств и качеств среды при непосредственном воздействии на специфические рецепторы органов чувств физических, химических, механических и других раздражителей.

По виду рецепторов различают экстероцептивные, интероцептивные и проприоцептивные ощущения.

Экстероцептивные ощущения дают общую информацию о состоянии внешней среды обитания человека.

Интероцептивные ощущения сообщают о событиях, происходящих внутри организма (иногда их называют висцероцептивными, когда речь идет о сигналах, исходящих от внутренних органов).

Проприоцептивные ощущения сигнализируют о позиции, местоположении и движении тела или его частей, они отвечают за пространственную ориентацию. Имеются две группы проприоцепторов: вестибулярные и кожно-кинестетические (т. е. находящиеся в коже, мышцах, сухожилиях и суставах). Кроме того, у человека имеются несколько специфических видов ощущения, которых нет у животных: времени, ускорения и вибрации. В норме далеко не все существующие раздражители воспринимаются на уровне ощущений, однако и субсенсорные раздражители (находящиеся за нижним и верхним порогами чувствительности) оказывают влияние на ощущения. В норме пределы субсенсорной области невелики, тогда как у отдельных людей эта область может увеличиваться.

Восприятие есть осмысленный и опосредованный словом процесс отражения совокупности свойств и качеств, который зависит от цели жизнедеятельности.

Поэтому восприятие характеризуется активностью, пристрастностью и мотивированностью.

Совокупность ощущений в восприятии складывается в виде конструируемого сознанием целостного образа реальности на основе предоставляемой ощущениями информации. Особенностью восприятия является то, что даже при ограниченной по объему или содержанию сенсорной информации в восприятии конструируется целостный образ предмета или явления.

Восприятие представляет собой необходимую предпосылку для анализа и познания окружающего мира, регуляции и контроля поведения, а также оно оказывает влияние на чувства и настроения.

Восприятие предполагает взаимодействие самых разных психических процессов: внимание, память, мотивационно-эмоциональные и т. п. Таким образом, нарушения на уровне восприятия могут косвенным образом приводить к изменению других психических функций.

В зависимости от того, какой орган чувств принимает преимущественное участие в восприятии, различаются зрительное, слуховое, осязательное, обонятельное, вкусовое восприятие. Выделяют также сложные формы восприятия, такие, как восприятие пространства, движения и времени.

Содержание образа восприятия зависит от самого воспринимающего субъекта: в нем всегда сказываются особенности личности воспринимающего, его отношение к воспринимаемому, потребности, интересы, устремления, желания, чувства. При восприятии какого-либо предмета активизируются и следы прошлых восприятий. Существенным фактором, влияющим на содержание восприятия, является установка субъекта.

Образы предметов или явлений, существующие в отсутствие самих этих предметов или явлений, называют представлениями. Представления выполняют функцию замещения, символизации объектов реальности, поэтому они соотносятся как с несуществующими в реальности предметами и явлениями, так и с существующими в прошлом или будущем.

Функциональная специализация коры головного мозга влечет за собой то, что различные модальности восприятия репрезентируются в различные области коры. При этом внутри специализированных участков имеется дополнительная функциональная специализация. Структурные повреждения или нарушения физиологических механизмов в этих областях приводят к нарушению функций восприятия в соответствующей модальности.

На структурном уровне возникновению расстройств ощущения и восприятия способствуют сосудистые заболевания, травмы, опухоли головного мозга, гипоксия, дегенеративные заболевания (деменции, атрофии).

На уровне нарушения физиологических механизмов расстройства ощущения и восприятия возникают при шизофрении и аффективных расстройствах. Следует особо оговорить, что невозможно четко разграничить нарушения восприятия и внимания, поскольку внимание является интегральной психической функцией: оно участвует и в восприятии (управляя им), и в когнитивной переработке информации.

Однако в диагностике нарушений восприятия можно определить ведущую причину, которая может быть первичной (структурное или функциональное поражение коры) или вторичной (расстройство внимания, аффективной,

мотивационной сфер). При нарушении физиологических механизмов нарушения восприятия взаимодействуют с нарушениями внимания, аффективной и мотивационной сфер.

Не любое нарушение процесса ощущения и восприятия является признаком психического расстройства. Нарушения возможны при определенных условиях, таких, как временные функциональные нарушения деятельности ЦНС, например, переутомление, а также "зашумленность" внешнего фона восприятия.

Патологическими признаются только те расстройства ощущений и восприятия, которые приводят к резкому нарушению познания окружающего и формированию психических расстройств.

Нарушения чувственного познания можно классифицировать по разным основаниям: по органам чувств или по уровню восприятия.

По органам чувств выделяют зрительные, слуховые, осязательные (тактильные), обонятельные и вкусовые расстройства.

1) К зрительным расстройствам относят:

- снижение или усиление остроты зрения;
- нарушения цветового восприятия;
- искажения пространственного восприятия;
- выпадение отдельных полей зрения;
- нарушения зрительного узнавания (агнозии);
- иллюзии и галлюцинации.

2) К нарушениям слуха относят:

- нарушения восприятия громкости, высоты, тембра или темпа (ритма) звуков;
- нарушения узнавания шумов и сигналов (слуховая агнозия);
- слуховые иллюзии и галлюцинации;
- интероцептивные шумы (ощущение шума в ушах в отсутствие внешнего раздражителя).

3) К тактильным нарушениям относят:

- расстройства способности локализации очага раздражения;
- расстройства ощущений давления, температуры, влажности, боли;
- нарушения различения внешних признаков объектов;
- иллюзорные ощущения и осязательные галлюцинации;
- нарушение восприятия схемы тела.

4) К нарушениям обоняния и вкуса относят:

- частичную или полную потерю обонятельных или вкусовых ощущений;
- потерю взаимосвязи между определенным запахом и вкусом и типичным для них объектом;
- инверсию привычных запахов и вкусов (приятные запахи или вкусы воспринимаются как отвратительные или наоборот).

По уровню восприятия выделяют следующие типы нарушений в сфере чувственного познания:

- На уровне ощущений
- На уровне восприятия
- На уровне представлений
- Изменение порога чувствительности
- Сенестопатии
- Психосенсорные расстройства
- Агнозии
- Иллюзии
- Галлюцинации

Такая классификация объединяет нарушения функционирования во всех органах чувств по общим для каждого из них признакам, что более удобно для взаимодействия клинического психолога с нозологически мыслящими психиатрами и невропатологами, ориентированными на синдромальный, а не описательный анализ расстройств.

В основе нарушений ощущений лежит изменение порога чувствительности: снижение или повышение уровня ощущений по отношению к норме. Снижение порога - гиперестезия - представляет собой усиление восприимчивости, интенсификацию ощущения, что в крайних случаях может приводить к раздражению, несдержанности, гневу, дискомфорту. Повышение порога может проявляться в виде гипестезии или анестезии.

Гипестезия - снижение восприимчивости, понижение чувствительности.

Анестезия - полная нечувствительность при анатомио-физиологической сохранности (психическая слепота, утрата вкусов, способности распознавать запахи, утрата чувства боли).

Сенестопатии - это проецирование каких-то ощущений внутрь телесного "Я" (термические ощущения - жжет, печет, леденит; ощущение движения жидкостей - пульсация, переливание, закупоривание сосудов; ощущения передвижения, натяжения и т. д.). Соматические боли в отличие от сенестопатий всегда локализованы, имеют стереотипное содержание, связаны с анатомическими границами и расположением органов. Боли, возникающие при поражении нервов или сосудов (парестезии), в отличие от сенестопатий проецируются на поверхность кожи или появляются при определенных движениях.

С сенестопатическими нарушениями процесса ощущения в клинической психологии связана проблема интрацепции (восприятие внутреннего состояния организма).

В норме интрацептивные раздражители относятся к субсенсорной области психики. Основная масса интрацептивных ощущений связана с болезненными состояниями. Причиной перехода интрацептивных раздражителей в область ощущений служат патологические изменения во внутренней среде организма. Таким образом, эти раздражители выполняют сигнальную функцию, начиная более сильно воздействовать на специфические рецепторы. Однако в клинической практике нередко можно встретить феномен субъективно отчетливых интрацептивных ощущений, для которых отсутствуют соответствующие материальные причины.

Первоначально разделения интрацептивных ощущений на истинные и ложные в науке не существовало: Гиппократ и Гален всегда связывали их с заболеваниями

внутренних органов, находящихся ниже края реберной дуги - hypochondrion ("ипохондриа"). Ипохондрией в клинической психологии называют представление человека о наличии у него заболевания, которое возникает вследствие сенестопатии (собственно болезненных ощущений).

В XIX в. причиной ипохондриии стали считать нарушения чувствительности нервных рецепторов. Параллельно концепции "нервизма" в качестве причины ипохондриии была выдвинута концепция "психической болезни" - патологического расстройства функции воображения.

