

ОМСКАЯ ГУМАНИТАРНАЯ АКАДЕМИЯ

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие для студентов направления подготовки высшего образования – бакалавриата «Специальное (дефектологическое) образование», профилей «Специальная психология», «Логопедия»

Составитель Н. В. Александрова

**Омск
Издательство ОмГА
2017**

УДК 616.89

ББК 88.4

К493

Рецензенты:

Д. В. Четвериков, д-р психол. наук, зав. отделением психотерапии
БУЗ «ОО КПБ им. Н. Н. Солодникова».

Ю. П. Дубенский, д-р пед. наук, профессор кафедры социальной работы, педагогики и психологии Омского государственного университета.

К493 Клиническая психология : учебное пособие для студентов направления подготовки высшего образования – бакалавриата «Специальное (дефектологическое) образование», профилей «Специальная психология», «Логопедия» / сост. Н. В. Александрова. – Омск : Изд-во ОмГА, 2017.– 228 с.

Содержание учебного пособия соответствует ФГОС ВО и утверждённым рабочим программам дисциплины «Клиническая психология», а рубрики основной части текста – логике изложения учебного материала и тематическому плану учебных дисциплин.

В пособии изложены основные разделы клинической психологии, которые формируют профессиональные компетенции бакалавров. В составлении издания были использованы как фундаментальные труды основателей науки, так и современные работы. Для систематизации и проверки усвоения информации в конце глав приведены вопросы для самоконтроля.

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Омской гуманитарной академии

Ответственность за содержание передаваемых материалов несёт
составитель, передающий в печать учебное пособие

© Омская гуманитарная академия, 2017
© Н. В. Александрова, составление, 2017

ВВЕДЕНИЕ

Целью изучения студентами клинической психологии является формирование у студентов компетенций, необходимых для взаимодействия в практической деятельности. Данное пособие поможет будущим специалистам понять место данной дисциплины в системе наук и практики; изучить историю её формирования и перспективы развития; получить представление о методологической основе и познакомиться с этикой и деонтологией в деятельности клинического психолога.

Клиническая психология является пограничной областью между клинической медициной и психологией. Современные принципы сопровождения пациентов разного профиля основаны на сочетании лечения соматических проблем и восстановлении адекватного уровня психологического и социального функционирования. Известно и другое: психологическое состояние больного может как ускорять телесное выздоровление, так и способствовать формированию хронических и малокурабельных форм заболеваний. И большим подспорьем в лечебном процессе, наряду с биологическим лечением, является такое направление клинической психологии, как клиническая психотерапия, психологическое консультирование и психологическая коррекция.

В результате освоения базовой части цикла обучающийся должен **знать**:

- Основные понятия клинической психологии, её прикладные задачи и вклад в развитие теории психологии; историю зарубежной и отечественной клинической психологии как базовой дисциплины для развития других прикладных областей психологии.

- Цели и задачи, стоящие перед клинической психологией.
- Основные виды и психологические механизмы нарушений психической деятельности и изменений личностной сферы при психических, поведенческих и соматических заболеваниях.
- Основные виды отклоняющегося поведения, биопсихосоциальные механизмы их формирования, способы психологической коррекции и профилактики.
- Основные направления деятельности клинического психолога: психологическая диагностика, психологическая коррекция (психотерапия), психологическое консультирование, социальная реабилитация больных, массовые психопрофилактические исследования.
- Основные методические подходы (экспериментально-психологический и клинико-психологический) и методы клинической психологии.

Уметь:

- Самостоятельно анализировать и извлекать необходимую научную информацию из библиографических источников.
- Использовать теоретические и практические знания при разработке и организации психолого-педагогической службы в массовых и специальных коррекционно-образовательных учреждениях для детей с нарушениями в состоянии здоровья или развития как государственных, так и альтернативных.
- Психологически обосновывать систему коррекционной помощи и психологического сопровождения ребёнка и взрослого с нарушениями в состоянии здоровья на разных этапах их возрастного развития.
- Оказывать необходимую консультативную помощь педагогам, родителям в организации жизнедеятельности и адекватного психического развития детей с нарушениями в состоянии здоровья.

Владеть:

- Основными понятиями клинической психологии, представлениями об основных современных её проблемах и направлениях развития (включая проблемы адаптации личности к болезни, качества жизни, связанного со здоровьем, превенции и коррекции социально-стрессовых расстройств).

- Приёмами работы со специальной литературой, информационной поисковой работы и приёмами критического анализа научной информации.

- Основными представлениями о методологии планирования, проведения и обработки результатов психологического исследования в клинике и в массовых психопрофилактических исследованиях различных групп здорового населения.

- Основными представлениями о методологии и технологии различных видов психологического вмешательства (психологическое консультирование, индивидуальная, групповая, семейная психотерапия, психосоциальная и нейро-реабилитация).

Глава I.

Клиническая психология как наука

1.1. Предмет и объект клинической психологии

Клиническая психология – это отрасль психологического знания, тесно связывающая психологию с целым рядом естественных и гуманитарных, и даже технических наук. Выбирая данное направление специализации, психолог осваивает компетентностную модель специалиста, предметная деятельность которого лежит в сфере медицины, образования, работы подразделений чрезвычайного реагирования, силовых структур и социальной поддержки.

Ведущей целью деятельности клинического психолога является профилактика и преодоление дезадаптации личности.

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

Предметом профессиональной деятельности клинического психолога являются механизмы, факторы, условия, определяющие успешность адаптации и самореализации, особенности протекания процесса адаптации, абилитации, реабилитации личности, имеющей трудности функционирования и развития, связанные с физическим, социальным и/или психологическим состоянием.

1.2. Основные определения клинической психологии в отечественной и зарубежной науке

Термин «клиническая психология» происходит от греческого «kline» – «постель», «больничная койка». Исходя из такого понимания, клинической психологией часто называют любое психологическое знание, полученное в условиях клиники (либо связанное с медициной, медицинским учреждением), или теми методами, которые

применяют в клинике (медицине). В современной психологии очень часто термины «клиническая» и «медицинская» используются как синонимы. Стоит отметить, что существует традиция медиков обозначать эту область знаний медицинской психологией, а психологов – клинической психологией.

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

В. Шрамль определяет клиническую психологию следующим образом: «Клиническая психология – это применение знаний, техник и методов основных психологических специальностей, а также смежных с ними дисциплин, таких как глубинная психология, социология и социальная педагогика в широком клиническом поле: от консультационных бюро и специализированных воспитательных учреждений до больниц».

Кроме клинической психологии, во многих университетах, в основном западных, преподаётся и медицинская психология. Включать дисциплина может разное:

- 1) применение достижений психологии в медицинской практике (психологические аспекты взаимоотношений больного с врачом);
- 2) психологические аспекты профилактики и здоровьесбережения;
- 3) психические компоненты и факторы соматических расстройств и пр.

В отечественной науке медицинская психология сейчас чаще всего рассматривается как чрезвычайно ёмкая отрасль психологического

знания, включающая в себя огромное множество отраслей, среди которых клиническая психология, психология отношений в системе «больной – медицинский персонал», патопсихология, нейропсихология, психосоматика, психофармакология, психопрофилактика и психогигиена. В последние годы в рамках медицинской психологии начала формироваться психология здоровья как отдельная отрасль.

В соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом клиническая психология – специальность широкого профиля, включающая целый ряд профилей специализации. Отмечается также, что клиническая психология носит межотраслевой характер. Таким образом, под клинической психологией понимается отрасль научного знания, объединяющая психологию и медицину. Пользуясь основными методами, принципами и категориями психологической науки, клиническая психология также опирается на знания и заимствует приёмы медицинских наук (Г. В. Старшенбаум, 2015).

Клиническая психология, как уже отмечалось выше, является комплексной наукой, охватывающей сложный, многоаспектный предмет познания. Дробление предмета клинической психологии позволяет выделить внутри данной науки целый ряд отраслей. Разные научные школы смотрят на эту проблему по-разному. Так, в традиционных научных школах США, к клинической психологии относят:

- 1) психотерапию;
- 2) психодиагностику;
- 3) консультативную психологию;
- 4) психогигиену;
- 5) психологическую реабилитацию;
- 6) ряд областей дефектологии, которые в России традиционно относят к вопросам специальной психологии;
- 7) психосоматику.

В ряде стран Европы в число задач клинической психологии входят психодиагностика, психологическая абилитация и реабилитация больных различных нозологических групп, психотерапия, психокоррекция, контроль эффективности психокоррекции и психотерапии.

В отечественной научной традиции клиническую психологию принято рассматривать в большей степени как одну из базовых, теоретико-ориентированных отраслей психологии, не относя к ней психотерапию, традиционно причисляемую к отраслям медицинской науки и практики, психокоррекцию и пр. Так, К. К. Платонов относил клиническую психологию к отраслям медицинской психологии. В медицинскую психологию он включал также психогигиену и психопрофилактику. А структуру непосредственно клинической психологии, по мнению К. К. Платонова, составляют нейропсихология, патопсихология, психология пограничных состояний, а также психосоматические и соматопсихические расстройства.

Ведущий советский психиатр А. В. Снежневский не выделяет клиническую психологию как отрасль научного познания. Он говорит о медицинской психологии и считает, что медицинская психология это отрасль общей психологии, которая исследует состояние и роль психики в возникновении болезней человека, особенностях их проявлений, течения, а также исхода и восстановления. В своём исследовании медицинская психология пользуется принятыми в психологии описательными и экспериментальными методами. А. В. Снежневский отмечает, что данная наука, в свою очередь, содержит следующие отрасли:

- 1) патопсихологию, изучающую психологическими методами и с психологической точки зрения расстройства психической деятельности;
- 2) нейропсихологию, изучающую психологическими методами очаговые поражения головного мозга;
- 3) деонтологию;
- 4) психологические основы общей и специальной психогигиены;
- 5) психологические основы эрготерапии;
- 6) психологические основы организации обслуживания больных в стационарах, амбулаториях, санаториях.

Возможно выделение и других отраслей.

Таким образом мы видим, что наиболее близкой к клинической психологии является медицинская психология, которая либо отождествляется с клинической, либо включает в себя клиническую психологию наряду с целой группой предметно близких отраслей.

1.3. Задачи клинической психологии, её прикладной и междисциплинарный характер. Вклад клинической психологии в разработку теоретических проблем психологии

Традиционно наиболее близкими к клинической психологии считают общую психологию и психиатрию. Однако большой вклад в развитие клинической психологии привносится и такими естественнонаучными отраслями, как анатомия и физиология центральной нервной системы, физиология высшей нервной деятельности, физиология сенсорных систем. А среди отраслей психологии наиболее близки связи, помимо общей психологии, с психофизиологией, дифференциальной психологией, психодиагностикой, психологией развития, психологией девиантного поведения.

Рассмотрим связи клинической психологии с основными смежными областями науки.

Психиатрия – медицинская наука, но она тесно соприкасается с клинической психологией: их предметы познания частично пересекаются, и та и другая наука занимаются изучением психических расстройств. Однако предмет познания клинической психологии не исчерпывают психические расстройства. Более того, будучи психологической наукой, клиническая психология при изучении психических расстройств делает упор на психологическую составляющую (изучает нарушения психических процессов и функций, их влияние на развитие и функционирование личности, изменение адаптивных возможностей и пр.). Психиатрия же, будучи областью медицины, больше учитывает соматическую плоскость психических расстройств.

Анатомия и физиология мозговых структур дают клинической психологии знания об устройстве и механизмах работы материального субстрата психики в целом и отдельных её феноменов – в частности. Клиническая же психология часто предоставляет эмпирический материал для этих естественнонаучных отраслей знания.

С дифференциальной психологией клиническую психологию сближает выделение и выявление причин происхождения индивидуальных различий. Только клиническая психология выявляет и

изучает индивидуальные различия в пределах своей предметной области. Дифференциальная же психология на основе клинико-психологических знаний расширяет и уточняет свои объяснительные научные теории и классификации.

Клиническая психология связана и с психофармакологией – и та, и другая изучают влияние различных лекарственных средств на психику и отдельные её феномены.

Существует связь и между клинической психологией, и медицинской педагогикой. Это смежная с медициной, психологией и педагогикой область, в задачи которой входит обучение, воспитание и лечение больных детей.

Психотерапия как самостоятельная медицинская специальность тесно связана с клинической психологией. Теоретические и практические проблемы психотерапии разрабатываются с опорой на достижения клинической психологии. Как мы помним, многие научные школы включают психотерапию в состав отраслей клинической психологии. Однако положение об особой близости психотерапии и клинической психологии нередко оспаривается. Многие учёные считают, что с научной точки зрения, психотерапия ближе к медицине. При этом приводятся следующие аргументы:

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

Отсюда следует, что психотерапия – это задача медицины. Следуя этой логике, во многих странах право заниматься психотерапией имеют только врачи.

Клиническая психология близка и к ряду других психологических и педагогических наук – экспериментальной психологии, сравнительной психологии, специальной психологии, трудотерапии, олигофренопедагогике, тифлопсихологии, сурдопсихологии, социальной педагогике и др. То есть в процессе получения профессионального образования, клинический психолог должен овладеть компетенциями в очень широкой сфере профессиональных задач. Спектр этих задач ограничивает предмет клинической психологии как науки.