Эти две концепции ипохондриии сохраняются до сегодняшнего дня. Последователи концепции ипохондриии как психического расстройства на уровне представлений рассматривают ее как вид галлюцинаций - ложных восприятий своего тела.

Современные последователи концепции "нервизма" ищут причину уже не только в периферическом поражении нервных окончаний, но и в расстройстве функционирования специфических участков коры больших полушарий. Они полагают, что в результате функционального ослабления контролирующей (тормозящей) деятельности коры слабые импульсы, идущие от здоровых внутренних органов, пробиваются на уровень осознания и ощущаются как болезненные. Функциональное ослабление корковых процессов возбуждения и торможения, как полагают, развивается вследствие временного патологического импульса со стороны внутреннего органа, который вызывает в коре формирование ответной реакции в виде стойкого доминирующего очага возбуждения и, соответственно, физиологической готовности к интрацептивным ощущениям.

Таким образом, на психологическом уровне расстройства ощущений ипохондриического типа оказываются связанными с нарушениями восприятия своего тела. Интрацептивные сигналы начинают оцениваться как источник угрозы для личности, что формирует соответствующий эмоциональный фон - повышенную тревожность.

Обе концепции имеют равную доказательную силу, поэтому в клинической психологии можно встретить разделение ипохондриии на *психогенную и органическую*.

Психогенные ипохондрические расстройства возникают тогда, когда вследствие определенной психотравмирующей ситуации у человека оскудевают социальные связи, т. е. сокращается экстрацептивное общение с внешним миром. В норме наше сознание ориентировано на влияния внешней среды, тогда как при ипохондриии оно переключается внутрь. И человек страдает не столько от неприятных ощущений, сколько от уверенности в своей болезни, вытекающей из необычности ощущений.

Органические ипохондрические расстройства могут быть связаны с нарушением в деятельности нервной системы на периферическом, стволовом и кортикальном уровнях.

На периферическом уровне происходит изменение активности рецепторов вегетативной нервной системы, и раздражения, исходящие из внутренних органов, вызывают множество подпороговых суммирующихся импульсов, что приводит в возбуждение подкорковые узлы. Под влиянием перевозбуждения в таламусе и

диэнцефальных системах происходит изменение самоощущения и восприятия тела. И затем в патологический процесс вовлекается кора.

На стволовом уровне первично поражаются стволовые механизмы передачи нейронных импульсов от рецепторов в кору. В связи с этим развиваются нарушения самочувствия, эмоций, восприятия интрацептивных импульсов. На первое место выходит повышенная тревожность, человека начинают беспокоить навязчивые нозоманические идеи.

На кортикальном уровне первично поражаются корковые системы (скорее всего - височно-базальные), что выражается в изменении субъективной оценки своего состояния (переоценка тяжести), развиваются парестезии.

В основе расстройств восприятия лежит нарушение процесса идентификации субъективного образа с воспринимаемым объектом (узнавание). В случае психосенсорных расстройств искажается процесс восприятия объекта или его признаков. В случае агнозий затрудняется процесс узнавания воспринимаемых объектов. В случае иллюзий возникающий субъективный образ не соответствует реальному объекту и полностью его замещает.

Психосенсорные расстройства возникают у людей, начиная с дошкольного возраста, и обнаруживаются в двух формах:

1. *Искаженное восприятие объектов внешнего мира:* их величины и размеров, формы, постоянства цветовой гаммы, пространственного положения и устойчивости, количества и целостности, ощущение замедления или ускорения течения времени. Встречаются системные искажения восприятия объектов внешнего мира - дереализации. При дереализациях реальный мир представляется мертвым, нарисованным, неестественным, человек может отмечать необычное восприятие освещенности, цветовой раскраски. Мир кажется как бы во сне. Дерееализации обычно возникают не раньше возраста 6-7 лет;

2. *Искаженное восприятие собственного тела:* нарушения схемы тела, положения его частей, веса, объема и т. д. Системные искажения восприятия собственного тела называются деперсонализацией. При деперсонализации человек убежден в том, что его физическое и психическое "Я" каким-то образом изменилось, но объяснить конкретно, как изменилось, он не может. При изменении восприятия телесного облика говорят о соматической деперсонализации. Она проявляется в чувстве измененности, отчужденности или отсутствия частей тела или внутренних органов, а также их функций. Если больной ощущает изменения своего психического "Я", говорят об аутопсихической деперсонализации. Она проявляется в виде недостаточной отчетливости восприятия больным процессов мышления, памяти, чувств и собственно восприятия. Чувство измененности восприятия при деперсонализации носит целостный характер и сопровождается обычно мучительным сопоставлением восприятия в данный момент с воспоминаниями о прежнем восприятии. Синдром соматической и аутопсихической деперсонализации длительно существует при психических расстройствах и редко встречается у детей младше 10-12 лет.

Возникают психосенсорные расстройства обычно эпизодически (от нескольких секунд до нескольких минут) и обычно сопровождаются чувством

страха. Соматические и аутопсихические деперсонализации при психических расстройствах могут существовать длительно. Распад целостности образа восприятия может быть столь выраженным, что становится невозможным узнавание объектов. В этом случае говорят об агнозиях.

Агнозии- затруднения узнавания предметов и звуков - связаны с нарушениями процесса синтеза (обобщения) признаков в процессе конструирования целостного образа реальности. В целом агнозии связаны с изменениями смысловой стороны восприятия. Они развиваются вследствие поражений коры головного мозга и ближайших подкорковых структур (вторичных и третичных зон слухового, зрительного и тактильного анализаторов). Чувствительность сохраняется, а вот способность к анализу и синтезу информации утрачивается.

Обычно агнозии имеют длительный затяжной характер (длятся от нескольких недель до нескольких лет).

По органам чувств выделяют *зрительные, тактильные и слуховые агнозии*.

Зрительные агнозии подразделяются на:

- *тотальную агнозию* (неузнавание предметов или их изображений);
- *симультанную агнозию* (узнавание предметов и их изображений, но неузнавание изображения ситуации, в которой участвуют эти предметы);
- *агнозию цвета* (цвета различает, но не узнает цвета предметов) и шрифтов (пишет, но не может прочесть);
- *пространственную агнозию* (нарушение ориентировки в пространственных признаках изображения);
- *лицевую агнозию*;
- *географическую агнозию* (неузнавание маршрута или местности).

Тактильная агнозия выступает в виде:

- *астереогнозии* (предметы не воспринимаются на ощупь, не распознается материал, из которого они состоят, - агнозия текстуры, или агнозия пальцевая, когда не идентифицируются пальцы рук);
- *соматогнозии* (не узнается схема своего тела).

Слуховая агнозия связана с нарушением узнавания знакомых звуков (например, одна из разновидности слуховой агнозии - амузия - неузнавание музыкальных звуков).

Следует различать *истинные агнозии и псевдоагнозии*.

Псевдоагнозии имеют дополнительный элемент, которого нет в агнозиях: диффузное, недифференцированное восприятие признаков. Псевдоагнозии возникают при серьезных интеллектуальных нарушениях - деменциях. Дело в том, что восприятие, освобожденное от организующей функции мышления, становится рассредоточенным: несущественные признаки предметов могут становиться в центре внимания, что и приводит к неправильному узнаванию (лошадь воспринимается как птица, потому что уши стоят торчком, а на то, что лошадь впряжена в телегу, внимание не обращается). При псевдоагнозиях также страдает ортоскопичность: перевернутые предметы уже не воспринимаются, тогда как показанные в прямой экспозиции - узнаются.

Иллюзии (от лат. *illusio* - ошибка, заблуждение) - это неадекватное отражение воспринимаемого объекта, несоответствие субъективного образа реальному предмету. Различают аффективные, вербальные, слуховые, тактильные, обонятельные и зрительные иллюзии (парейдолии и псевдопарейдолии). Чаще встречаются зрительные и слуховые иллюзии, а у детей по сравнению со взрослыми чаще встречаются зрительные иллюзии. У психически здоровых людей при определенных условиях также могут наблюдаться такие ошибки восприятия, как иллюзии. Это так называемые физиологические иллюзии. Примером их являются миражи в пустыне, голоса, слышимые в шуме ветра, и т. д. Известны также оптические иллюзии в восприятии величины, формы, удаленности предметов, основанные на законах физики.