В 60–70-х гг. XX в. задачи клинической психологии были сформулированы следующим образом (М. С. Лебединский, В. Н. Мясищев, 1966 г.; М. М. Кабанов, Б. Д. Карвасарский, 1978 г.):

1) изучение психогенного и саногенного влияния различных психологических феноменов на развитие, течение, лечение, профилактику разного рода болезней;

2) изучение психологических особенностей больных различных нозологических групп;

3) изучение нарушений развития и функционирования психики;

4) изучение специфики системы отношений больного в рамках больничной микросреды;

5) методологические и методические разработки в области исследований и практической деятельности клинического психолога.

Кроме решения специфических для данной науки задач, клиническая психология оказывает значительное влияние на развитие общей психологии. Отмечая тот факт, что на предмете патологии мы отчётливее можем понять и осмыслить те феномены и процессы, которые наблюдаются в норме. Б. В. Зейгарник утверждает, что клиническая психология оказывает значительное влияние на развитие общетеоретических вопросов психологии, таких как:

1) соотношение социального и биологического в психике человека;

2) глубокое сущностное понимание психических процессов;

3) основные закономерности развития и распада психики, их соотношение;

4) влияние личностного компонента на структуру различных форм психической деятельности.

1.4. Основные направления клинической психологии

Выделяя основные направления клинической психологии, мы можем двигаться двумя путями: во-первых, мы можем выделить основные отрасли, которые включает в себя клиническая психология; во-вторых, мы можем проанализировать современный уровень

развития данной науки, выделив наиболее актуальные направления исследований на сегодняшний день.

Пойдя первым путём, мы должны выделить в рамках клинической психологии, прежде всего, общую клиническую психологию, и ряд частных её отраслей. Так, У. Бауманн, М. Перре, выделяя общую и частные составляющие клинической психологии, под общими аспектами понимают общие характеристики всех расстройств, а под частными – характеристики конкретных расстройств. Соответственно общая клиническая психология, по мнению данных авторов, включает патопсихологию (симптоматология, этиология, прогноз, классификация, эпидемиология); психодиагностику; психологическую интервенцию; психосоциальное здравоохранение.

В. А. Кулганов, В. Г. Белов и Ю. А. Парфенов также подразделяют клиническую психологию на общую и частную.

Общая клиническая психология изучает:

– психологические особенности больного человека, а именно особенности временно изменённой и болезненной психики по сравнению с нормой;

– психологию медицинского работника, в частности, врача (вопросы общения врача с пациентами, психологической атмосферы лечебного учреждения);

– проблемы соматопсихики и психосоматических проявлений;

– учение об индивидуальности (характер, темперамент, личность), этапы постнатального онтогенеза (детство, отрочество, юность, зрелость и поздний возраст), особенности аффективно-волевых процессов;

– медицинскую этику, в частности вопросы врачебного долга, врачебной тайны и т. д.

Частная клиническая психология изучает такие вопросы, как:

– психологические особенности больных с пограничными формами нервно-психических расстройств (наиболее чувствительные и ранимые больные), являющиеся объектом деятельности врача любой специальности;

- психологические особенности больных при подготовке и проведении хирургических вмешательств и в послеоперационном периоде;
- психологические особенности больных, страдающих различными заболеваниями (инфекционными, нервно-психическими, сердечно-сосудистыми, гинекологическими, кожными, новообразованиями);
- психологические особенности больных, имеющих нарушения различных органов и систем, в частности анализаторных (слепота, глухота);
- медико-психологические особенности трудовой, военной и судебной экспертиз.

Также данные исследователи, исходя из предметной направленности и методолого-методической специфичности, выделяют в структуре клинической психологии следующие направления:

- 1) нейропсихология;
- 2) патопсихология;
- 3) психосоматика;
- 4) психология соматического больного;
- 5) перинатальная психология;
- 6) психология аномального развития;
- 7) психология отклоняющегося поведения;
- 8) психологическое сопровождение диагностического и лечебного процесса;
- 9) основы психологического воздействия в клинике;
- 10) клиническая психология в экспертной практике.

К. С. Карташова и другие определяют общую клиническую психологию как науку, занимающуюся разработкой основ предметно-методологических представлений об измененно функционирующей психике. Данная дисциплина объединяет усилия по определению, диагностике, классификации, патогенезу и интервенции. Частная клиническая психология раскрывает информацию по следующим разделам: патопсихология, нейропсихология, психосоматика и соматопсихология, психология здоровья, девиантология, возрастная и семейная клиническая психология.

Таким образом, несмотря на некоторые расхождения во взглядах различных исследователей на структуру клинической психологии, мы можем заключить, что наиболее распространённым является выделение общей клинической психологии, занимающейся изучением наиболее общих закономерностей развития и функционирования психики человека, испытывающего трудности адаптации, в связи с проблемами в сфере здоровья; а также ряда направлений клинической психологии, объединяемых названием частных её разделов. Так мы можем выделить следующие направления клинической психологии: патопсихология, нейропсихология, психотерапия и психосоматика. Каждое направление предметно и методически отличается от другого, но все они объединены методологическими основами общей клинической психологии.

При анализе современной ситуации развития клинической психологии на первый план выходят следующие направления:

- роль способностей в процессах адаптации, дезадаптации, абилитации и реабилитации личности, имеющей различные показатели в сфере здоровья и социального благополучия;
- продуктивные и деструктивные формы поведения и их взаимосвязь с различными сферами психики/личности;
- психологические особенности больных различных нозологических групп;
- взаимоотношения патологической личности в макро- и микросреде;
- психология здоровья.

Именно этим проблемам посвящена большая часть фундаментальных исследований современной клинической психологии.

Рассмотрим теперь наиболее значимые составляющие клинической психологии.

Ведущим направлением клинической психологии чаще всего называют **патопсихологию**, которая возникла на рубеже XX в. Основоположником считается В. М. Бехтерев, научной школой которого были установлены количественные и качественные характеристики нервно-психической деятельности отдельных больных,

а также роль различных факторов в динамике нервно-психических расстройств. В развитие клинической психологии как фундаментальной науки внесли вклад работы таких учёных, как В. Н. Мясищев, А. Ф. Лазурский, Л. С. Выготский, Г. И. Россолимо, Б. В. Зейгарник и другие учёные. Важный вклад в развитие патопсихологии внесли Э. Блейлер, С. Я. Рубинштейн, Б. П. Ганнушкин, А. Е. Личко.

Патопсихология является разделом клинической психологии, который изучает закономерности распада (или как сейчас чаще говорят – характерных особенностей) психики аномальной личности, в сравнении с нормально формирующимися и протекающими психическими функциями, свойствами и процессами, характерными для личности здоровой, продуктивной, адаптивной.

Н. Л. Белопольская отмечает, что в рамках патопсихологии разрабатываются вопросы аномального психического развития, исследуются дефекты отдельных психических функций, а также инволюционные и деструктивные психические состояния. Автор указывает, что патопсихология предоставляет материал, необходимый для понимания сущности понятия «нормальное психическое развитие», внося тем самым весомый вклад в решение многих принципиальных проблем общей психологии. Патопсихология имеет множество точек соприкосновения и с другими отраслями психологического знания. Так, осмысление аномального развития тех или иных психических процессов и функций невозможно без сравнения с нормальным развитием, то есть без знаний из области психологии развития и возрастной психологии. А на примерах отклоняющегося развития и формирования психических функций, возрастная психология и психология развития более полно и корректно может сформулировать специфику нормального протекания их генеза. Патология психических свойств, функций часто помогают выявить и осмыслить целый ряд феноменов нормального развития личности, её системы отношений. Соотнесение отклонений в функционировании психики с процессами, протекающими на уровне материального субстрата психической деятельности обогащает систему знаний психофизиологии.

Остановимся теперь более детально на предмете познания патопсихологии. Мнения учёных по этому поводу несколько разнятся. Так, В. А. Кулганов и другие полагают, что предмет исследования патопсихологии составляют:

1. Нарушения психических процессов у больных:

а) сенсорно-перцептивные расстройства. К сенсорным можно отнести разного рода аномалии в зрительной, слуховой, тактильной, обонятельной, вкусовой, ноцицептивной и других модальностях; это могут быть гипо-, гипер-, или анестезии, парестезии и пр. искажения сенсорной сферы. К перцептивным расстройствам следует относить восприятия: агнозии, анозогнозии, иллюзии, галлюцинации и так далее);

б) нарушения психомоторной сферы, где можно выделить такие моторные расстройства, как тики, моторные персеверации, гиперактивность и так далее; расстройства речи (специфическое расстройство речевой артикуляции; расстройство экспрессивной, импрессивной речи; заикание);

в) нарушения памяти, или дисмнезии. Эти расстройства подразделяются на амнезии, гипермнезии, гипомнезии; парамнезии – псевдореминисценции, криптомнезии, эхомнезии, конфабуляции;

г) нарушения мышления, к коим относят нарушения операционной стороны мышления, динамики мышления, личностного компонента мышления;

д) нарушения эмоциональной сферы. Сюда относят нарушения общего эмоционального фона – гипотимию, гипертимию, паратиимию, а также нарушения динамики эмоций – повышенную аффективную лабильность, вязкость, вялость, застревание аффекта;

е) отдельно авторы выделяют расстройства настроения (депрессивные расстройства и биполярное аффективное расстройство);

ж) нарушения сознания оглушённое, помрачённое, сумеречное состояния сознания и так далее.

2. Психосоматические и психогенные расстройства, сопровождающие разного рода соматические болезни (заболевания сердечно-сосудистой системы, болезни желудочно-кишечного тракта,

опорно-двигательного аппарата, кожные болезни). К этой же группе авторы относят исследования неврозов.

Прикладное значение патопсихологии трудно переоценить, поскольку она предоставляет данные для психодиагностической, психотерапевтической и психокоррекционной, и даже социальной работы с людьми, имеющими различные варианты нарушений в психической сфере.

Нейропсихология является одним из важнейших направлений клинической психологии. Под нейропсихологией подразумевается область научного психологического знания, изучающая нейронные механизмы протекания психических процессов и функций.

В настоящее время выделяется несколько самостоятельных направлений нейропсихологии, объединённых общими теоретическими представлениями и общей конечной задачей, которая заключается в изучении мозговых механизмов психических процессов:

1. Клиническая, изучающая нейропсихологические синдромы, которые возникают при поражении того или иного участка мозга.

2. Реабилитационная, занимающаяся восстановлением утраченных высших психических функций, обучением и перестройкой нарушенных функциональных систем для выработки нового набора психологических средств нормального функционирования человека в бытовой, профессиональной и социальной сферах.

3. Детская, изучающая онтогенетически обусловленные изменения мозговой организации психических процессов в процессе созревания мозговых структур.

4. Нейропсихология позднего возраста, изучающая особенности функционирования психики в период возрастных дегенеративных изменений мозга у людей позднего возраста.

В рамках нейропсихологии проводится анализ высших психических функций для исследования зрительных, слуховых, кожно-кинестетических, двигательных и других расстройств при локальных поражениях мозга; изучается эмоционально-волевая, мотивационная, интеллектуальная и другие сферы личности; описываются нейропсихологические синдромы.

Весь круг задач нейропсихологии может быть дифференцирован на задачи диагностического характера, задачи коррекции и реабилитации и задачи профилактики.

Задачи нейропсихологической диагностики заключаются в следующем:

- Уточнение (либо подтверждение) топического диагноза.
- Ранняя дифференциальная диагностики ряда заболеваний центральной нервной системы, разграничение органо- и психогений.
- Выявление клинической картины и уровня нарушений психических функций при определённых типах органических поражений, дефектов головного мозга, выделение первичного дефекта и его влияния на другие структуры, системы, функции.

Задачи коррекции и реабилитации включают в себя:

- Устранение или смягчение различных форм аномального функционирования: школьной неуспеваемости, дезадаптации, утраты трудоспособности, социальной депривации и так далее.
- Оценку эффективности различных видов направленного лечебного или коррекционного воздействия: хирургического, фармакологического, психолого-педагогического, социально-педагогического, психотерапевтического и так далее.
- Разработку программ реабилитационных, коррекционных мероприятий с учётом полученных диагностических данных, применение методов восстановительного (коррекционно-развивающего) обучения.

В задачи нейропсихологической профилактики входит предотвращение снижения качества жизни, социальной, профессиональной продуктивности, адаптивных возможностей больных с органическим поражением мозга (в меру объективных возможностей).

Таким образом, нейропсихология даёт представление о том, какая взаимосвязь существует между психическими функциями и нарушениями мозга. Данные, полученные с помощью методов нейропсихологии, помогут наиболее эффективно подобрать методы коррекции и лечения больного с органическими поражениями центральной нервной системы, предотвратить десоциализацию, изоляцию, глубокую инвалидизацию.

Психотерапия (от греч. «psyche» – «душа» и «therapeia» – «лечение») – это система методов, средств и приёмов воздействия с лечебными и профилактическими целями на психику человека, целью которых является улучшение психического и/или физического состояния. В узкомедицинском смысле понятие «психотерапия» рассматривается как группа специфических методов лечения (подобно физиотерапии, лечебной физкультуре), в широком же понимании психотерапия представляет собой всю совокупность средств и методов психологической и медицинской помощи, одной из главных задач которой является улучшение психологического состояния клиента, а также профилактика психологического неблагополучия.

Общепринятой классификации методов психотерапии в настоящее время нет. Поскольку психотерапию называют и медицинской, и психологической прикладной отраслью, методы психотерапии часто подразделяют на медицинские (медикаментозное лечение, физиотерапия) и психологические (психодрама, логотерапия). С медицинской точки зрения, методы психотерапии подразделяются на симптоматические и патогенетические. Симптоматические методы психотерапии (авersiveное научение, релаксационные упражнения) ориентированы на устранение или ослабление отдельных, чаще всего наиболее ярких и беспокоящих больного симптомов болезни, управление физиологическими функциями организма. Патогенетические методы ориентированы на устранение причин болезни или психологического неблагополучия. Они наиболее значимы при заболеваниях, где личностно-психологические механизмы являются ведущими в возникновении и сохранении болезненных нарушений, – это неврозы, психосоматические расстройства, депрессивные состояния.

Методы психотерапии опираются на общетеоретические положения и эмпирические данные анатомии, физиологии, медицины, психологии, социологии, истории, философии, педагогики.

Существуют определения психотерапии, которые разработаны не на медицинской модели, а на психолого-педагогических (методы влияния, приводящие в движение процесс научения) или социологических

(методы манипуляции с целями социального контроля) и других концепциях.

Столь неоднозначное понимание сущности психотерапии во многом связано с тем, что данная прикладная отрасль разрабатывалась преимущественно на основе эмпирических данных. Неоднозначная и, нередко, противоречивая их трактовка показывает слабость теоретических оснований психотерапии как самостоятельной научно-прикладной отрасли. Именно поэтому на современном этапе развития клинической психологии одной из ведущих её задач выступает разработка психологической теории психотерапии (Б. Д. Карвасарский, 1982).

Симптоматическая психотерапия направлена на устранение или снижение значимости отдельных проявлений неблагополучия – симптомов, а не на устранение их истинных причин. Устранение главных симптомов, может приводить и к устранению самих причин неблагополучия, однако эффект может быть и незначительным, и кратковременным.

По целям проведения симптоматическая психотерапия может подразделять в зависимости от сферы воздействия на когнитивную, эмоциональную, конативную.

Ярким примером когнитивной симптоматической психотерапии является рациональная психотерапия. Она направлена на изменение логического строя мышления клиента, обучение его «правильному» мышлению.

В качестве примера эмоциональной симптоматической терапии может быть приведена сензитивная терапия, предполагающая активное включение эмоционального реагирования, использующая такие техники, как осознание эмоций, эмоциональный потоп и другие.

К конативной симптоматической психотерапии относят, например, обучающие тренинги, формирующие продуктивные поведенческие навыки, используя при этом техники классического или оперантного научения.

Особым видом симптоматической психотерапии является суггестивная психотерапия, в качестве основного метода психологического воздействия использующая внушение или самовнушение.

Внушение используется в тех случаях, когда целесообразно применить воздействие в обход критики, «цензуры» больного.

При самовнушении формулы внушения адресуются самому себе. Из методов самовнушения наибольшее распространение получил метод французского аптекаря Куэ. Больному при этом предлагается несколько раз в день внушать себе лечебные формулы типа «с каждым днём мне становится всё лучше и лучше». Куэ также было доказано, что положительные формулировки при самовнушении (например, «я здоров») много действеннее отрицательных («я не болен»). Самовнушение является неотъемлемой частью многих психотерапевтических методов и практик (медитация, аутогенная тренировка, йога).

Как уже отмечалось выше, **патогенетическая психотерапия** призвана оказывать такого рода воздействие, которое способно найти причины неблагополучия, болезни. Трудности в этом представляют как выявление первопричин, так и выбор адекватных методов их устранения. Это связано, прежде всего, со слабым развитием теоретических основ психотерапии на современном этапе её развития.

Среди существующих направлений патогенетической психотерапии одним из наиболее ярких её примеров может служить классическая психодинамическая психотерапия, основывающаяся на теоретических и методологических положениях ортодоксального психоанализа.

Длительное время в психотерапии преобладал субъект-объектный подход, который подразумевал активное начало под действиями психотерапевта, а пациенту приписывал пассивную роль реципиента психотерапевтического воздействия.

Современные представления о психотерапии утверждают несостоятельность такого подхода, поскольку изначально активность исходит от клиента, который обращается за психотерапевтической помощью. Более того, дальнейший процесс и результат психотерапии также зависит от клиента – его способности и желания принимать психотерапевтические воздействия (Е. С. Калмыкова, 1992). Не стоит отрицать и существование взаимного влияния личностей психотерапевта и клиента (трансфер и контртрансфер).

Таким образом, данное определение сильно отстаёт от реалий психотерапевтической практики. Однако задача определения психотерапии, психотерапевтического процесса и его сути не является простой, особенно когда мы говорим о психотерапии патогенетической, каузальной.

Однако приведённое определение не способно разграничить психотерапию от любого иного вида профессиональной помощи одного человека другому. В то же время из класса психотерапий исключаются все её групповые формы.

В научных исследованиях в области психотерапии наибольшее внимание специалистов привлекают в настоящее время следующие аспекты (Е. С. Калмыкова, 1992):

- методологические и методические проблемы психотерапии;
- процессуальные аспекты психотерапии;
- оценка эффективности процесса психотерапии и его компонентов;
- специфика психотерапии различных нозологических групп пациентов.

Рассматривая психотерапию с точки зрения психологических методов работы с клиентом, мы можем выделить несколько базовых теоретико-методологических подходов, определяющих специфику, сущность, конкретные методы психотерапевтической деятельности. Каждый из подходов опирается на одну из основных психологических школ. В соответствии с этим выделяют психодинамическую психотерапию, поведенческую (бихевиоральную) психотерапию, экзистенциальную и гуманистическую (недирективную) психотерапию. Сюда же можно отнести когнитивную, рационально-эмоциональную психотерапию, которые нельзя напрямую отнести ни к одной из классических школ, поскольку они представляют ответвления от этих классических направлений, оформившиеся в своеобразные, вполне самостоятельные психотерапевтические школы.

Многочисленные исследования, посвящённые оценке эффективности психотерапии, не выявили подтверждений, что какая-либо школа психотерапии приносит лучшие результаты, чем другая.

Можно лишь отметить, что более устойчивые положительные отдалённые результаты лечения имеют место при использовании патогенетических психотерапевтических методов, по сравнению с симптоматическими.

Психосоматика. Данная отрасль клинической психологии в более общем понимании занимается исследованием взаимного влияния психики и тела друг на друга. То есть психосоматика изучает влияние психологических факторов на телесное состояние (это влияние может быть как психогенным, так и саногенным), а также влияние факторов физического, телесного здоровья на психологические особенности личности.

Проблема соотношения души и тела стала волновать человека ещё в донаучный период развития цивилизации. В различных религиозно-философских учениях она поднималась и объяснялась по-своему. Примером одного из таких учений, которое достаточно распространено и поныне, может служить школа йоги, в рамках которой были разработаны, в частности, такие приёмы и техники психосоматической саморегуляции, которые служат иллюстрацией того, как широки саморегуляционные возможности человеческой психики.

Психосоматическая проблематика стала предметом научного познания ещё в античности, когда у истоков научной медицины стояли две школы, отражающие два подхода к трактовке общей концепции болезни: первая – гиппократическая школа Косса; вторая – школа первых анатомов Книдоса. Первая трактовала болезнь как расстройство отношений между субъектом и действительностью (динамическая, гуморально-духовная, «психосоматическая» концепция); вторая рассматривала болезнь как поражение какой-то материальной структуры (механическая, органная ориентация). Исходные формулы оценки болезни и больного при этом различны. В первом случае – «человек болен», во втором – «у человека есть болезнь».

В связи с открытиями в XIX в. в области анатомии, микробиологии, нейрофизиологии, утверждением принципа клеточной патологии Вирхова, в котором модель болезни основывалась на патологии органа, органное направление взяло верх. Нарастающая

«технизация» медицины надолго заслонила от врачей психологические стороны заболевания больного, в практике медицинской помощи психосоматические влияния стали серьёзно приниматься лишь в последние десятилетия.

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

В последнее время целый ряд болезней был признан полидетерминированным. Эти болезни стали называться мультифакториальными. В основе их возникновения лежит множество факторов: наследственность, средовые факторы, которыми могут выступать экология, образ жизни, перенесённые физические и психические травмы. Множество клинических наблюдений разных лет показывают, что динамика болезни очень сильно зависит от психических факторов: внутренние конфликты, невротические типы реакций или психореактивные связи обуславливают картину органического страдания, его длительность, течение и резистентность к терапии (В. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер, 1996).

В медицине и клинической психологии существует также понятие «психосоматическое расстройство» – нарушения телесных функций, возникновение и динамика течения которых в большой степени обусловлены психоэмоциональными факторами (переживанием острой или хронической психологической травмы, особенностями установок, эмоциональной сферы человека). Положение о прямой взаимозависимости самочувствия и физического состояния человека с его психическим, прежде всего эмоциональным, состоянием является одним из важнейших в клинической психологии.

Одной из основополагающих категорий психосоматики является категория внутренней картины болезни. Разработкой данной

категории занимались В. Н. Мясищев, В. В. Николаева и другие. Внутренняя картина болезни в общем может быть определена как субъективное представление (комплекс представлений) больного о своём заболевании, включает в себя когнитивный (сенсорно-перцептивный, представленческий, интеллектуальный), эмоционально-оценочный и конативный (поведенческий) компоненты. В настоящее время существует множество разнообразных классификаций внутренне картины болезни:

- адекватный, или реалистичный тип внутренней картины болезни, при котором больной правильно оценивает своё состояние, его тяжесть, вероятные прогнозы дальнейшего течения болезни, осознанно подходит к лечению;

- анозогнозический, при котором больным не осознаётся наличие болезни, игнорируются симптомы, предписания врачей;

- ипохондрический тип, для которого характерны переоценка тяжести, выраженности симптомов, навязчивый анализ ощущений, активный поиск новых симптомов, болезней, способов лечения, часто – недоверие к врачам, «недооценивающим» тяжести заболевания;

- гиперэргический, для которого характерно повышенное стремление активного «перебарывания» болезни, частое применение небезопасных способов «лечения»;

- рентный тип, старающийся извлечь все возможные (и невозможные) выгоды из своего состояния.

Знание специфики внутренней картины болезни позволяет составить эффективную программу психологического сопровождения больного, чтобы облегчить его состояние, повысить эффективность лечения, качество жизни.

Во второй половине прошлого столетия, было сформулировано важное понятие соматопсихологии – внутренняя картина здоровья. Внутренняя картина здоровья личности включает в себя комплекс ощущений, представлений, знаний, которые дают возможность сделать человеку вывод, что он здоров; ко внутренней картине здоровья относят и место здоровья в иерархии ценностей личности, когнитивно-мотивационный компонент системы отношений к здоровьесбережению

и здоровому образу жизни. Формирование адекватной внутренней картины здоровья представляет собой одну из важнейших задач современного образования и воспитания, от успеха решения этой задачи в масштабах государства напрямую зависит здоровье населения.

Соматопсихология – направление медицинской психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение ряда соматических заболеваний (бронхиальной астмы, гипертонической болезни, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, язвенного колита, нейродермита, неспецифического хронического полиартрита).

Изучение психологических механизмов и факторов возникновения и течения болезней, поиск связей между характером психического стрессового фактора и поражением определённых органов и систем лежат в основе психосоматического направления в медицине.

Психосоматическая медицина представляет собой направление в науке, изучающее вопросы о взаимоотношениях психических и соматических процессов в тесной связи с окружающей средой. Она учитывает комплексные соматопсихосоциальные взаимодействия при возникновении, течении и терапии заболеваний.

В последние годы наибольшую популярность приобретает психосоматический подход к любым заболеваниям, охватывающий проблемы внутренней картины здоровья, конверсионных, соматогенных, соматизированных психических и ипохондрических расстройств, реакций личности на болезнь, умирание, смерть, отрыв от семьи, симуляцию, а также искусственно продуцируемые расстройства, в том числе синдромы Мюнхаузена (симуляция болезней, которые приводят к операции) и Полле (искусственное причинение болезни ребёнку его собственной матерью) (Д. Н. Исаев, 1996).

В настоящее время психосоматическая медицина решает три важных вопроса:

1) вопрос о пусковом механизме патологического процесса и начальной стадии его развития;

2) почему один и тот же сверхсильный психологический фактор у одних людей вызывает яркую эмоциональную реакцию

и соответствующий комплекс вегето-висцеральных сдвигов, а у других людей эти сдвиги вообще отсутствуют;

3) почему психическая травма у одних людей вызывает заболевание сердечно-сосудистой системы, у других – пищеварительного аппарата, у третьих – дыхательной системы, у четвёртых – эндокринной системы и так далее (проблема выбора органа).