- *Аффективные иллюзии* - это иллюзии любых органов чувств, возникающие под влиянием сильных эмоций (страх, гнев) при наличии слабого специфического раздражителя (слабая освещенность, слышимость) и с признаками астении. Содержание такой иллюзии всегда связано с ведущим аффектом.
- *Вербальные иллюзии* представляют собой искажения слухового восприятия, когда, например, вместо нейтральных звуков и шумов, обрывков речи человек "слышит" осмысленную, целостную речь (чаще всего брань, угрозы, осуждение, но не обязательно). Вербальные иллюзии можно перепутать с другим психическим расстройством - бредом, однако при бреде человек слышит и пересказывает реальные фразы, вкладывая в них иное содержание, иной контекст. Здесь же человек "слышит" то, чего на самом деле не говорят. Вербальные иллюзии связаны с тем, что отдельные слуховые раздражители "конструируются" сознанием в осмысленную речь - целостный слуховой образ, содержание которого целиком определяется актуальным состоянием человека.
- *Слуховые иллюзии* связаны с искаженным восприятием силы звука (звук кажется более громким), расстояния до источника звука (источник звучания воспринимается ближе или дальше реального источника звука), ритма звучания.
- *Тактильные иллюзии* связаны с неадекватным восприятием силы тактильного ощущения (при соответствующей психологической установке любое, даже нейтральное прикосновение вызывает боль). К тактильным иллюзиям относятся парестезии - восприятие нейтрального тактильного ощущения как щекотки, зуда, жжения или ощущения того, что по телу ползают насекомые или змеи (этот вид парестезии называют формиацией - от лат. *formica* - муравей). При тактильных иллюзиях также могут нарушаться восприятие размера, формы, положения конечности, движения тела. К тактильным иллюзиям относится и так называемый синдром "чужой руки", когда своя собственная часть тела воспринимается как чужая.
- *Обонятельные или вкусовые иллюзии* проявляются в форме субъективного изменения (инверсии) качества ощущений (сладкое кажется кислым, благовоние ощущается как зловоние).
- *Зрительные иллюзии* (или иначе - парейдолии) представляют собой восприятие отдельных, не связанных между собой зрительных ощущений

целостными, осмысленными образами. К зрительным иллюзиям также относится искаженное восприятие пространственных, цветовых, количественных (например, два или три вместо одного предмета) характеристик. Парейдолические иллюзии обычно возникают при сниженном тоне сознания на фоне различных интоксикаций и являются важным диагностическим признаком.

Если эти иллюзорные образы дереализуются (т. е. появляется чувство искусственности в сочетании с бредовым толкованием), то такое расстройство называется псевдопарейдолиями.

Следует отметить, что наличие отдельных иллюзий в изолированном виде не является признаком психического заболевания, а лишь свидетельствует об аффективной напряженности или переутомлении. Только в сочетании с другими расстройствами психики они становятся симптомами определенных расстройств.

Если иллюзорное восприятие является проявлением психического расстройства, говорят о патологических иллюзиях. Основным отличием физиологических иллюзий от патологических является коррегируемость и критичность больного к их содержанию. В таких случаях изменение условий восприятия (улучшение освещенности или изменение функционального состояния ЦНС), а также включение воспринимаемых образов в предметную деятельность приводят к тому, что человек обнаруживает свою ошибку и иллюзия разрушается. При патологических иллюзиях критичность больного к их содержанию, еще имеющаяся на начальных этапах развития болезни, снижается, иллюзии носят стойкий характер, их интенсивность снижается только по мере позитивного изменения болезненного состояния в ходе лечения и ремиссии.

Физиологические особенности мозговых процессов у детей и психологические особенности их восприятия способствуют тому, что иллюзорные расстройства восприятия возникают у них довольно часто. В детском возрасте иллюзии наблюдаются при инфекционных заболеваниях и интоксикациях. Возможно также появление их у детей, страдающих неврозами, психопатией, эпилепсией, шизофренией и др. Иллюзии могут регистрироваться даже в раннем возрасте, начиная с 1,5-2 лет у детей, способных к вербализации собственных переживаний. Иллюзии, как правило, связаны с различными эмоциональными реакциями, которые зависят от содержания иллюзорных образов, но чаще всего эти эмоции бывают отрицательными.

Галлюцинациями называют представления, воспринимаемые как реальные объекты (иными словами, это восприятие того, чего на самом деле нет в актуальной реальности как реально существующего или действующего). При галлюцинациях человек не может отделить свое представление (субъективный образ реальности) от восприятия реальности. Если иллюзии могут встречаться и у психически больных, и у здоровых людей, то наличие галлюцинаций всегда свидетельствует о тяжести психопатологической симптоматики. Галлюцинации относят к позитивной психопатологической симптоматике, которая встречается при психозах.

Галлюцинаторные образы могут быть единичными и множественными. Они могут быть сюжетно связаны друг с другом. Они могут быть также простыми и сложными. При простых, элементарных галлюцинациях больные видят отдельные вспышки света, слышат отдельные шумы, шорохи. Простые галлюцинации

возникают в одном анализаторе. При сложных галлюцинациях (в их формировании участвуют два и более анализаторов) галлюцинаторные образы являются содержательными: больные видят различные одушевленные и неодушевленные предметы, фантастических существ, слышат связную содержательную речь, музыку и т. п.

Существуют *истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации*. При истинных *галлюцинациях* галлюцинаторный образ, как и при обычном восприятии, проецируется в окружающую среду и оценивается больным как объект действительности. Образы истинных галлюцинаций настолько ярко чувственно окрашены, что критика к ним полностью отсутствует, поэтому больные действуют в соответствии с их содержанием, вступают с ними в контакт.

При *псевдогаллюцинациях* человек в состоянии отделить свое субъективное представление от восприятия объективной реальности. Человек признает, что его образы имеют дереалистический характер, т. е. он осознает их как нечто аномальное, ненастоящее. Нередко псевдогаллюцинаторные образы воспринимаются как навязанные, чужие. Тогда у человека развивается чувство воздействия со стороны, навязывания образа (синдром Кандинского-Клерамбо). Псевдогаллюцинации также характеризуются тем, что ложные ощущения проецируются в субъективное, а не во внешнее пространство (например, "голоса" внутри головы, которые воспринимаются как чужие, не свойственные самой личности).

Различают зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные и вкусовые галлюцинации. Чаще всего встречаются зрительные и слуховые галлюцинации (у детей преобладают зрительные галлюцинации, а у взрослых - слуховые).

- *Зрительные галлюцинации* заключаются в ложном зрительном восприятии несуществующих (не видимых для других людей) объектов или сцен. При этом человек уверен в том, что эти объекты или сцены не есть только лишь продукт его сознания, поскольку они воспринимаются им как реально существующие.
- *Слуховые галлюцинации* заключаются в том, что человек слышит несуществующие звуки. При простых слуховых галлюцинациях слышится бормотание, капающая вода, шепот, тиканье часов, шаги, хлопанье в ладоши. При сложных слуховых галлюцинациях человек слышит мелодии, музыку, голоса других людей.
- *К тактильным галлюцинациям* причисляют феномен редупликации частей тела (ощущение фантомных частей тела, например удаленных после хирургического вмешательства) или всего тела (ощущение фантомного телесного "двойника", как своего собственного, так и других людей - например, ощущение, что кто-то лежит рядом или кто-то другой навалился сверху).

Галлюцинации обоняния и вкуса связаны с восприятием несуществующих запахов и вкусов.

Существуют возрастные особенности проявления галлюцинаций. У детей чаще возникают элементарные галлюцинации при измененном сознании, хотя возможно их появление и на фоне ясного сознания. В дошкольном возрасте чаще

встречаются зрительные галлюцинации, персонажами которых выступают герои сказок, мультфильмов. При этом зрительные образы, как правило, фрагментарны (дети видят отдельные части фигуры - лицо, лапу и т. п.). Псевдогаллюцинации, особенно слуховые, редко появляются у детей младше 10-12 лет.

Более часто в детском возрасте встречаются галлюцинации воображения. Они возникают спонтанно на фоне образных представлений, фантазий и являются как бы продолжением этих актуальных для больных представлений. Распространенным вариантом галлюцинаций воображения является феномен "оживления" неодушевленных предметов - картин, игрушек и т. п.

Гипнагогические галлюцинации, которые наряду с галлюцинациями воображения и псевдогаллюцинациями относят к незавершенным, также встречаются у детей чаще, чем истинные галлюцинации. Под гипнагогическими галлюцинациями понимают спонтанно возникающие при засыпании преимущественно зрительные образы, которые проецируются в темное поле зрения закрытых глаз или во внешнее неосвещенное пространство при открытых глазах. Их содержание может воспроизводить отдельные впечатления и образы, воспринятые ребенком в течение дня. Подобные галлюцинации нередко наблюдаются у здоровых, особенно впечатлительных детей, детей с ярко выраженным эйдети́змом. Патологические гипнагогические галлюцинации не связаны с образами повседневных впечатлений, необычны, нередко фантастичны и сопровождаются аффектом страха.

Принято считать, что галлюцинации, в отличие от иллюзий, возникают в отсутствие реального раздражителя. Субъективно они ничем не отличаются от непатологических образов реальности, т. е. всегда воспринимаются как внешние события, которые имеют выраженную чувственную окраску. Проецирование вовне, яркая чувственность, а также произвольность возникновения (неподконтрольность) делает невозможным для человека отличие реального образа от галлюцинации.

В клинической психологии существуют различные теории, объясняющие возникновение галлюцинаций. Исторически первая теория основывается на павловской интерпретации физиологии высшей нервной деятельности и рассматривает галлюцинации как результат интенсификации представлений (при усилении тормозных процессов представления как физиологически более слабый раздражитель начинают проецироваться вовне и приобретать черты восприятия).

Вторая концепция трактует галлюцинацию как следствие поражения локальных участков коры головного мозга. Согласно третьей теории, галлюцинация - это продукт нарушения деятельности нейронных рецепторов.

В настоящее время достоверно установлено, что галлюцинации возникают как после структурных повреждений головного мозга (вторая теория), так и при нарушениях физиологических процессов в коре головного мозга (третья теория). Галлюцинации возникают в результате поражения структур или физиологических механизмов высшей нервной деятельности, в которых происходит переработка и кодирование информации. Изменение биохимии мозга в результате нарушения локального кровообращения или действия токсичных веществ, потеря афферентного потока информации из-за повреждения периферических отделов системы

восприятия - все это приводит к появлению галлюцинаций, которые фактически замещают утраченную информацию о реальности, восстанавливая или сохраняя целостность ее образов в сознании.

Возникновению галлюцинаций способствует обособление нейронной активности: те механизмы центральной нервной системы, которые "ответственны" за зрение, слух, речь, осязание, обоняние и вкус, при блокировании или изменении соответствующего афферентного потока начинают самостоятельно продуцировать схожие образы с целью сохранения целостного и осмысленного восприятия реальности. Из-за отсутствия возможности сличения реального и продуцируемого образов реальности субъективная реальность начинает восприниматься как "подлинная" и конкурировать с последней или даже доминировать над ней. Нарушение коркового контроля за продукцией образов реальности может вызвать дисбаланс между концептуализирующими и исправляющими механизмами высшей нервной деятельности, что приводит к ложным восприятию, истолкованию и оценке впечатлений.

Сторонники четвертой концепции, выдвинутой С. Я. Рубинштейн, считают, что галлюцинации формируются в условиях затрудненного восприятия (мозг "достраивает" образ из слабоулавливаемых сигналов). Дело в том, что даже у здоровых людей в условиях затруднения психической деятельности возникают иллюзии и даже галлюцинации (в барокамерах, в изоляции, у слабоблудящих и слабослышающих). Слабоулавливаемые сигналы вызывают усиленную ориентировочную деятельность анализаторов, при этом запускается процесс создания образа из этих сигналов. Следует иметь в виду, что под влиянием сильного перенапряжения галлюцинации могут возникать на непродолжительное время и у здоровых людей, поэтому они не всегда имеют болезненный характер. Следовательно, далеко не в каждом случае галлюцинации следует причислять к разряду патологических феноменов.

5.6 Нарушения произвольных движений и действий

Моторные расстройства можно разделить на органические и психогенные двигательные расстройства. При органических двигательных расстройствах патологические изменения происходят в костно-мышечной и нервной системах организма. Психогенные двигательные расстройства имеют функциональный характер и определяются действием психологического фактора. Нарушения произвольных движений и действий связаны с расстройством функции инициации и расстройствами выполнения.

Произвольное движение инициируется намерением или замыслом человека (целью). Намерение или замысел приводят к обращению за находящимися в памяти специфичными для ситуации двигательными программами (план действия) или запускают процесс формирования адекватной оригинальной программы (если подходящая модель в памяти отсутствует). Выбор программы (плана) осуществляется согласно ситуативным критериям.

Нарушения волевой регуляции действий и движений составляют основу всех рассматриваемых расстройств, поскольку существенным признаком произвольного акта является целенаправленное приложение усилий для его реализации согласно

выбранному плану. В случае нарушения произвольной стороны моторики речь идет об обособлении цели как организующего компонента действия и самого действия, которое не вписывается в контекст ситуации его осуществления и выглядит лишенным смысла, "странным".

На этапе инициации нарушения произвольных движений часто связаны с тем, что в нужный момент, когда возникает намерение (цель) осуществить движение, блокируется доступ к соответствующей моторной программе: она становится недоступной. В результате цель не реализуется с помощью необходимых для ее выполнения движений. При этом, когда цель не становится намерением (т. е. не осознается), действия, необходимые для ее осуществления, могут быть выполнены. Но при малейшем волевом усилии (например, в случае просьбы совершить только что осуществленное действие) выполнить его становится невозможно.

Другим вариантом расстройства инициации действия, напротив, является *непроизвольное (автоматическое) совершение* таких движений или действий, которые в норме являются не автоматическими (рефлекторными), а произвольными. При этом из программы выпадает цель совершения произвольного движения или действия, оно становится неадекватным ситуации, в которой осуществляется движение или действие. Примером непроизвольной инициации двигательной программы могут служить тики.

Тиком является непроизвольное, быстрое, повторяющееся, неритмичное движение (обычно вовлекающее ограниченные группы мышц) или действие, которое начинается внезапно и явно бесцельно. Помимо двигательных тиков существуют вокальные тики. И двигательные, и вокальные тики бывают простыми и сложными. Простые двигательные тики состоят из подмигиваний, пожиманий плечом, гримасничания. Сложные двигательные тики могут проявляться в виде поколачивания себя, подпрыгивания и скакания. Простые вокальные тики проявляются в виде покашливания, лая, фыркания, шмыгания носом и шипения. Сложные вокальные тики заключаются в повторении или выкрикивании слов, иногда непристойного содержания (копролалия), или в повторении только что произнесенных собственных звуков или слов (палилалия).

У детей в возрасте 4-5 лет могут встречаться преходящие тики, что само по себе является не расстройством, а крайним вариантом возрастной нормы развития. Патологическими можно считать хронические тики, нарушающие процесс социального взаимодействия человека. Среди болезненных тиков особое место занимает синдром Жилия де ля Туретта. Этот синдром представляет собой сочетание множественных двигательных и вокальных тиков. Наиболее часто такое расстройство произвольных движений и действий возникает в детском или подростковом возрасте. При этом ребенок вполне осознает всю неадекватность своего поведения, но периодически испытывает с трудом сдерживаемые приступы к совершению подобных действий.

Как правило, тики могут быть самопроизвольно подавлены на короткий промежуток времени, после чего опять возникает позыв к совершению бессмысленных действий.

В большинстве случаев тики имеют психогенное происхождение: они часто сопровождают эмоциональные нарушения и задержки психического развития. Обострение тиков связано с действием стрессовых факторов.

В отличие от неврологических нарушений, такие как психологическое нарушение отличает легкость, с которой они могут быть спровоцированы или подавлены, внезапность приступа и его быстрая динамика, исчезновение симптомов во время сна. Неритмичность отличает тики от стереотипных повторяющихся действий, характерных для аутизма или умственной отсталости. В отличие от навязчивых движений, тики не определяются сознательно поставленной целью.

Третьим вариантом расстройства функции инициации произвольных действий и движений является *утрата способности выбирать (формировать) адекватный план (программу) действия*. Человек не может выбрать необходимый план действия, в результате чего поставленная цель не достигается. Причиной этого является нарушение внимания.

Внимание представляет собой не столько самостоятельный психический процесс, сколько состояние различных когнитивных процессов, которое заключается в их направленности на определенные объекты и явления, имеющие для личности значимость в конкретный момент деятельности.

Основными параметрами нарушения функции внимания являются:

- нарушения направленности (избирательности);
- нарушения концентрации (устойчивости) - отвлекаемость;
- нарушения интенсивности (непрерывность) - истощаемость;
- нарушения объема;
- нарушения распределения и переключаемости.

Рассеянность внимания - это нарушение способности длительно сохранять направленность на актуально необходимый для реализации цели действия предмет. Для произвольного движения или действия важно, чтобы восприятие ситуации было избирательным, направленным и достаточным по времени (устойчивым), чтобы несущественные для достижения цели стимулы окружающей среды не инициировали излишних и ненужных моторных программ. Нарушение направленности связано с неспособностью выбрать наиболее адекватный для реализации цели предмет.

Истощаемость внимания представляет собой прогрессирующее ослабление интенсивности (непрерывности) внимания в процессе работы при изначально высокой способности к концентрации. При этом страдает поглощенность действием. Если вначале внимание может быть осознанно направлено на ситуативно значимый стимул, то через некоторое время он перестает разделяться от других, незначимых для действия стимулов, человек начинает отвлекаться, включаются другие программы действий и движений.

Сужение объема внимания - уменьшение количества информации, которую человек может запомнить или переработать за короткий промежуток времени. Например, когда учитель что-то объясняет, то одни ученики могут воспринять (т. е. понять и запомнить) один объем информации из его речи, а другие - значительно меньший.

Тугоподвижность внимания - затруднения переключения с одного объекта на другой.

Утрата способности к выбору необходимой программы действия, вызванная нарушениями функции внимания, может проявляться в виде гиперактивности, несдержанности, неконтролируемых двигательных реакций в ответ на внешние стимулы.