Из актуальных психологических проблем психосоматики можно назвать следующие:

- выявление нозологических типов личностной организации (язвенный тип личности, типичные черты личности сердечника);

- определение тестовых норм для специфических функциональных состояний (например, известно, что для беременных женщин нормальным является уровень тревоги, превышающий среднестатистическую норму человека вне этого состояния);

- разработка и совершенствование методов психосоматической саморегуляции;

- совершенствование теоретического конструкта и методов формирования и коррекции внутренней картины здоровья и другие.

1.5. Краткая история развития клинической психологии в России и за рубежом

Ряд теоретиков клинической психологии (У. Бауманн, М. Перре) зарождение этой отрасли как научной датируют второй половиной XIX в. (1859 г.), когда Вильгельм Вундт, часто называемый отцом психологии как самостоятельной науки, основал Институт экспериментальной психологии в Лейпциге. В этом институте наряду с другими обучались и работали те психологи, которые сегодня по праву считаются основателями клинической психологии. Большая часть исследований этого первого экспериментального научного психологического центра касалась предметной области психофизиологии. У В. Вундта обучался американец Лайтнер Уитмер (1867–1956), внесший огромный вклад в развитие клинической психологии как отрасли науки и практики. Именно Л. Уитмер привнес термин «клиническая

психология» в психологическую науку. Пройдя курс обучения и получив учёную степень в Лейпциге, он вернулся в США и развернул работу на базе факультета психологии Пенсильванского университета. В 1896 г. на этой базе Л. Уитмером была основана первая психологическая клиника, а в 1907 г. он, совместно с группой единомышленников, начал выпускаться журнал «Клиническая психология».

Понятие «клиническая» Л. Уитмер заимствовал из медицины, не подразумевая под этим ни медицинскую психологию, ни клинику в смысле места, где занимаются психологической деятельностью, а имея в виду только работу с отдельными конкретными случаями.

В 1917 г. несколько специалистов по клинической психологии основали Американскую ассоциацию клинических психологов, которая в 1919 г. вошла в Американскую психологическую ассоциацию как клиническая секция; в результате понятие «клиническая психология» укрепилось и стало означать вполне определённую профессиональную направленность, однако никакого определения клинической психологии на тот момент ещё не существовало.

Из лаборатории В. Вундта вышел и немецкий психиатр Эмиль Крепелин (1856–1926), который уже в 90-е гг. XIX в. пытался применить экспериментальные подходы, используемые в психологии, к решению проблем психиатрии и этим дал мощный импульс для развития клинической психологии. Э. Крепелин решительно отказался от спекулятивных подходов, бытовавших в то время, и подчёркивал необходимость экспериментальных исследований в психиатрии. Именно Э. Крепелину принадлежит заслуга в разработке весомой части стандартизованного диагностического инструментария клинической психологии, а одна из методик, получившая название «Счёт по Крепелину», известна сегодня каждому диагносту и клиническому психологу.

Большую роль в развитии клинической психологии сыграл Зигмунд Фрейд (1856–1939), открыв сферу психотерапии для немедиков и значительно продвинув вперёд психологическую теорию возникновения психических расстройств. Сначала он, как и Э. Крепелин, стоял на естественнонаучной позиции, но впоследствии обратился к герменевтическому, понимающему подходу. Э. Крепелин и

З. Фрейд дали сильнейший толчок развитию клинической психологии. Эти два имени знаменуют и два различных понимания клинической психологии, которые и по сей день нередко противостоят друг другу как в науке, так и в практике.

В первой половине XX в. клиническая психология как наука имела уже целый ряд разделов и отраслей.

Так, А. Бине и Т. Симон, разрабатывая первые отборочные тесты интеллекта, положили начало психодиагностическому направлению в клинической психологии. Две мировые войны дали богатый клинический материал для развития нейропсихологии и патопсихологии, значительно продвинули вперёд диагностику пригодности к строевой службе, что способствовало постепенному распространению клинической диагностики. На базе психодинамических подходов З. Фрейда и А. Адлера, а также клинико-психологических разработок Л. Уитмера были созданы консультативные центры (Пенсильвания, 1896; Вена, 1919; Мюнхен, 1922). Психотерапия глубинно-психологической ориентации стала применяться при психических расстройствах и нарушениях поведения. В США понятие «клиническая психология» вошло в обиход уже в начале XX в., а в немецкоязычных странах оно появилось только около середины столетия.

В 1946 г. В. Гельпах издал книгу под названием «Клиническая психология», где под клинической психологией он понимал психологию соматических болезней (особенности психики и поведения при соматических заболеваниях). Начиная с 1950-х гг. в немецкоязычных странах появляются ещё книги под названием «Клиническая психология». Так, Е. Штерн в 1950-е гг. выпускает трёхтомное пособие по клинической психологии; также выходит учебник по клинической психологии О. Мейергоффа.

В первых учебниках клиническая психология тесно связывается с консультативно-психотерапевтической помощью клиенту, опирающейся на принципы бихевиоризма и гуманистической психологии.

Основателем так называемой гуманистической психологии и клиентоцентрированной или «недирективной» психотерапии является Карл Роджерс (см.: Консультирование и психотерапия, 1942).

В своём подходе к терапии, К. Роджерс отходит от понятий «норма», «патология» и делает упор на самоценность, уникальность каждой личности, которая для развития и роста нуждается в определённых условиях. Условия эти воспроизводимые и в процессе терапии, состоят в определённой организации общения психотерапевта с клиентом. Исходя из этого, подход К. Роджерса иногда называют разговорной психотерапией.

Трудами учёных англоговорящих стран активно развивается поведенческая терапия и, начиная с 1960-х гг., оказывает мощное влияние на практику. В это время поведенческая терапия получает распространение и в немецкоязычных странах. Благодаря развитию множества новых психотерапевтических методов акцент в работе клинических психологов переместился с диагностики на терапию, и к терапии добавились задачи профилактики и реабилитации. Далее, с середины 1980-х гг. в странах Запада клиническая психология начинает проникать в сферу соматической медицины. Одновременно там появилось понятие «поведенческая медицина» (Behavioral medicine) и тем самым создано поле исследовательской и профессиональной деятельности для клинических психологов.

В России первоначально из всех отраслей клинической психологии активно развиваться начала патопсихология, затем своё развитие, во многом благодаря трудам Р. А. Лурии, получила нейропсихология. Расширение понятия «клиническая психология», обогащение его прикладными направлениями началось в конце 1980-х – начале 1990-х гг. с падением железного занавеса, когда стало появляться много литературы о различных методах психологической помощи, применяемых уже много лет в странах Западной Европы и Америке.

Нынешняя ситуация характеризуется более чётким разделением клинической психологии на частные области, что в дальнейшем ведёт к специализации как в науке, так и в практике.

В настоящее время в нашей стране в государственной системе можно выделить 2 типа занятости клинических психологов:

1) самостоятельно работающим в различных организациях приходится как диагностировать в какой-то степени состояние личности, так и определять стратегию коррекции состояния и профилактики более глубоких «расстройств», переходящих при определённых условиях в «болезнь» (это системы МВД, МЧС, центры психосоциальной помощи, школы);

2) работающие в системе лечебных учреждений, осуществляют помощь в дифференциальной диагностике, терапии, реабилитации, профилактике болезней.

1.6. Проявления психических отклонений и их объяснения в разные культурно-исторические периоды

Согласно мифам, легендам, памятникам истории, психические расстройства наблюдались на заре зарождения человечества. Стоит сказать, что некоторые расстройства наблюдаются и у животных (эпилепсия, посттравматический психоз, депрессия).

В доисторические времена психические отклонения интерпретировались по-разному. Так, есть исторические свидетельства о том, что в древние времена агрессивные больные считались одержимыми духами, а спокойные и тихие рассматривались как находящиеся под покровительством добрых богов. Тихие помешанные иногда пользовались особым уважением, ибо считались разного рода посредниками между богами и людьми.

Первая попытка научно оценить некоторые психические расстройства и объяснить возможные их причины принадлежит Гиппократу (460–370 гг. до н. э.). Его книги, по замечанию выдающегося историка психиатрии Ю. Каннабиха, несут скорее не систематизацию современного автору психиатрического знания, а изложение некоторого эмпирического опыта и понятийный аппарат, получивший своё развитие в дальнейшем и продолживший своё существование и по сей день. Именно Гиппократу принадлежит заслуга введения таких терминов, как меланхолия, мания, френия, эпилепсия. Они используются и сейчас, хотя содержательное наполнение их

несколько изменилось. Гиппократ предложил получившую распространение гуморальную теорию психической патологии.

Во времена Древнего Рима психиатрические воззрения Гиппократа нашли преемников: были описаны новые виды психических расстройств и полностью сформировались представления о выделенных Гиппократом темпераментах (холерик, сангвиник, флегматик и меланхолик). Однако в целом психиатрия оставалась во многом наивной областью человеческих знаний, а помощь больным ограничивалась изоляцией их от общества.

Средневековье в Европе ознаменовалось господством религиозных воззрений. Религия регламентировала во все сферы жизни человека, потому многие научные идеи в медицине не только не получили развития, но оказались «забытыми», ибо считались несовместимыми с религиозными воззрениями. Неудивительно, что гонению подвергались в то время и психически больные. Их высказывания и поведение рассматривались как результат сговора с нечистой силой.

В последовавшую за «тёмными» веками Средневековья прогресс биологических и медицинских наук был значительным в эпоху Возрождения, характеризовавшуюся расцветом многих областей науки и искусства. В области психиатрии продолжали накапливаться клинические описания отдельных видов психических расстройств, предпринимались попытки научного объяснения их причин, появились и представления о том, что нарушения психики могут быть связаны с отклонениями в деятельности мозга.

К этому времени относится и первая попытка создать классификацию психических расстройств, принадлежащая Ф. Платеру (1537–1614), профессору медицины в Базеле (Швейцария). Основаниями для классификации послужили представления о том, что человек обладает внешними (зрение, слух, осязание и так далее) и внутренними (рассудок, воображение, память) ощущениями, а совокупность всех способностей составляет сознание. По мнению профессора, психические расстройства проявляются утратой, ослаблением, усилением и извращением перечисленных функций. Платер говорил также о наличии внутренних и внешних причин психических

расстройств, что соответствует существующему в современной психиатрии делению психических заболеваний на эндогенные и экзогенные.

Тем не менее, в эпоху Возрождения ничего не изменилось в оказании помощи психически больным: они по-прежнему содержались в специально приспособленных изолированных помещениях в крайне стеснённых и антисанитарных условиях, подвергаясь физическим наказаниям. Многие пациенты содержались даже на цепи.

В последующем большую роль в изменении отношения в обществе к психически больным сыграли гуманистические идеи французских просветителей. Для психиатрии исключительное важное значение имела реформа Ф. Пинеля (1745–1826), ликвидировавшая во французском приюте для престарелых, инвалидов и психически больных такие меры, как содержание больных в наручниках, на цепи, наказания голодом и избиения. Тем самым была доказана возможность и целесообразность отказа от тюремных условий содержания пациентов.

Реформой 1792 г., по выражению отечественного психиатра Н. Баженова, «сумасшедший был возведён в ранг больного». Идеи и реформы Ф. Пинеля быстро распространились в большинстве европейских стран.

Далее по этому пути пошёл английский психиатр Дж. Конолли (1828), выступавший за полную отмену всех мер, стесняющих больных, что получило название «нестеснения» (no restraint).

Идеи нестеснения постепенно начали распространяться по другим странам Европы. Заслуживает внимания их особое развитие в Германии. В этой стране в первой половине XIX в. существовали две психиатрические школы – психиков и соматиков, занимавшие противоположные позиции в объяснении причин психических расстройств.

Первые, считая, что человек обладает свободной волей в выборе бога или дьявола, рассматривали психические расстройства как одержимость злой волей и для их лечения применяли в основном механические меры стеснения и воздействия. Соматики полагали, что психические расстройства происходят от расстройств телесных. Однако и

соматики не отвергали полностью методы физического ограничения в качестве мер воздействия на психически больных людей.

В Америке в XVIII–XIX вв. не существовало самостоятельной школы – в основном здесь были распространены идеи европейских психиатров (в первую очередь французских и английских). Родоначальником американской психиатрии традиционно считают Б. Раша. В 1812 г. он опубликовал учебник, который в течение последующих 70 лет оставался единственным американским руководством по психиатрии. Особенностью психиатрии здесь всегда являлся повышенный интерес к психотерапевтическим методикам и методам социальной реабилитации больных.

В России психиатрия развивалась своим, особым путём: душевнобольные никогда не преследовались, а основным местом их содержания и призрения всегда были монастыри. В царствование Иоанна Грозного пребывание больных в монастырях было поддержано государственным актом 1554 г. («Стоглавый собор»), указывавшим, что направление душевнобольных в монастыри необходимо, «дабы не быть им помехой и пугалом для здоровых, дать им возможность получить вразумление или приведения на истину». Первые учреждения для психически больных в России были открыты в Новгороде, Москве и Санкт-Петербурге в конце XVIII столетия и предназначались главным образом для содержания больных, но уже делались попытки оказать им и лечебную помощь.