Сочетание в поведении детей невнимательности, гиперактивности и импульсивности характеризуется как *гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания (ГРДВ)*. Оно характеризуется ранним началом - обычно в первые пять лет жизни ребенка. Гиперактивность является специфическим признаком расстройства. Просто невнимательность без проявления гиперактивности и импульсивности свидетельствует о других расстройствах поведения ребенка.

Поведение ребенка с ГРДВ характеризуют следующие признаки:

- часто возникающее рассредоточение внимания при выполнении заданий или во время игры, совершение "легкомысленных" ошибок в учебе (например, знает правило, но пишет с ошибками);
- неспособность слушать собеседника (из-за частой отвлекаемости);
- "непослушание", не имеющее цели осознанного противостояния родителям или педагогам (неспособность выполнять указания, школьные задания, домашнюю работу, цель и задачи которых ребенок понимает, но не достигает);
- неспособность организовать свою деятельность;
- неохотное выполнение задач, которые требуют продолжительных умственных усилий;
- частые потери предметов, необходимых для выполнения заданий;
- частая отвлекаемость под влиянием сторонних стимулов;
- забывчивость;
- неусидчивость;
- суетливость и неугомонность, не соответствующие ситуации;
- неспособность к спокойным играм или проведению досуга;
- стремление часто и много говорить взахлеб, "заведенность";
- частое проявление готовности ответить на вопрос, не дослушав его до конца;
- нетерпение при ожидании своей очереди;
- частое стремление перебивать или вторгаться в чужие дела.

Перечисленные признаки не постоянно присущи поведению детей с ГРДВ. В определенное время или в некоторых ситуациях они ведут себя совершенно нормально. Эта непоследовательность часто вводит родителей и педагогов в заблуждение относительно того, что дезорганизованное поведение ребенка связано с его "невоспитанностью" и баловством. Возникает иллюзия, что будто бы достаточно просто заставить ребенка прикладывать больше усилий к эффективному выполнению заданий, ограничить его жесткими рамками (например, пока не сделаешь правильно - не пойдешь гулять). Однако ни сверхусилия со стороны ребенка, ни ужесточение воспитания, как правило, не приводят к результату. Наоборот, такое отношение к ребенку с ГРДВ, обвинения его в невнимательности вызывают у него страдание, снижение самооценки, чувство безнадежности и серьезно осложняют взаимоотношения с окружающими.

Дети с ГРДВ представляют особую проблему для школы с ее основным требованием к контролю и самоконтролю поведения. По сути это проблема несоответствия индивидуальных психических особенностей детей школьной среде, которая создается без учета этих особенностей на основе идеальных представлений педагогов о детях и задачах их познавательной и досуговой деятельности. Поэтому причиной гиперактивного расстройства с дефицитом внимания поначалу считали недостаточную (ущербную) социализацию ("педагогическую запущенность", "неразвитость морального контроля", "волевую слабость") ребенка.

Альтернативной концепцией возникновения ГРДВ стала теория "минимальной мозговой дисфункции" (ММД), объясняющая проблемы поведения незначительными повреждениями мозга. Теория минимальной мозговой дисфункции, возникшая в сороковых годах XX в., в настоящее время подвергается сомнению, поскольку она может объяснить лишь незначительный процент случаев возникновения ГРДВ /30/. Согласно современной биопсихосоциальной модели болезни, ГРДВ возникает в результате сочетания нейрофизиологических и социальных факторов развития ребенка. К нейрофизиологическим особенностям относится нестандартная структура и размер лобно-базальной зоны мозга, отвечающей за внимание и программирование реакций, а также пониженный метаболизм глюкозы в тех отделах мозга, которые тормозят импульсы и контролируют внимание. Специфическая активность, вызываемая нейрофизиологическими индивидуальными особенностями психики ребенка, проявляется в семейной и школьной среде, в которой не ожидается такое проявление активности. Возникающие на этой почве конфликты и повышенное внимание к "нестандартности" поведения ребенка усиливают остроту проявления симптомов ГРДВ до болезненного уровня и провоцируют развитие сопутствующего оппозиционно-вызывающего поведения.

Для гиперкинетического расстройства с дефицитом внимания характерны следующие *особенности функционирования внимания*:

- направленность (избирательность) и концентрация (устойчивость) внимания не нарушены. Поэтому помещение детей при выполнении учебных заданий в комнату, в которой, казалось бы, не на что отвлекаться, не приводит к позитивным результатам - задания все равно не будут выполняться. Дети с ГРДВ не более отвлекаемы посторонними стимулами, чем другие дети. Они чаще отвлекаются только на очень яркие и привлекательные раздражители, а также чаще обращают внимание на дополнительную информацию, содержащуюся в задании. Например, они могут обратить внимание не на смысл задания - нарисовать что-то со строго определенными характеристиками, а на то, что задание нужно выполнять карандашом;

- значительных изменений объема и распределения внимания при ГРДВ также не отмечается: дети с ГРДВ могут вспомнить такой же объем информации, что и другие дети, легко переключаясь с одного вида деятельности на другой;

- главный дефицит внимания при ГРДВ - нарушение интенсивности (непрерывности) внимания, т. е. его истощаемость. Когда ребенку с ГРДВ дают какое-либо неинтересное (с его точки зрения) или повторяющееся задание, выполнение этой работы с течением времени ухудшается, даже если ребенок хорошо мотивирован на ее выполнение или знает о необходимости выполнения

задания даже для самого себя. Но и в случае выполнения субъективно интересных заданий, если его выполнение требует длительной концентрации внимания, ребенок с ГРДВ быстро теряет к ним интерес именно вследствие повышенной истощаемости.

Особенности проявления гиперактивности при ГРДВ:

- гиперактивность усиливается в тех случаях, когда от ребенка требуют волевого торможения двигательной активности (например, просят сидеть неподвижно, утихнуть и т. п.). Поэтому применение к детям с ГРДВ жестких дисциплинарных мер на самом деле только провоцирует возникновение еще более проблемного поведения.

Проявления импульсивности при ГРДВ могут принимать следующие формы:

- познавательная импульсивность (поспешное, дезорганизованное мышление);
- поведенческая импульсивность (действия без учета последствий, непосредственные реакции на ситуацию).

Познавательная импульсивность может проявляться в том, что ребенок стремится быстро прокомментировать или ответить на вопрос, даже не дослушав или не поняв его, выполнить задание, не обращая внимания на существенные для его выполнения стороны (если задание сложное или многозначное). Поведенческая импульсивность может проявляться в том, что ребенку трудно удержаться от искушений и соблазнов, связанных с субъективно сильными стимулами (желаниями), даже осознавая ущерб собственному благополучию, который может нанести следование этим соблазнам.

Выделяют три типа детей с ГРДВ:

- преимущественно невнимательный тип;
- преимущественно гиперактивно-импульсивный тип;
- смешанный тип.

У детей с ГРДВ преимущественно невнимательного типа, несмотря на наличие гиперактивности, больше бросаются в глаза следующие характеристики: они рассеянны, легко путаются, медленно соображают, с трудом вспоминают, часто бывают тревожными и озабоченными, робкими, забытыми, играют роль "отверженных" в классе.

У преимущественно гиперактивно-импульсивных детей с ГРДВ на первый план по сравнению с невнимательностью выдвигаются проблемы, связанные с торможением и стабильностью поведения. Они более агрессивны, вызывающи и оппозиционны, их часто выгоняют из класса или из школы, ошибочно переводят в классы для коррекционного обучения.

Помимо основных нарушений у детей с ГРДВ возникают сопутствующие изменения *когнитивных, речевых и эмоциональных процессов.*

Расстройство когнитивных процессов связано с истощаемостью внимания, которая приводит к дезорганизации мыслительных процессов, специфике функционирования оперативной памяти, способности прогнозировать результат

своей деятельности. Дети с ГРДВ имеют нормальный и высокий интеллект, однако, они не могут полностью использовать имеющийся у них потенциал в ситуациях, требующих усидчивости и непрерывности внимания в течение продолжительного времени.

Расстройство речевых процессов проявляется в трудностях использования речи в повседневных ситуациях из-за чрезмерной, неуправляемой говорливости и повышенной громкости речи, неожиданных скачков с одной темы разговора на другую. Речь детей с ГРДВ путаная, часто с пропусками "лишних" местоимений. Они не учитывают того обстоятельства, что их собеседник может не знать контекста или предшествующих обстоятельств события, о котором они хотят ему рассказать, поэтому часто опускают "лишние", "тормозящие" скорость передачи сути дела подробности.

Нарушения когнитивных и речевых процессов вызывают расстройства научения, особенно - чтению и счету.

Изменения в эмоциональной сфере у детей с ГРДВ вызваны нарушениями социального и межличностного функционирования. Из-за своего несоответствия социальным ожиданиям и нормам поведения и связанных с этим конфликтов у них часты проявления депрессии, враждебности, повышенной тревожности.

По мере взросления интенсивность проявления ГРДВ уменьшается, но может сохраняться в течение всей жизни.

Расстройства произвольных движений и действий характеризуются нарушениями управления, регуляции и координации при их выполнении.