В дальнейшем развитие психиатрии во всех странах во многом определялось расширением знаний о структуре и функциях мозга, а также прогрессом таких наук, как биохимия, фармакология и других фундаментальных областей медицины, которые позволили сформулировать концепцию о происхождении психических расстройств, подойти к разработке методов лечения и организации помощи, в первую очередь больничной.

Как и в любой другой области клинической медицины, основой диагностики в психиатрии является классификация (систематика) заболеваний. Поставленный в соответствии с той или иной классификацией диагноз определяет выбор лечения, прогноз заболевания,

а также последующие особенности социально-реабилитационных мероприятий. Наиболее надёжной должна быть классификация, основанная на этиологическом и патогенетическом принципах; однако существующие в настоящее время знания о происхождении и механизмах развития психических болезней ещё недостаточны для её построения. Поэтому все классификации психических расстройств всегда были эклектичны. Не являются исключением и современные систематики, при составлении которых использованы различные принципы – этиологический, клинический, возрастной. Классификации складывались постепенно, отражая особенности психиатрии в отдельных странах.

С начала 60-х гг. XX в. Всемирная организация здравоохранения предприняла попытку создать Международную классификацию психических расстройств с тем, чтобы по возможности унифицировать оценку психических заболеваний психиатрами разных стран и обеспечить возможность сопоставления результатов различных исследований в психиатрии. Классификация психических расстройств – часть Международной классификации болезней (МКБ), которая систематически подвергается пересмотру и совершенствованию. Создание классификации психических расстройств под эгидой Всемирной организации здравоохранения послужило компромиссом между различными национальными классификациями. В настоящее время к действию принята Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Введение международных классификаций и унифицированных критериев оценки психических расстройств позволило на новом уровне проводить не только клинические, но статистические и эпидемиологические исследования.

1.7. Основные направления практической деятельности клинического психолога: психологическая диагностика, психологическая коррекция (психотерапия), социальная реабилитация больных

Основными направлениями работы клинического психолога являются психодиагностика, психокоррекция, участие в психотерапевтическом и реабилитационном процессе.

Диагностическое направление работы клинического психолога определяется задачами и спецификой того учреждения, в котором он трудится. Так, в силовых структурах клинический психолог решает преимущественно вопросы профессиональной пригодности.

Одной из важных задач, решаемых клиническим психологом в рамках психиатрического учреждения является проведение психодиагностики и дифференциальной клинической диагностики. В общем виде задачи психодиагностической деятельности состоят в участии клинического психолога в установлении многомерного диагноза пациентам, получающим психиатрическую помощь. В реальной ситуации вследствие недостаточного числа клинических психологов углублённое психодиагностическое обследование проводится пациентам при возникновении затруднений в установлении врачебного диагноза. Важным условием обеспечения качества этой стороны деятельности клинического психолога является его сотрудничество с врачом-психиатром, когда последний ставит перед психологом задачу психологической дифференциальной диагностики. Наиболее частыми вариантами задач, которые ставятся перед психологом, являются вопросы дифференциальной психологической диагностики при непсихотических, личностных (F60–F69), эндогенных шизотипических (F20–F29) и депрессивных расстройствах (F30–F39); уточнение роли органического фактора при установлении механизмов возникновения и развития заболевания.

Для достижения согласованности действий врача и клинического психолога при проведении дифференциально-диагностического патопсихологического исследования в настоящее время предлагают использование совместного обучения врачей и психологов.

Другой задачей психодиагностического исследования является определение особенностей и степени нарушений психической деятельности. Без учёта психодиагностических данных, отражающих степень нарушения психических функций и сохранных сторон психики, невозможна разработка патогенетически-ориентированных индивидуальных программ профилактики и терапии, особенно в условиях создания бригадного подхода к оказанию психиатрической помощи.

В настоящее время для установления функционального диагноза принята обязательная оценка следующих факторов психического функционирования:

- внутренняя картина болезни;
- отношение к болезни и её прогнозу;
- отношение к лечению;
- наличие дезадаптирующих интрапсихических конфликтов;
- социальная компетенция;
- особенности сексуальной сферы;
- вторичные поведенческие ограничения;
- личностные отклонения, влияющие на возможности лечения;
- ролевые нарушения;
- внешние факторы функциональной недостаточности;
- источники трудностей и степень дезадаптации в сферах социального функционирования.

Оценка стойкости терапевтической ремиссии невозможна без проведения «срезов» психологических характеристик на этапах лечения и реабилитации в стационаре и полустационаре, а также на этапе последующего диспансерного наблюдения. Это во многом определяет успешность реабилитации и адаптации пациентов после проводимого лечения, позволяет сделать предположения относительно качества ремиссии и качества жизни пациента вне лечебного и восстановительного учреждения.

Патопсихологические исследования для оценки восстановления работоспособности являются необходимыми условиями разработки

научно обоснованных трудовых рекомендаций, выработки мер по предупреждению снижения или утраты трудоспособности, а также определения роли и места психологической помощи в системе мер психосоциальной реабилитации.

Психокоррекционное и психотерапевтическое направление в работе клинического психолога также находится в зависимости от задач учреждения. В учреждениях психиатрической помощи, с развитием бригадной модели, роль психолога становится всё более важной в системном обеспечении лечебного процесса. Основными задачами этого направления деятельности клинического психолога на основе функционального или многомерного диагноза являются: психокоррекционные мероприятия для подготовки пациента к участию в лечебно-реабилитационном процессе; осуществление мероприятий, облегчающих врачу-психиатру контакт с пациентом; создание условий для привлечения в процесс терапии психосоциального потенциала ближайшего окружения больного, начиная с самых ранних этапов проводимого лечения путём создания условий для позитивного влияния семьи пациента и её участия в процессе психотерапии; повышения степени удовлетворения пациента; коррекция внутренней картины болезни и отношения к болезни.

Для реализации этих задач психолог совместно с другими специалистами бригады, в первую очередь с врачом-психотерапевтом и социальным работником, применяет адекватные методы индивидуальной, семейной и групповой работы.

Системное социально- и клинко-психологическое сопровождение лечебно-диагностического процесса в психиатрическом учреждении включает разработку психосоциальных, психолого-педагогических программ, в которых важную роль играет клинко-психологический условно-вариативный прогноз. Эта наиболее информативно-значимая форма психологического диагноза подразумевает составление прогноза изменений в психическом состоянии, статусе, в развитии личности и отдельных её компонентов в зависимости от разных условий, в которых может оказаться обследуемый. В первую очередь учитывается психологическая специфика

социально-психологического климата и его влияние на процесс лечения. В условиях психиатрического стационарного и даже амбулаторного учреждения уделяют внимание созданию терапевтической среды и терапевтического сообщества – лечебной системы. Большое значение для создания позитивного влияния подобных терапевтических систем имеет специальная подготовка всего медицинского персонала, его способность своими действиями усиливать терапевтический потенциал используемых лечебных факторов. Роль терапевтического сообщества и терапевтической среды особенно возрастает при организации работы психотерапевтических отделений психиатрических стационаров.

Важной составной частью работы психолога в учреждениях психиатрического профиля является его участие в реабилитационных мероприятиях. Содержание и объём работы психолога в реабилитационных подразделениях обусловлены конкретным содержанием реабилитационных программ, в которых медикаментозная терапия, психотерапия, психологическое воздействие и формирование социально-трудовых навыков составляют единое целое и способствуют конечной цели – реадaptации больного к жизни в обществе.

Итогом реабилитации должна явиться перестройка системы отношений в структуре личности больного, позволяющая ему соответствовать социально-психологическому нормативу, то есть системе требований и ожиданий, предъявляемых обществом каждому конкретному его члену. Это конечная цель всех реабилитационных программ. Важным их элементом являются современные модели терапии занятостью, одним из вариантов которой на более поздних этапах реабилитации является трудовая терапия. Конкретная методика трудовой терапии на каждом этапе реабилитации разрабатывается совместными усилиями специалистов: врача-психиатра, психотерапевта, клинического психолога, специалиста по социальной работе, специалиста по трудотерапии. На заключительных этапах реабилитации – этапах пробной социализации – актуализируется влияние производственных коллективов, общежитий для лиц, утративших социальные связи, клубов бывших пациентов.

На первом, медицинском, этапе реабилитации реализуются психосоциальные методы воздействия в сочетании с лечебными программами, в том числе с применением биологических методов лечения. Этот этап чаще осуществляется в условиях стационарных (терапевтических) отделений. Совместные усилия психолога и других участников терапевтической бригады направлены в первую очередь на профилактику явлений «госпитализма», ограничений во взаимоотношении пациента с социальным окружением, на сохранение и восстановление социального функционирования пациента.

На данном этапе психолог проводит обследование больного при выходе его из острого состояния, используя экспериментально-психологические методы, метод динамического наблюдения – для изучения характера участия пациента в лечебных и социально-реабилитационных мероприятиях, изучает анамнез, в том числе и профессиональный, знакомится с характером семейно-супружеских отношений. Проводится «первый срез» личности больного, выявляются нарушенные и сохранные стороны личности, интересы, сфера потребностей и структура мотивации, система отношений, познавательные возможности. Особое значение имеет раскрытие потенциала личности больного. Совместно с другими специалистами разрабатывается индивидуальная программа реабилитации с учётом клинической картины, культурного уровня, интересов, личностных особенностей, профессиональных навыков, социальных связей и отношений, достижений и предпочтений.

Основное воздействие на этом этапе работы – медицинское, поэтому психолог уделяет особое внимание осознанному участию пациента в процессе терапии. Формы трудотерапии и терапии занятостью на этом этапе носят менее дифференцированный характер, хотя их значение трудно переоценить, поскольку раннее включение пациента в терапию занятости и трудовую терапию способствует предупреждению психологических эффектов его изоляции, формирования рентных установок и деструкций социокультурного мировосприятия у пациента. Наблюдение за пациентом на этом этапе реабилитации позволяет охарактеризовать внепрофессиональные

параметры деятельности больного: общую активность, ведущие социальные установки, критичность, характеристики мотивационной и волевой сфер. На этом же этапе начинается активная работа с ближайшим окружением больного.

Психокоррекционное направление работы клинического психолога на данном этапе подразумевает несколько основных видов деятельности: поведенческий тренинг в сочетании с реализацией несложных социально-ориентированных заданий, одним из воздействий которых является эмоциональная поддержка и демонстрация успеха для исключения негативных эмоций в процессе терапии занятостью и трудовой терапии.

Главным психологическим критерием успешного завершения первого этапа реабилитации считается появление у пациента положительного эмоционального отношения к ближайшему социальному окружению, готовность к общению, к терапии занятостью и трудовой терапии.

Второй этап реабилитации проводится на базе лечебно-трудовых мастерских и в рамках производственного труда. Основной задачей является возвращение больного к организованному профессиональному труду и подготовка его к самостоятельной жизни.

Трудовая терапия и терапия занятостью на этом этапе предусматривает формирование критического отношения к себе и своим возможностям, социально-трудовой оценки своей личности, установок, целей и отношений. Восстанавливается способность к сотрудничеству, постановке личностных задач, формирование трудовой перспективы.

Совместно с другими специалистами бригады, в том числе со специалистами по трудовой терапии, клинический психолог разрабатывает рекомендации по профессиональной переориентации пациента в соответствии с его личностными и функциональными возможностями, профессиональной подготовкой и жизненным опытом.

Мероприятия по профессиональной переориентации должны учитывать данные клинико-психологического обследования пациента, динамику его социально-трудового восстановления, в которых

отражается не только степень сохранности трудовых установок и интересов, критичность, структура внутренней картины болезни, но также понимание пациентом показаний и противопоказаний к профессиональной деятельности на том или ином уровне, его личностную активность. Также важно учитывать динамику востребованности тех или иных профессий на рынке труда, требования к компетенциям специалистов, их профессиональным и личностным качествам.

На данном этапе реабилитации результаты экспериментально-психологического обследования пациента дополняются сведениями о его работе в условиях лечебно-трудовых мастерских, участии в социотерапевтических мероприятиях, терапии занятостью, об отношении семьи к перспективам трудовой деятельности, о ресурсах профессиональной и социальной поддержки пациента. Одной из задач данного этапа является переход к сознательной регуляции деятельности пациентом.

Индивидуальная программа реабилитации включает психокоррекционные мероприятия, предусматривающие ориентацию пациента на адекватные социальные отношения и профессиональную деятельность.

Главным психологическим критерием успешного завершения второго этапа реабилитации считают появление у пациента устойчивой потребности в межличностном общении, интериоризация плана дальнейшей социальной и трудовой абилитации, наличие мотивации включения в трудовую деятельность.

Третий этап реабилитации – заключительный, предполагает проведение комплекса мер, направленных на включение пациента в самостоятельную жизнь и самостоятельный труд в индивидуально созданных или обычных условиях профессиональной деятельности.

Для решения этой задачи, особенно при заболеваниях, сопровождающихся значительными изменениями личности и снижением возможностей социально-трудовой адаптации, предусматривается создание специальных общежитий для проживания пациентов, выписанных из психиатрических стационаров и лишённых возможности самостоятельного проживания и трудового устройства.