Нарушения управления движениями и действиями связаны с рассогласованием порядка иннервации различных мышц, необходимых для осуществления действия в конкретных условиях. Примером такого нарушения является синдром Паркинсона, обычно развивающийся в позднем возрасте. Для синдрома Паркинсона характерны дрожание конечностей в состоянии покоя или при принятии определенной позы (иногда кажется, будто человек "катает" рукой невидимый "шарик"), шаркающая походка маленькими шажками, замедление произвольных движений.

ГЛАВА 6. ПСИХОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

6.1. Особенности взаимодействия «врач-пациент»

Психологические особенности пациента в условиях лечебных взаимоотношений и взаимодействия приходят в соприкосновение с психологическими особенностями медицинского работника (врача, психолога, медицинской сестры, социального работника). Целью контактов между этими двумя людьми является помощь, оказываемая одним из участников общения по отношению к другому. Для того, чтобы процесс взаимоотношений пациента и медицинского работника был эффективным, необходимо познать психологические основы подобного взаимодействия.

Интерес участников диагностического и лечебного общения формируется, как правило, на негативном эмоциональном фоне, обусловленном тем, что поводом для встречи врача и пациента становится проблема или симптом. Негативные эмоциональные переживания входят в структуру любой проблемы или симптома, поскольку они сигнализируют о каких-то отклонениях или нарушениях в деятельности личности или организма (рис. 3).



Рис. 3

Взаимодействие врач-пациент

Схема Ж.Лакана. При взаимодействии врач-пациент взаимодействуют их историко-культурные базы. Автор выделяет 5 составляющих ИКБ (Менделевич В.Д.):

1) пол, 2) возраст, 3) национальность (расы), 4) вероисповедание и 5) сексуальная ориентация.

Пациент расценивает “идеального врача” как лица одного с ним пола, сексуальной ориентации и более старшего по возрасту.

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

Существенное значение **фактор возраста** играет в медицинских дисциплинах, в которых от врача требуются такие качества как способность к

обстоятельному и неторопливому анализу состояния пациента, опытность, большой запас знаний и практических навыков. К таким медицинским областям относят психиатрию, неврологию, хирургию и многие другие. Во многом ориентация на возраст обусловлена возрастом пациента. В случаях, когда заболевшим является молодой человек, он не склонен придавать существенного значения возрасту врача. Когда же пациентом становится пожилой человек, он ориентируется в оценке “идеального врача” на параметр возраста, также как и на иные параметры.

В последние годы в связи с обострением межнациональных отношений в мире важным во взаимодействии врача и пациента становится их **национальная принадлежность**. Как правило, отмечается тенденция к выбору врача собственной или родственной (к примеру, по параметру этнической группы) национальности особенно в тех областях медицины, где требуется большая глубина межличностного контакта.

Фактор вероисповедания становится все более значимым как в связи с ростом числа верующих, так и в связи с определенными требованиями личной гигиены и поведения в случае болезни, существующими в различных конфессиях. Это особенно отчетливо проявляется в отношении женщин-мусульманок.

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

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

Наиболее существенными в образе “идеального врача” с точки зрения пациента являются **способности к эмпатии и стиль общения**. Описано четыре психологических типа врача, составляющих альтернативные пары: “сопереживающий” или “эмоционально-нейтральный”, “директивный” или “недирективный” (В.А.Ташлыков).

- **“Сопереживающий”** тип врача: способность глубоко понять и вчувствоваться в проблемы пациента, эмпатировать, сопереживать совместно с больным колебания его состояния, разделять его психологические проблемы, нередко принимать концепцию болезни, выдвинутую пациентом.
- **“Эмоционально-нейтральный”** тип: эмоциональная дистанцированность врача от глубинных проблем пациента, ориентация на симптомы, нежелание поддерживать пациента в его “субъективных” эмоциональных кризисах с ориентацией на технократический подход к лечению.
- **“Директивный”** психологический тип: в роли учителя, указующего как следует поступать и что делать в ситуации болезни. “Директивный” врач не склонен

дискутировать с пациентом на профессиональные темы. Он выстраивает неравноправные взаимоотношения, определяя себе более значимую роль.

- **“Недирективный”** психологический тип: ориентацию на партнерство в отличие от ориентации на руководство, склонен принимать к рассмотрению точку зрения больного как при диагностике, так и при выборе методов и способов терапии.

ГЛАВА 7. ПСИХОЛОГИЯ БОЛЬНОГО

7.1. «Объективная» и «субъективная» тяжесть болезни

Значимыми в работе клинического психолога являются анализ психических реакций человека, заболевшего тем или иным заболеванием и оценка факторов, способствующих возникновению у конкретного человека определенного типа психического реагирования на собственную болезнь.

Считается, что тип реагирования на соматическое заболевание связан, в первую очередь, с оценкой пациентом его тяжести. При этом говорят об *«объективной тяжести болезни»* и *«субъективной тяжести болезни»* (см.рис.4).

Объективная тяжесть заболевания предполагает, что некоторые заболевания, с медицинской точки зрения, являются тяжелее других: на основании критерия летальности, вероятности инвалидности и потери трудоспособности.

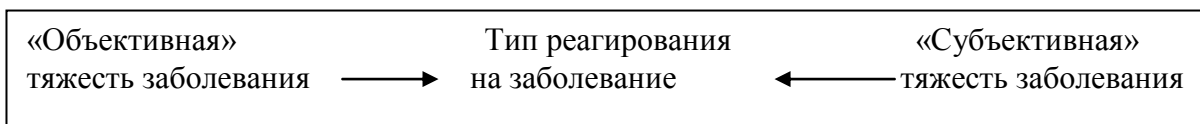


Рис.4

Субъективная тяжесть заболевания или субъективное отношение к заболеванию называется «внутренней картиной болезни» (Р.А.Лурия), концепцией болезни, нозогнозией. Суть его заключается в интеллектуальной интерпретации диагноза заболевания, когнитивной оценке его тяжести и прогноза и в формировании на этой основе эмоционального и поведенческого паттерна.

Субъективное отношение к болезни формируется на базе множества факторов, которые можно сгруппировать в следующие группы: социально-конституциональную (влияние пола, возраста и профессии человека) и индивидуально-психологическую (влияние свойств темперамента, особенностей характера и качеств личности).

7.2. Факторы, влияющие на психическое реагирование на болезнь

1. Пол.

К особенностям реагирования на заболевание, связанных с полом, относятся: переносимость болевого ощущения, состояний длительной ограниченности движений или обездвиженности (лучше у женщин). Это может быть объяснено как

психофизиологическими особенностями пола, так и психологическими традициями роли женщины и мужчины в определенных обществах и культурах.

2. Возраст

Для каждой возрастной группы существует свой реестр тяжести заболеваний – своеобразное распределение болезней по социально-психологической значимости и тяжести (табл.11).

Табл.11

Реестр тяжести заболеваний в возрастных группах

Возрастная группа	Заболевания
Дети, подростки, молодежь	<p>Наиболее тяжелыми в психологическом плане являются болезни, которые изменяют внешний вид человека, делают его непривлекательным. Это связано с системой ценностей, приоритетами молодых людей, для которых наивысшую ценность приобретает удовлетворение основополагающей потребности – «удовлетворенность собственной внешностью». таким образом, наиболее тяжелые психологические реакции могут вызвать болезни, не носящие угрозы для жизни (медицинской точки зрения). К ним относятся любые болезни, изменяющие внешность человека (кожные, аллергические заболевания, калечащие травмы и операции, ожоги).</p>
Зрелый возраст	<p>Более психологически тяжело реагируют на хронические и инвалидизирующие заболевания. Это связано с системой ценностей и отражает целеустремленность человека зрелого возраста удовлетворять социальные потребности (потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности). Удовлетворение этих потребностей может быть заблокировано появлением любой хронической или приводящей к инвалидности болезни (онкологические, хронические соматические заболевания).</p> <p>Также повышено значимой группой заболеваний считаются «стыдные» болезни, к которым относят венерические и психические заболевания. Психологическая реакция на них связана с переживаниями по поводу того, как изменится социальный статус и авторитет заболевшего, если об этом станет известно окружающим. К «стыдным» болезням относят и заболевания, носящие оттенок субъективной непрестижности (например, геморрой, аборт, болезни сердца и пр.).</p>
Пожилые и престарелые люди	<p>Наиболее значимыми являются болезни, которые могут привести к смерти. Инфаркт, инсульт, злокачественные опухоли страшны для них не потерей трудо- и работоспособности, а ассоциацией со смертью.</p>

3. Профессия.

Человек (особенно зрелого возраста) часто оценивает тяжесть болезни, исходя из влияния симптомов заболевания на его настоящую и будущую трудоспособность. Значимым становится профессионально обусловленная ценность того или иного органа. Например, оперный певец может более тяжело психологически относиться к ангине и бронхиту, чем к гастриту и язве желудка. Для спортсмена повышено значимым может оказаться остеохондроз позвоночника, чем депрессия, а для человека творческой профессии – наоборот. Это связано с тем, насколько существенно влияют симптомы болезни на качество исполнения профессиональных обязанностей.