Для бывших пациентов психиатрических клиник и инвалидов по психическим расстройствам предусматривается организация специальных рабочих мест. Однако этот процесс должен принимать во внимание актуальные потребности общества в тех или иных видах работ. В противном случае, реализация данного этапа реабилитации больных останется в лучшем случае формальной формой деятельности специалистов реабилитационной бригады. В большинстве же случаев будет реализован лишь на бумаге.

Через активное участие в общении и труде жизнь и деятельность больного приобретают социально значимый характер. Психолог и реабилитационная бригада в целом принимают на себя роль активного участника и посредника в социальном взаимодействии больного с обществом. Взаимодействие это налаживается путём адаптации и реадaptации больного в ряде формальных и неформальных групп, которые начинают выполнять роль поддерживающей среды.

Для обеспечения этого процесса психолог проводит психологический анализ участия пациента в социальной и профессиональной деятельности, изучает индивидуальные профессиональные возможности, способствует установлению оптимального баланса возможностей пациента и требований к нему со стороны социального окружения. Для дальнейшего формирования у пациента устойчивой профессиональной мотивации психолог привлекает социальное и профессиональное его окружение; осуществляет тренинг психологических навыков, необходимых в профессиональной деятельности и межличностном взаимодействии, используя богатый арсенал современных поведенческих и коммуникативно-ориентированных приёмов психологического воздействия.

В комплексе мотивов жизнедеятельности материальная заинтересованность используется для развития системы мотивации, формирование целей, направленных не только на социальную адаптацию, но и социальную успешность. Для реализации плана реабилитации клинический психолог привлекает арсенал средств гуманистической психологии и клиентоцентрированной психотерапии, позволяющих последовательно учитывать важнейшие сферы

человеческой уникальности; возможности самоактуализации, партнёрства, чувственных и близких отношений.

Важное значение имеет формирование (восстановление) личностной мотивации профессиональной деятельности и жизненной активности больного. Во взаимодействии с пациентом психолог стимулирует проявления его творчества и инициативы, создавая во взаимодействии с больным условия его самоактуализации и личностного роста.

Ещё одной стороной более полной социально-трудовой адаптации пациента является работа по изменению общественного мнения о нём у здорового микросоциального окружения. Психологический аспект этой проблемы предусматривает целенаправленную работу с окружением пациента по изменению системы доминирующих житейских отношений и преодолению предрассудков в отношении психических расстройств и психически больного человека. На конкретных примерах разъясняются характер поведения и особенности личностного реагирования пациента, подчёркиваются возможные ресурсы ближайшего окружения пациента в его социальной поддержке.

Таким образом, к практическим задачам деятельности клинического психолога в реабилитационном центре или отделении относятся:

- психодиагностическое обследование пациентов в целях дифференциальной диагностики, прогноза и разработки программ терапии и социально-трудовой реабилитации;
- психодиагностическое обследование для выявления динамики психологической составляющей состояния пациента, что позволяет определить индивидуальные факторы эффективности социально-трудовой реабилитации;
- психодиагностическое обследование с целью оценки степени и структуры нарушений психического функционирования при проведении социально-трудовой реабилитации;
- психологический анализ особенностей семейной жизни;
- разработка и проведение психокоррекционных мероприятий для реализации лечебно-реабилитационных режимов на различных этапах реабилитационного процесса, направленных на профилактику психологических последствий перенесённого психического

расстройства, преодоление изоляции, явлений госпитализма, развитие навыков взаимодействия, целеполагания, формирования жизненной перспективы;

- психологическое воздействие с целью оптимизации семейно-супружеских отношений;
- психологическая работа с микросоциальным окружением пациента на различных этапах реабилитации;
- формирование и актуализация социально-трудовых возможностей с их осознанием пациентом, выбор направления социальной и профессиональной адаптации.

1.8. Методы клинической психологии.

Соотношение экспериментально-психологического и клинико-психологического подходов при исследовании психических расстройств. Классификация методов клинической психологии. Номотетический и идеографический подходы в клинической психологии

В клинической психологии используется множество методов, позволяющих объективизировать, дифференцировать и квалифицировать различные варианты нормы и патологии. Выбор методики зависит от задачи, стоящей перед психологом, психического состояния больного, социокультурных, возрастных, гендерных особенностей пациента, степени сложности психического нарушения.

Для психологического исследования больных с психическими и поведенческими расстройствами используют два основных метода: клинико-психологический и экспериментально-психологический.

1. Клинико-психологический метод. В его основе лежит наблюдение. Кроме актуального наблюдения за больным в процессе лечения, реабилитации метод включает ретроспективный анализ поведения – сбор анамнестических данных, наблюдение в ходе специально организованной беседы/интервью, анализ характера и продуктов деятельности.

В широком понимании клинико-психологический метод позволяет изучать не болезнь, а больного, не столько классифицировать и диагностировать, сколько понимать и помогать. При этом он обращён как к настоящему, так и прошлому человека, так как личность не может быть понята вне процессов своего развития. Таким образом, клинико-психологический метод интегрирует всю доступную психологу информацию, относящуюся к генезу личности больного и патологических явлений.

Именно поэтому этот метод получил наибольшее распространение в современной клинической психологии, особенно в школе В. М. Бехтерева – В. Н. Мясищева, традиционно апеллирующей к личности больного и его социальному функционированию. Кроме того, этот метод вместе с экспериментально-психологическим, по существу, решает основные задачи диагностики личности не только в рамках медицины, но и в смежных областях, в частности в медицинской педагогике, профотборе, профориентации, социальной психологии и других.

Важнейшей особенностью клинико-психологического метода является то, что он принципиально содержит в себе основные возможности экспериментального подхода к исследованию личности, заключённые в личностных опросниках, проективных приёмах и даже в психофизиологических экспериментах, аналогом которых в клиническом методе является наблюдение за экспрессией человека. При клинико-психологическом исследовании каждый установленный факт может интерпретироваться в контексте всех сведений о больном, которыми располагает психолог, независимо от того, каким способом эти сведения получены. При этом интерпретация производится на основании не только полученной от больного информации, но и всех профессиональных знаний, всего личного жизненного опыта исследователя, необходимых для квалификации отдельных проявлений личности испытуемого и установления причинно-следственных связей (Л. И. Вассерман с соавт., 1994).

В руках опытного клинического психолога этот метод является идеальным диагностическим инструментом, позволяющим

получить информацию об испытуемом, отличающуюся как большой прагматической ценностью, так и высокой валидностью, но при недостатке квалификации неформализованный характер получаемых результатов может создавать почву для неоправданно расширительной трактовки данных, гипердиагностики, приписывания испытуемому нехарактерных для него особенностей (в том числе по механизмам проекции и контрпереноса – собственных личностных особенностей и эмоциональных состояний) (А. Анастаси, 1982).

2. Экспериментально-психологический метод подразумевает использование разного рода методов и методик диагностического обследования различных свойств и проявлений личности пациента. Экспериментально-психологическое исследование опирается на нестандартизованные (качественные) методы, нейропсихологические методы, патопсихологические методы, стандартизованные (количественные) методы, методы исследования интеллекта, методы исследования личности и психического состояния, проективные, психо-семантические методики.

Патопсихолог должен чётко представлять возможности используемых психодиагностических методов, и в первую очередь направленность метода, а также особенности техники, процедуры психодиагностического исследования. По этим двум основаниям А. Г. Шмелевым разработана более дифференцированная классификация психодиагностических методов.

Классификация психодиагностических методов по процедуре исследования:

- **Биографический метод.**

В деятельности клинического психолога данная процедура предстаёт в виде психологического анализа истории болезни. Психологический анализ истории болезни состоит из следующих основных компонентов:

- 1) изучение объективного анамнеза жизни исследуемого;
- 2) субъективного анамнеза жизни – по данным клинико-психологической беседы;

3) динамики психической деятельности исследуемого за время пребывания в стационаре (запись в дневниках дежурного медперсонала, дневниках истории болезни).

- **Наблюдение** осуществляется за больным во время проведения исследования.

- **Диалогические методы:** интервью и клиническая беседа.

Основные функции беседы – установление доверительного контакта с исследуемым, сбор биографических сведений, анализ субъективного отчёта о динамике психического состояния, смыслового восприятия ситуации и осмысления особенностей самосознания, личностных черт, особенностей характера, эмоционального реагирования, реакции на стресс, фрустрации, конфликтов и других свойств личности.

Наблюдение, осуществляемое непосредственно в процессе клинико-психологического обследования, связано с особенностями клинико-психологической беседы. Беседа строится обычно свободно и не директивно, неформализованно, но в ней обязательно должны присутствовать определённые компоненты. Наиболее важными из них является, во-первых, раскрытие информации, имеющей значение для дальнейшей работы с клиентом: анамнез жизни, особенности самосознания, динамика психического состояния, эмоционально-волевые проявления, отношение к ситуации исследования, лечению и тому подобное; во-вторых, моделирование в рамках беседы разных ситуаций диалогового взаимодействия с регистрацией поведения испытуемого.

Следует отметить, что эффективность наблюдения зависит от многих факторов, наиболее существенными из которых являются: квалификация психолога; личность испытуемого, например, легче наблюдать экстравертированных, нежели интравертированных испытуемых; природа черт личности (явные черты, такие как импульсивность, властность, оцениваются точнее, чем скрытые – такие как объективность-субъективность). Это обстоятельство определяет ещё одну необходимую функцию наблюдения – формулировку гипотез,

которые могут подвергаться экспериментальной проверке и требуют применения соответствующих методов исследования.

- **Стандартизованные тесты.**

Характеризуются стандартизацией процедуры диагностического обследования и ответных реакций испытуемого. В деятельности психолога обычно используются психометрические методы (типа тестов Векслера, Равена), позволяющие измерить уровень интеллектуального развития, классические патопсихологические методы исследования познавательных процессов – внимания, памяти, мышления (10 слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, классификация предметов, исключение понятий, исключение предметов, сравнение понятий, аналогии, счёт по Крепелину, корректурная проба Бурдона, отсчитывание, таблицы Шульте, Горбова-Шульте и другие) с акцентом на качественный анализ данных, отличающихся от нормативных.

- **Стандартизированные самоотчёты.**

1. Тесты-опросники. Опросники могут основываться на клинико-психологической типологии личности (ММР1), типологии черт личности (16-факторный опросник Кеттелла), характера (опросник Шмишека, ПДО А. Е. Личко), темперамента (опросник Стреляу, EP1 Айзенка, тест-опросник Русалова), отдельных черт личности и психических состояний (шкала алекситимии, агрессии Басса-Дарки, тревожности Спилбергера-Ханина).

2. Субъективное шкалирование. Примером может служить методика диагностики самооценки и уровня притязаний личности Дембо-Рубинштейна в адаптации Прихожан, семантический дифференциал Ч. Осгуда.

- **Проективные техники.**

1. Классическая словесная апперцепция. От испытуемых требуется дать вербальное описание достаточно неструктурированного неопределённого стимульного материала или составить на его основе рассказ (ТАТ, тест Роршаха, тест руки Вагнера и другие).

2. Проективное предпочтение. Методы, основанные на выборе испытуемым одного или нескольких из предлагаемых стимулов

(цветовой тест Люшера, тест Сонди, цветовой тест отношений А. Эткинда и другие).

3. Рисуночные тесты. Чаще всего используются рисунок человека, несуществующего животного, семьи, тест ДДЧ. Применяется достаточно унифицированная стандартизированная схема интерпретации.

4. Полупроективные тесты. К ним относят тесты, подразумевающие включение механизма проекции в процессе выполнения стандартных заданий (например, МПС Д. А. Леонтьева).

- **Анализ продуктов спонтанного творчества.** Применяется в тех случаях, когда в распоряжении эксперта-психолога есть рисунки, картины, литературные произведения испытуемого.

Классификация методов по объекту психодиагностики:

- **Индивидуально-психологические особенности:**

1. Темперамент (опросник Стреляу, опросник Айзенка).

2. Характер (опросник Шмишека, ПДО).

3. Черты личности (опросник Басса-Дарки, опросник Спилбергера-Ханина).

4. Многофакторные модели личности (опросник Кеттелла, ММР1).

- **Отдельные психические функции** (патопсихологические методы исследования внимания, памяти, мышления).

- **Функциональные и эмоциональные состояния** (тест Люшера).

- **Интеллект** (тест Векслера, тест Амтхауэра, прогрессивные матрицы Равена и другие).

- **Самосознание и самооценка** (репертуарные решётки Келли, шкалы самооценки по Дембо-Рубинштейн, методика Куна «Кто Я?», методика Ф. Хоппе).

- **Ценности, социальные установки** (тест Рокича, тест СЖО, МПС).

- **Эмоционально-мотивационная сфера** (ТАТ, тест Роршаха, тест Розенцвейга).

- **Саморегуляция** (УСК Роттера).

При выборе конкретных методов психодиагностики важно учитывать и такую характеристику тестов, как экологическая репрезентативность, то есть приближённость эксперимента к реальным условиям существования человека.

Так, если клинического психолога интересует общее интеллектуальное развитие испытуемого, то он будет применять методы, направленные на изучение уровня обобщения и абстрагирования, в то же время исследование проявлений мыслительных способностей в реальной жизни требует изучения и ориентировки испытуемого в практических ситуациях, общей осведомлённости.

При необходимости клинической диагностики испытуемого можно применять такие методы, как тест Роршаха с искусственным стимульным материалом, а для исследования взаимодействия личности с ситуацией более адекватными являются методики со стимульным материалом, близким к тому, с чем сталкивается человек в обыденной жизни, например, тест Розенцвейга выявляет особенности поведения испытуемых в конфликтных ситуациях, при фрустрирующих обстоятельствах; опросник Кеттелла построен на альтернативном выборе вариантов поведения в реальных жизненных ситуациях.

Несмотря на большое количество разнообразнейших инструментов диагностики, психологи остро ощущают нехватку психодиагностических методов и средств, необходимых для реализации так называемого личностного принципа, напрямую связанного с индивидуальным субъективным подходом диагноста к исследуемой личности. Современные психологи гораздо больше могут сказать о самом процессе мышления вообще, чем способны разобраться в мышлении конкретного человека; легко рассуждают о формировании и развитии личности гипотетического объекта и в то же время не могут достаточно достоверно описать и объяснить поведение конкретного человека в конкретном контексте и временном промежутке. Если на теоретическом уровне разрабатываются принципы и методы целостного многостороннего анализа, то практическая психодиагностика, отставая от теоретических моделей, пока

лучше приспособлена к работе с выделенными функциями, выборками, нормами и так далее, а не с человеком как целостной и уникальной личностью. К сожалению, в большинстве подходов научный анализ включает общее и типичное для людей, и мало уделяется единичному и уникальному в личности человека. Для того, чтобы подчеркнуть значимость изучения единичного, конкретного случая, различными психологами вводятся понятия клинической психодиагностики, личностного принципа, индивидуально-ориентированного подхода и других.

В приведённых противоречиях в изучении личности речь идёт о двух основных подходах к измерению и распознаванию психологических особенностей человека: номотетическом и идеографическом.

Номотетический подход подразумевает познание личности, целью которого является установление общего, имеющего форму закона. Виндельбанд утверждал, что поскольку научное изучение и рассуждение совершаются в форме понятий, ближайшим и самым важным интересом логики всегда останутся исследование сущности, анализ и применение категорий общего. Исследователь, озабоченный поиском законов, стремится от констатации частного случая перейти к пониманию общей связи и для него отдельный объект наблюдения не имеет научной ценности. Он имеет в его исследовании значение объекта определённого класса, лишённого индивидуальных черт, которые интересны ему не как характеристики уникальной целостности этого объекта, а как выражение общей закономерности, объединяющей данный объект с множеством других. Знание этих законов даёт возможность предсказывать будущее состояние объектов и соответствующим образом воздействовать на ход вещей.

В отличие от номотетического, идеографический подход – это способ познания, целью которого является изображение объекта как единого уникального целого. Главной особенностью идеографического подхода является постижение индивидуального в его уникальности и неповторимости. Речь идёт об индивидуальности объекта, взятого именно в его целостности, а не в его частях, поскольку

целое не совпадает с суммой его частей. И результаты исследования, осуществляемого с помощью идеографического подхода, могут и должны резюмироваться в понятиях, имеющих индивидуальное, а не всеобщее содержание.

Номотетический и идеографический подходы различаются по нескольким основаниям. Во-первых, по-разному понимается объект измерения. Если в рамках номотетического подхода присутствует понимание личности как набора свойств, то идеографический подход представляет личность как целостную систему. Во-вторых, для каждого из подходов характерна разная направленность измерений: выявление и измерение общих для всех людей свойств личности для номотетического подхода и распознавание индивидуальных особенностей личности – для идеографического подхода. И, в-третьих, характер методов измерения в каждом из подходов различен по процессу и содержанию: стандартизированные методы измерения с одной стороны, и проективные методики и качественные техники – с другой.

Это противопоставление номотетического и идеографического подходов особенно сильно выражено в психодиагностике. Номотетическая диагностика, по сути, является сциентистской и нормографической, и конкретная личность, индивидуальность сводится в рамках этого подхода к набору определённых значений по нормативным общегрупповым шкалам. Такой подход, обладая полностью всеми недостатками количественных методов исследования, не способен удовлетворить все запросы практики. С другой стороны, диагностика, ориентированная на идеографические техники и предлагающая рассматривать личность как особую, неповторимую целостность, с точки зрения сциентистских традиций, трудно совместима с принципами истинно научного познания. Однако дело не в том, что принимать во внимание, только общее или только единичное, и чем руководствоваться при анализе исследуемого объекта. Здесь мы встречаемся со своеобразной шкалой диагностических задач. Диагностика стабильных и общих черт личности – область, наиболее разработанная на сегодняшний день и обеспеченная в основном

количественными методами измерения. В то же время диагностика уникальных и изменчивых свойств – наименее разработанная область, связанная с распознаванием индивидуальных особенностей личности и требующая реализации идеографического подхода как совокупности методов качественного анализа. И естественно, целостная диагностика должна описывать и общее, и особенное, уникальное в личностичеловека.

Контрольные вопросы

1. Перечислите основные направления клинической психологии и дайте их краткую характеристику.
2. Раскройте специфику методов клинической психологии.
3. Каковы основные направления практической деятельности клинического психолога?
4. Что изучает патопсихология? В каких областях практической медицины используют это направление?
5. Что изучает нейропсихология? В каких областях практической медицины используют это направление?
6. Раскройте основные направления психотерапии.
7. Какие расстройства называют психосоматическими?
8. Что изучает соматопсихология?
9. Какова история изучения психических отклонений?
10. В чём сходство и различие психотерапии, психологического консультирования, психологической коррекции?

Глава II.

Методологические проблемы клинической психологии

2.1. Проблема нормы и патологии. Норма как реально существующий устойчивый феномен. Границы между нормой и патологией: психопатология обыденной жизни, пограничные и транзиторные расстройства. Социокультурная детерминация представлений о норме. Релятивистские представления о норме. Норма как статистическое понятие. Адаптационные концепции нормы. Норма как идеал

Одной из ключевых теоретических и практических проблем современной клинической психологии является проблема психической нормы и патологии; практически при любых видах деятельности клинического психолога на первый план выступает квалификация изучаемого психологического феномена как нормального или патологического. «От решения этой проблемы, – отмечает А. Б. Холмогорова, – зависит стратегия психодиагностики, модели конкретных психических расстройств, цели и мишени помощи, основные практические выходы клинической психологии». С понятием нормы обычно взаимосвязано представление о здоровье, с понятием патологии – о болезни, которую необходимо лечить. Для того, чтобы заниматься психотерапией, психологическим консультированием или психологической коррекцией, психологу необходимо иметь ориентиры в отношении того, что считать нормальным, а что патологическим, от каких психологических характеристик клиента необходимо избавлять, а какие усиливать, формировать и развивать. Категории нормы и патологии, здоровья и болезни выступают основными векторами, задающими систему восприятия и критерии оценки состояния клиента в процессе консультирования, психологической коррекции и психотерапии. Диагностический этап необходимое звено, предшествующее любой психологической интервенции.

Прежде чем оказывать воздействие на человека, необходимо определить направление этого воздействия, опираясь на сильные, соответствующие представлению о норме, стороны его психической организации и нивелируя слабые, отвечающие представлениям о патологии. Диагностика предполагает квалификацию наблюдаемых у клиента психологических особенностей в терминах психологических (нормативных) или патопсихологических (болезненных) феноменов. Проблема здоровья и болезни, нормы и патологии становятся центральными не только в диагностическом, но и в коррекционном процессе.

В настоящее время в психологии всё ещё не существует единого представления о норме. Одним из ведущих источников заимствований в психологической науке является понятийный аппарат медицины, в частности, психиатрии, где понятие нормы традиционно существует в виде дихотомии «норма – патология». С точки зрения медицины, норма – синоним здоровья, равновесия всех жизненных процессов в организме; патология – синоним болезни, деструкции, дисгармонии. Существует также представление врачей о том, что норма – это оптимум функционирования и развития органов и систем организма; болезнь – это гипо-, гипер- или извращение функции органов и систем организма, проявляющиеся вовне, нарушающие его взаимодействие со средой обитания и препятствующие сохранению относительного постоянства его внутренней среды (гомеостаза).

Если проследить динамику психиатрических классификаций, то можно отметить, что у истоков психиатрии поиск дефиниции психического здоровья не был сформулирован в явном виде. Условный первый душевнобольной был выделен из массы окружающих его людей не потому, что тот, кто это сделал, знал, что такое психическое здоровье, а потому, что поведение этого условного больного резко отличалось от поведения других людей. Первым естественным основанием выделения душевных болезней были чисто внешние признаки, доступные восприятию наблюдателя. Выделяясь из общей массы поведенческих реакций популяции, они явились эмпирической основой формирования клинических разновидностей душевных болезней.

Эмпирический подход к отграничению душевных болезней в рамках неврологической науки (из которой выделилась в последующем психиатрия) состоял в наблюдении и описании крупных очевидных фрагментов нарушенной психической деятельности, приводившей её носителя в конфликт с социальным окружением. По мере накопления наблюдений описывались всё менее заметные для окружающих людей нарушения психической деятельности исследуемого индивида. От того, что априори подразумевалось под психическим здоровьем, отторгалась всё большая часть его содержания, перемещаемая в категорию душевного заболевания. В этом состоит суть нозоцентрического подхода, который получил своё признание с принятием идеи Э. Крепелина о выделении из массы психических расстройств отдельных психических заболеваний на основании триады признаков: клиника, течение и исход. Душевное заболевание Э. Крепелин определял как «закономерный биологический процесс, разделяющийся на несколько видов, имеющих каждый определённую этиологию, характерные физические и психические признаки, типическое течение, патолого-анатомическую основу и тесно связанный с самой сущностью процесса заранее предопределённый исход» (Ю. В. Каннабих, 2012). Подобную модель психического заболевания А. Б. Холмогорова относит к биологическим, а точнее, к соматическим моделям патологии.

Е. Ф. Бажин, Т. В. Корнева считают нозоцентрический подход практически оправданным, поскольку он концентрирует внимание на вопросах о наличии, отсутствии или степени возможности возникновения заболевания. По их мнению, нозоцентрический подход к оценке здоровья тесно связан с пониманием нормы как функционального оптимума, допускающего индивидуальные колебания. Нозологическая парадигма Э. Крепелина актуализировала проблему поиска границ не только между нозологическими формами психических болезней, но и между ними и психическим здоровьем. Поскольку пограничные состояния всё больше поглощались психиатрией через различного рода психопато-, неврозоподобные и иные

расстройства, то разграничение болезни и здоровья, нормы и патологии становилось ещё более проблематичным.

В этой связи стала появляться терминология, описывающая разнообразные промежуточные состояния между нормой и патологией, между здоровьем и болезнью. Не случайно вопрос о «границах душевного здоровья» поднимает ученик С. С. Корсакова П. Б. Ганнушкин, основоположник «малой, или пограничной» психиатрии. Так, С. Б. Семичов попытался обосновать понятие «предболезни», которое, по мнению автора, относится к области здоровья; под предболезнью С. Б. Семичов понимал дисфункциональное состояние, дезадаптацию, расстройство, которое ещё не получило качественных характеристик болезни. Со своей стороны Е. В. Шмидт и Ф. В. Бассин понимали «предболезнь» как «патологический процесс, ещё не имеющий клинического значения и могущий как перейти, так и не перейти в болезнь, то есть в состояние, которое обуславливает возникновение какой-то пусть минимально выраженной клинической картины». В такой формулировке чётко разделяются понятия патологии и болезни: патология представляется как нечто происходящее на уровне организма, в то время как болезнь выступает как внешнее проявление патологии, выражающееся в определённой клинической картине.

Применение модели переходных состояний имело свои теоретические последствия. В концепции непрерывности «здоровья – болезни» в качестве отправной точки стал применяться термин «абсолютное здоровье» как некоторая условная или идеальная норма. В сравнении с ней иные состояния здоровья предлагалось считать относительными или состояниями «практического здоровья». Это выделенное между здоровьем и болезнью звено позволяло вмещать не только предболезнь, но и состояния психической, психофизиологической и психосоматической дисгармонии, которые не переходят в болезнь, хотя являются почвой для развития временных болезненных (стрессовых) реакций. При таком подходе могут быть квалифицированы не только пограничные состояния болезни, но и пограничные состояния здоровья.

Продолжая разрабатывать проблему психической нормы, Всемирная организация здравоохранения выделила и описала различные уровни психического здоровья:

1. Уровень эталонного (идеального) здоровья, под которым понималась полная адаптация индивида, его гармоническое развитие, позитивная представленность всех критериев психического здоровья. На уровне эталонного здоровья не просматривалась вероятность возникновения каких-либо психических расстройств.

2. Среднестатистический уровень, при котором состояние показателей психики соответствовало популяционным показателям, с учётом пола, возраста, социального положения, социокультурных условий и прочего. На этом уровне допускалась вероятность возможных расстройств поведения и психики (например, в рамках кризисов индивидуального развития).