4. Особенности темперамента.

К значимым для выработки определенного типа психического реагирования на заболевание параметрам темперамента относят:

- *Эмоциональность, переносимость боли, как признак эмоциональности.*

Известно, что экстраверты и интроверты различно реагируют на боль. По мнению Айзенка, экстраверты воспринимают все уровни стимуляции (в том числе болевой) менее интенсивно, чем интроверты.

Восприятие боли у разных людей зависит и от различных «болевого порога». У одного человека в силу психофизиологических особенностей может быть низкий порог, и он испытывает боль при незначительном повреждении или воздействии извне, тогда как у другого – высокий порог, и он чувствует боль только при серьезном повреждении (Р.Мелзак).

Порог болевой чувствительности также связан с уровнем эмоциональности. Более низкие болевые пороги характерны для холерического и меланхолического типов темперамента, более высокие – для сангвинистического и флегматического типов темперамента.

- *Ограничения движений и обездвиженности, отражающий параметр активности.*

Составной частью темперамента является параметр общей двигательной активности или импульсивности, т.е. режим двигательной активности, подвижность, скорость движений и другие моторные характеристики человека, обусловленные наследственными психофизиологическими факторами. Вследствие этого ограничение подвижности или обездвиженность, вызванные болезнью (прикованность к постели, необходимость соблюдать постельный режим), могут служить психологической фрустрацией для лиц, двигательный режим которых нацелен на быстроту действий, склонность к интенсивным физическим нагрузкам. Плохая переносимость состояний вынужденного ограничения движений может относиться к свойствам экстраверсии, хорошая переносимость - к интроверсии.

5. Особенности характера.

Тип психического реагирования на заболевание базируется на особенностях характера человека. Тип акцентуации может определять выбор того или иного типа реагирования. Субъективное отношение к болезни формируется на основании семейного воспитания. В частности, воспитания отношения к болезням, способам

переносимости болезней, определения места параметра здоровье-болезнь в иерархии ценностей ребенка.

Выделяют две противоположные семейные традиции воспитания субъективного отношения к болезням:

➤ *«Стоическая» традиция.*

Основывается на девизе: «Не хнычь». Ребенок постоянно поощряется за поведение, направленное на самостоятельное преодоление недугов, плохого самочувствия. Его хвалят, когда он, не обращая внимания на имеющуюся боль, продолжает заниматься тем, чем занимался до ее возникновения.

➤ *«Ипохондрическая» традиция.*

Основывается на девизе: «Будь бдителен, в противном случае заболеешь и умрешь». Родителями поощряется внимательное отношение к состоянию своего здоровья, тщательность в оценке болезненных проявлений, выявлении у себя первых признаков заболевания. В семье ребенок обучается при малейшем изменении самочувствия обращать собственное внимание и внимание окружающих (вначале родителей, а затем воспитателей, учителей, супругов и др.) на болезненные проявления.

6. Особенности личности.

К личностным особенностям, влияющим на формирование субъективного отношения к болезни относят:

6.1 Мировоззрение и философская позиция по поводу смысла жизни после смерти.

Психологические реакции на заболевание различаются у глубоко верующих людей и атеистов. Верующие более адекватно, психологически комфортно относятся к болезням, ведущим к смерти («Бог дал, Бог взял»). Атеисты нередко реагируют на появившуюся болезнь, которая может привести к утрате трудоспособности, к смерти, обидой. Они начинают искать виновников заболевания, создают вокруг себя враждебную обстановку и сами психологически неадекватно реагируют на все.

Выделяется несколько *мировоззренческих установок* в отношении происхождения заболеваний:

1. *Во всех трактовках происхождения болезней подчеркивается пассивная роль индивида, неспособного противостоять болезни за исключением возможности кардинально изменить свое поведение, искупить вину и замоливать грехи.*

- Болезнь как кара.
- Болезнь как испытание.
- Болезнь как назидание другим.
- Болезнь как расплата за грехи предков.

2. *Представление о болезнях как вызванных наследственными или средовыми причинами:*

- Болезнь как неизбежность.
- Болезнь как стечение обстоятельств.
- Болезнь как собственная ошибка.

В рамках этого мировоззрения все процессы (и происхождение болезней в том числе) рассматривается через призму внешней или внутренней заданности. Все, что

происходит с человеком, трактуется наследственно-конституциональным принципом причинности («И твой отец хромал»). Противоположная тенденция – полностью отрицать значение наследственности и рассматривать возникновение болезни, основываясь на внешних факторах и поведении человека.

3. *Мировоззренческая платформа оценки механизмов происхождения заболеваний, базирующаяся на мистическом подходе к процессам этиопатогенеза:*

- Болезнь вследствие зависти.
- Болезнь вследствие ревности.

Источники болезней видятся в предвзятом отношении близких окружающих (соседей, знакомых, родственников, сослуживцев) к человеку.

6.2 Околomedicalные суеверия.

Включают мистическое (иррациональное) истолкование истоков их болезни («сглазили», «навели порчу», «подействовал энергетический вампир» и т.д.). Мистическая концепция болезни носит характер убежденности, пациент не способен критически оценивать свои высказывания и требует от врача не лечения, а «снятия порчи» и других мистических манипуляций.

6.3 Антиципационная состоятельность.

Суть *антиципационной состоятельности* заключается в способности предвосхищать ход событий, предвидеть поведение окружающих и собственные реакции в процессе изменения ситуации. К антиципационной состоятельности относится способность построения программы собственных действий (например, в случае тяжелой болезни, которая может изменить обычный жизненный стереотип, привести к инвалидности или смерти).

В антиципационную программу включается готовность к любому исходу болезни (худшему, нежелательному или лучшему, желательному). Пациент, обладающий антиципационной состоятельностью, создает несколько программ, распределяет между ними вероятности и готовит себя ко всем. Если пациент не вырабатывает антиципационной программы, нацеливается лишь на один (желанный) исход событий («это – не рак, врачи ошибаются»), то реальный факт болезни может стать для него серьезной психической травмой и вызвать неадекватный тип психологического реагирования на болезнь.

6.4 Уровень образования и культуры

В частности, уровень медицинской образованности и культуры. Негативными в психологическом отношении оказываются крайности. Как низкая медицинская культура, так и высокая с одинаковой вероятностью способны вызвать психологически тяжелые реакции. Но механизмы их будут различаться: в одном случае это будет связано с недостатком, в другом – с избытком информации о болезнях, их тяжести, течении и исходах.

7.3. Типы психического реагирования на заболевание

Классификация реагирования на заболевание создана *А.Е.Личко* и *Н.Я.Ивановым* (1980) на основе оценки влияния трех факторов:

1. природа самого соматического заболевания;
2. тип личности (акцентуации характера);
3. отношение к данному заболеванию в референтной для больного группе.

Авторами выделяется *13 типов психического реагирования*. Типы объединены по блокам (табл.12).

- **Первый блок** включает типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается (*гармоничный, эргопатический, анозогностический* типы).
- **Второй блок** включает типы реагирования преимущественно с интрапсихической направленностью (*тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический*). Эмоционально-аффективная сфера отношений у таких больных клинически проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходе» в болезнь, отказе от борьбы.
- **Третий блок** включает типы реагирования с интерпсихической направленностью (*сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический*). Больные с этими типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях на болезнь также характеризуются дезадаптивным поведением, приводящим к нарушению их социального функционирования.

Отношение к болезни содержит в себе *когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты* (Л.И.Вассерман).

- **Когнитивный компонент** включает знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на жизненное функционирование больного, предполагаемый прогноз.
- **Эмоциональный компонент** – ощущение и переживание болезни и всей ситуации, с ней связанной.
- **Поведенческий компонент** – связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней и выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью (принятие роли больного, активная борьба с болезнью, игнорирование, пессимистические установки).

Табл.12

Описание типов психического реагирования (по А.Е.Личко)

Тип психического реагирования	Характеристика
1.Гармоничный	Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза (инвалидизации) – переключение интересов на те области

	<p>жизни, которые останутся доступными больному. При благоприятном прогнозе – сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своем деле.</p>
2.Тревожный	<p>Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии большой интерес к объективным данным о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Больные предпочитают больше слушать высказывания других, чем предъявлять свои жалобы. Настроение тревожное. Тревожный тип реагирования базируется на появившемся в связи с заболеванием изменении обыденного течения жизни. Тревога проецируется на будущее и вызвана часто опасениями, что болезнь надолго и существенно изменит привычный стереотип жизни. Проявлением тревоги могут быть повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому персоналу, нацеленность на перепроверку полученных от врачей сведений о его болезни.</p>
3.Ипохондрический	<p>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 желаний лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненных процедур. Склонность к эгоцентризму, к детализации своего самочувствия при описании его врачам и слушателям. Недоверие к жалобам со стороны окружающих, упреки в симуляции и преувеличении тяжести расстройства с целью извлечь из этого выгоду вызывают у ипохондрика негативные реакции.</p>
4.Меланхолический	<p>Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, возможное улучшение, эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных. Данный тип реагирования нередко обусловлен имеющейся у пациента негативной информацией о возможности излечения от недуга. Встречается у медицинских работников в силу их разнообразных знаний,</p>

	полученных в процессе обучения и практики.
5. Апатический	Полное безразличие к своей судьбе, исходу болезни, результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало. Безразличие обусловлено депрессией и фиксацией на собственном состоянии.
6. Неврастенический	Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, неприятных ощущениях, неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования. Раздражение часто изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость, неспособность ждать облегчения. В последующем – раскаяние за беспокойство и несдержанность. Данный тип – наиболее распространенный и неспецифический ответ организма и личности на заболевание.
7. Обсессивно-фобический	Тревожная мнительность, опасение не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но маловероятных) неудач в жизни, работе, семье в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы. Доминирующими становятся навязчивые мысли, опасения, ритуалы.
8. Сенситивный	Чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о его болезни. Опасения, то окружающие станут его избегать, считать неполноценным, пренебрежительно относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. Основой сенситивного отношения являются рефлексивный стиль мышления, ориентация на мнение и оценку окружающих. Такие больные в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре.
9. Эгоцентрический	«Уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы. 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

	<p>болезни. Эгоцентрический тип иногда обозначают истерическим, поскольку основным мотивом поведения человека становится привлечение к собственной персоне внимания окружающих.</p>
10.Эйфорический	<p>Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само собой все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушения режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течение болезни. Эйфорический тип отражает беспечность человека в отношении собственного здоровья. Он становится наигранно весел, болтлив. Суетлив. Подобное реагирование может носить защитный характер.</p>
11.Анозогностический	<p>Активное отбрасывание мыслей о болезни, возможных ее последствиях. Непризнание себя больным. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание обойтись своими средствами. Анозогнозия может отражать внутреннее неприятие статуса больного, нежелание считаться с реальным положением вещей.</p>
12.Эргопатический	<p>«Уход от болезни в работу». Пациенты даже при тяжести болезни и страданиях стараются продолжать работу. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время. Стараются лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы это оставляло возможность продолжения работы. Часто являются принципиальными противниками лекарств.</p>
13.Паранойяльный	<p>Уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злomu умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.</p>

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. — М.: "Ка-федра-М", 1998.
2. Аналитическая психопатология: С. Ю. Циркин — Москва, Бином, 2009 г.- 216 с.
3. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности. - М., 1994.
4. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, 1976.
5. Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л. Мозг, разум, поведение. — М.: Прогресс, 1988.
6. Бурлачук Л. Ф. Исследование личности в клинической психологии. – Киев, 1979.
7. Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е. Общая психопатология. - Ростов-на-Дону: ЛРНЦ "Феникс", 1998.
8. Деонтология и психосоматика. //Психогигиена и психопрофилактика. /Под ред. В. К. Мягер. – Л., 1983.
9. Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков. – Л., 1988.
10. Зейгарник Б. В. Нарушения восприятия //Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. 2-е изд. - М.: Когито-Центр, 2000.
11. Зейгарник Б. В. Нарушения памяти //Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. 2-е изд. - М.: Когито-Центр, 2000.
12. Зейгарник Б. В. Нарушения мышления //Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. 2-е изд. - М.: Когито-Центр, 2000.
13. Зейгарник Б. В. Принципы построения патопсихологического эксперимента // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. — М.: Когито-Центр, 2000.
14. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. – Л., 1982.
15. Карвасарский Б. Д. Неврозы. – М., 1990.
16. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. —Л., 1980.
17. Козюля В.Г. Применение теста СМОЛ. - М., 1995
18. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002.
19. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага, 1983.
20. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология.—М., 1984.
21. Лебединский М. С., Мясищев В. Н. Введение в медицинскую психологию. – Л., 1966.
22. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Киев, 1989.
23. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера. – Л., 1983.
24. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Диагностика характера подростка. - М., 1995.
25. Б. Ф. Ломов, Н. В. Тарабрина. Медицина и психологическая наука // Общественные науки и здравоохранение / Под ред. И. Н. Смирнова. — М.: Наука, 1987. С. 172-184.
26. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. — М.: МЕДпресс, 1999.
27. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003.
28. Мясищев В. Н. Введение в медицинскую психологию. 1991.

29. Мясищев В. Н. Психология отношений. – Воронеж, 1995.
30. Неврозы и пограничные состояния. /Под ред. В. Н. Мясищева, Б. Д. Карвасарского, А. Е. Личко – Л., 1972.
31. Николаева В. В., Соколова Е. Т. Рекомендации к составлению психологических заключений // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. — М.: Когито-Центр, 2000.
32. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику.—МГУ, 1987. Общая психология / Под. ред. А.В. Петровского. — М., 1986.
33. Общая психопатология: А. С. Тиганов — Санкт-Петербург, Медицинское информационное агентство, 2008 г.- 128 с.
34. Общая психопатология: С. С. Корсаков — Москва, Бином. Лаборатория знаний, 2003 г.- 480 с.
35. Очерки по психологии сексуальности: Зигмунд Фрейд — Москва, Попурри, 2008 г.- 480 с.
36. Патохарактерологические исследования у подростков. /Под ред. А. Е. Личко, Н. Я. Иванова. – Л., 1981.
37. Правовая психопатология: Б. Н. Алмазов — Санкт-Петербург, Дата Сквер, 2009 г.- 378 с.
38. Психиатрическая пропедевтика: В. Д. Менделевич — Москва, МЕДпресс-информ, 2008 г.- 528 с.
39. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / Под общ. ред. Б. А. Казаковцева, В. Б. Голланда. — М.: Минздрав России, 1988; Ростов-на-Дону: ЛРНЦ «Феникс», 1999.
40. Психические расстройства в соматической клинике. //Сб. научн. трудов под ред. Б. А. Лебедева. – СПб., 1991.
41. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях. / Сб. научн. ст. под ред. Л. И. Вассермана, В. П. Зайцева. – Л., 1990.
42. Психология и психопатология восприятия. Прологомены к теории "зонда": И. В. Журавлев — Москва, ЛКИ, 2008 г.- 128 с.
43. Психопатология детского возраста: Д. Н. Исаев — Москва, СпецЛит, 2007 г.- 464 с.
44. Психопатология личности и коморбидных расстройств: А. Б. Смулевич — Москва, МЕДпресс-информ, 2009 г.- 208 с.
45. Психопатология обыденной жизни: Зигмунд Фрейд — Москва, АСТ, АСТ Москва, 2009 г.- 256 с.
46. Психопатология развития детского и подросткового возраста: Чарльз Венар, Патрисия Кериг — Санкт-Петербург, Прайм-Еврознак, 2007 г.- 672 с.
47. Психосоматические и соматопсихические расстройства детей. – Л., 1990.
48. Психосоматическое развитие и норма реакции. /Под ред. Ушакова. – М., 1975.
49. Психотерапевтическая энциклопедия / Под. ред. Б.Д. Карвасарского. —СПб.: "Питер", 1998.
50. Рубинштейн С. Я. Экспериментальное исследование обманов слуха // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. - М.: Когито-Центр, 2000.

- 51.Свядош А. М. Неврозы. – М., 1982.
 - 52.Сироткина И. Е. Психология в клинике: Работы отечественных психиатров конца прошлого века // Вопросы психологии. 1995. № 6. С. 79-92.
 - 53.Собчик Л. Н. Методы психологической диагностики: В 3-х выпусках. – М., 1990.
 - 54.Собчик Л. Н. Пособие по применению психологической методики ММРІ. – М., 1971.
 - 55.Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. Методическое руководство. – М., 1990.
 - 56.Спиваковская А. С. Профилактика детских неврозов. – М., 1980.
 - 57.Становление и развитие клинической психологии (Глава 10) // Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2002. С. 271-297.
 - 58.Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса.—Л., 1984.
 - 59.Теории личности в западноевропейской и американской психологии: Хрестоматия по психологии личности / Под. ред. Д.Я. Райго-родского. — Изд. дом "БАХРАХ", 1996.
 - 60.Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. – М., 1986.
 - 61.Узнадзе Д.Н. Экспериментальные исследования по психологии установки.—Тбилиси, 1958.
 - 62.Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. – М., 1987.
 - 63.Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. — Будапешт, 1981.
 - 64.Хьелл Л., ЗшлерД. Теории личности.—СПб., 1997.
 - 65.Яковлева Е. Н., Зачеицкий Р. А. Роль неправильного воспитания в патогенезе неврозов. – Л., 1960.
 - 66.Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии. В 2 т. — М.: Издательский центр «Академия»; СПб.: Белый кролик, 1996.
-