3. Конституциональный уровень, связанный с типологиями устройства психики и тела. На этом уровне допускалось существование групп риска, определяемых в связи с особенностями конституции.

4. Уровень акцентуаций как вариантов заострения черт характера человека, связанный с повышенной уязвимостью к определённым жизненным ситуациям.

5. Уровень предболезни, при котором отмечалось наличие отдельных симптомов психического расстройства.

Психопатологический подход в оценке нормы на практике был основан на представлении о том, что при отсутствии каких бы то ни было симптомов человек здоров. Однако следует отметить, что в разных культурах и в разные исторические периоды могут наблюдаться разные симптомы болезни, к тому же большинство условно здоровых людей имеют тем не менее хотя бы один какой-либо болезненный симптом.

Опираясь на понятийно-концептуальный аппарат медицины, психология тем не менее развивала и собственные психологические концепции здоровья и болезни.

Однако, как отмечают некоторые исследователи, большая часть данных, на которые опираются теоретические обобщения в современной

психологии, добыта посредством исследований, проведённых американскими и европейскими психологами, причём объектом этих исследований были преимущественно студенты американских университетов. В этой связи понятие нормы-патологии интерпретируется рядом исследований в конкретно-историческом контексте.

Д. Н. Овсяннико-Куликовский, акцентируя наиболее важные аспекты проблемы, отмечает, что психическая норма и патология историчны. В процессе развития культуры и её субъекта – человека – изменяется каждый член оппозиции, меняется и их соотношение. Для каждой данной эпохи есть своя мера разграничения и взаимосвязи нормы и патологии. По мнению автора, психика древних людей была глубоко дисгармоничной, ведь сдерживающие её «скрепы» и волевые ограничители были ещё слишком слабы. Такие душевные болезни, как истерия и эпилепсия, были широко распространены в Древнем мире. Учёный упоминает также «эпидемии танца» в средневековой Европе. В целом развитие культуры идёт, согласно Д. Н. Овсяннико-Куликовскому, в направлении от преобладания зверского в психике людей к постепенному её очеловечиванию. Так, глубокие психозы древних сменились более «мягкими», но не менее широко распространёнными формами психопатологии – неврозами. Прогресс в развитии человеческой психики сам по себе очень медленный к тому же осложняется, тормозится проявлениями атавизма, болезнями роста, тенденциями регресса, вырождения. Таким образом, получалось, что чуть ли не вся эволюция рода человеческого есть фактически «история его болезни».

О психическом выздоровлении «больного» можно говорить лишь применительно к двум–трём последним столетиям, когда в качестве регулятивов человеческого поведения стали, наконец, активно утверждаться наука и мораль. Перспектива дальнейшего поступательного развития человечества, отмечает автор, состоит в том, чтобы лучшие, «нормальные» достижения психики сохранить, закрепить и приумножить, а проявления негативные, разрушительно-патологические, зверские в максимальной степени нейтрализовать, если уж их нельзя искоренить полностью. У человека будущего

должна сформироваться «третья душа» – не односторонне-разумная и не односторонне-чувственная, а гармоничная, уравновешенная, синтетическая. В целом *культурально-релятивистский* подход полагает, что нормальное – то, что соответствует представлениям данной культуры о норме. Но существуют универсальные психические расстройства, например, старческое слабоумие, которые не зависят ни от культуры, ни от ранга и которые носят внеисторический характер.

В ходе становления и развития медицинской психологии был совершён целый ряд попыток вывести критерии психической нормы, в число которых включали соответствующую возрасту человека зрелость чувств, адекватное восприятие действительности, наличие гармонии между восприятием явлений и эмоциональным отношением к ним, умение уживаться с собой и социальным окружением, гибкость поведения, критический подход к обстоятельствам жизни, наличие чувства идентичности, способность планировать и оценивать жизненные перспективы.

Во многих случаях под психической нормой определяют то, насколько индивид адаптирован к жизни в социальной среде, насколько он продуктивен и критичен в жизни. Такой подход к определению нормы получил название *адаптационного*. В соответствии с адаптационным подходом, быть нормальным значит быть приспособленным, адаптированным. Э. Сиржиштева рассматривает норму и ненорму в связи с понятием «адаптация» (цитата по: Кащенко В. П. Педагогическая коррекция: Исправление недостатков характера у детей и подростков. М., 1994. 223 с.). При этом адаптация понимается ею, во-первых, как динамическое равновесие между организмом и средой, а во-вторых, как динамическое равновесие между психическими процессами и деятельностью человека. Для нормы, по мнению автора, характерным признаком является наличие жизненной цели; наличие устойчивых структурных черт личности в процессе её развития и тех черт, которые изменяются в процессе её развития. В целом Э. Сиржиштева говорит, что норма и ненорма – это всегда процесс, в ходе которого личность достигает или не достигает своего функционального оптимума (оптимума психического

функционирования). Таким образом, Сиржиштева рассматривает норму как процесс достижения личностью (био-психо-социальной единицей) функционального оптимума и динамического равновесия в реализации целей самосохранения, развития и самореализации.

Долгое время в медицинской психологии доминировал *статистический подход*, при котором 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. В этом смысле норма – некоторое среднестатистическое состояние, наиболее часто встречающееся в популяции. Например, большинство людей не боятся оказаться в замкнутом пространстве и вступают в гетеросексуальные контакты, следовательно, отсутствие таких страхов и отсутствие гомосексуальных контактов – это нормально.

При применении среднестатистического подхода в категорию патологии попадают не только слабоумные, но и гениальные, одарённые, талантливые личности, которых в популяции также мало. К патологическим будут неизбежно отнесены все случаи необычного, нестандартного, редко встречающегося поведения. Так, женщина, которая два раза в день чистит зубы своей кошке, будет считаться ненормальной только на том основании, что подавляющее большинство людей так не поступает.

Таким образом, статистический подход отсекает черты личности и формы поведения, за которыми может скрываться яркая индивидуальность, оригинальность, необычность, квалифицируя эту оригинальность в терминах психического расстройства. Очевидная ограниченность данного подхода состоит и в том, что к «болезненному», «патологическому» окажется отнесённым всё прогрессивное в эволюции психики и общественного сознания людей, поскольку

«носителями» этого прогрессивного на начальных этапах всегда являются единицы.

Исходя из приведённых соображений данный подход применяется сегодня в ограниченном числе случаев, однако остается всё ещё достаточно распространённым на практике, как в рамках оказания профессиональной помощи населению, так и в массовом сознании людей.

Идеологический подход предлагает другое направление в разработке понятия нормы. Нормой можно считать некоторый идеальный образец состояния человека, к которому должны в той или иной мере стремиться все люди, и к которому психолог должен вести своего клиента в процессе консультирования. Проблема нормы-норматива, как отмечают Н. В. Репина, Д. В. Воронцов и И. И. Юматова, связана с проблемой выбора нормативной группы – людей, чья жизнедеятельность выступает в качестве стандарта, по которому измеряется эффективность уровня функционирования организма и личности. В зависимости от того, кого наделенные властью специалисты (психиатры или психологи) включают в нормативную группу, устанавливаются различные границы нормы.

В качестве примера можно привести перечень психологических характеристик, предложенных А. Маслоу на основе изучения биографий наиболее успешных в Америке людей. С точки зрения А. Маслоу, идеальная, эталонная норма – это человек самоактуализирующийся. Самоактуализирующаяся личность характеризуется следующими параметрами: эффективное восприятие реальности, устойчивость к тому, что воспринимается; принятие себя, других, природы; отсутствие стыда, вины, тревоги (как постоянных, гнетущих чувств); непосредственность, простота, естественность; центрированность на цели; независимость и наличие потребности в уединении от суеты; автономия, то есть независимость от культуры и окружения; наличие ответственности за свою судьбу; спокойное отношение к социальным поощрениям; свежесть восприятия, открытость новым впечатлениям, умение радоваться жизни; вершинные переживания, состояния подъёма и экстаза; глубокие межличностные

отношения; разграничение целей и средств; философское чувство юмора, склонность смеяться скорее над собой, чем над другими; сопротивление «окультуриванию», устойчивая просоциальная направленность.

Следует отметить, что подобное многообразие характеристик, дифференцирующих норму и патологию, ограничивает возможности их использования в диагностической практике. При этом также возникают определённые трудности при попытке экстраполировать данные, полученные на субъективно составленной выборке «самоактуализировавшихся личностей», на выборку обычных людей, не обладающих соответствующими ресурсами в виде власти, денег, высокого интеллекта, выраженных способностей, социальных связей и поддержки. Применение идеологического подхода к определению нормы также носит частный, ограниченный характер. Процесс оценки психологического состояния (статуса) индивида очень часто приобретает скрытый политический и подверженный идеологическому влиянию характер, поскольку в конечном итоге критерием оценки оказывается система ценностей, доминирующая в обществе или в сознании отдельно взятой группы людей.

Феноменологический подход получает всё большее распространение в психологии и психиатрии. В своей книге «Клиническая и медицинская психология» В. Д. Менделевич (1998) приводит несколько основополагающих принципов разграничения психологических феноменов и психопатологических феноменов, базирующихся на феноменологическом подходе к оценке нормы и патологии. В качестве первого принципа автор цитирует принцип Курта Шнайдера, который говорит о том, что «в связи с возможностью полного феноменологического сходства психической болезнью (психопатологическим симптомом) признаётся лишь то, что может быть таковой доказано». Для этого необходимо, наряду с критерием доказанности (достоверности) ввести ещё один критерий из области логики – критерий вероятности, считает В. Д. Менделевич. Доказательство, согласно принципу Курта Шнайдера, базируется на двух логиках: оценке логики поведения и объяснения этого поведения

испытуемым и логике доказательства. Ещё одним принципом, которому следует научная диагностика, является принцип презумпции психической нормальности. В соответствии с этим принципом человек изначально для всех является психически здоровым, пока не доказано противное, и никто не вправе требовать от него подтверждения этого очевидного факта.

Феноменологический подход в диагностике использует принципы понимающей, а не описательной психологии. За одним и тем же переживанием может скрываться как психологически понятный феномен-признак, так и психопатологический симптом. С этой точки зрения, не существует однозначно патологических психических переживаний. Каждое из них может относиться как к нормальным, так и к аномальным. Поскольку мы никогда не в состоянии непосредственно воспринимать чужое психическое таким же образом, как и физическое, речь может идти, по мнению К. Ясперса, лишь о представлении, вчувствовании, понимании, достижимых посредством перечисления ряда внешних признаков психического состояния и условий, при которых оно возникает, чувственного наглядного сравнения и символизации. Именно поэтому К. Ясперс отводил такую роль самоописаниям больных, а также развёрнутым историям болезни, где необходимо давать отчёт о каждом психическом феномене, о каждом переживании, не ограничиваясь общим впечатлением и отдельными, специально выбранными деталями.

Использование феноменологического метода в диагностическом процессе, по Ю. С. Савенко, должно включать восемь применяемых последовательно принципов:

1. Рассмотрение самого себя как тонкого инструмента, органа постижения истины. Убеждение в необходимости для этого чистой души.

2. Особая установка сознания и всего существа: благоговейное отношение к Истине и Природе, трепетное – к предмету постижения.

3. Боязнь не то что навязать, даже привнести что-то инородное от себя, замутнить предмет изображения, исказить его. Отсюда задача: не доказать своё, не вытянуть, не навязать, не выстроить, а – забыв себя, отрешившись от всех пристрастий – войти в предмет

изображения, раствориться в нём и уподобиться ему, и, таким образом, не построить, а обнаружить, то есть адекватно понять, постичь. Этому служит «очищение» от всех теорий и гипотез, от всех пристрастий и предубеждений, от всех данных науки, «сколь бы очевидными они ни были». Временная «приостановка веры в существование» всех этих содержаний, отключение от них высвобождает феномены из контекста нашей научной картины мира, а затем и повседневного образа жизни, «сохраняя при этом их содержание в возможно большей полноте и чистоте».

4. «Феноменология начинается в молчании», внутренней тишине, забвении всего не относящегося к данному акту постижения, отключении от круговерти собственных забот.

5. Полное сосредоточение внимания на предмете, точнее, на его «горизонте», то есть не только моменте непосредственного восприятия, но всех «до» и «после», всех скрытых, потенциальных, ожидаемых сторонах предмета, то есть на предмете, взятом во всём его смысловом поле.

6. Далее следует процедура «свободной вариации в воображении», в которой совершается совершенно произвольная модификация предмета рассмотрения в различных аспектах посредством мысленного помещения его в разнообразные положения, ситуации, лишения или добавления различных характеристик, установления необычных связей, взаимодействия с другими предметами и так далее. Задача – уловить в этой игре возможностей инвариантность варьируемых признаков. Этим достигается усмотрение сущности в виде конституирования феномена в сознании в ходе постепенной «кристаллизации» его формы. Это и есть «категориальное созерцание».

7. По словам Э. Гуссерля, «лишь тот, кто испытал подлинное изумление и беспомощность перед лицом феноменов, пытаюсь найти слова для их описания, знает, что действительно значит феноменологическое видение. Поспешное описание до надёжного усмотрения описываемого предмета можно назвать одной из главных опасностей феноменологии». В связи с частой уникальностью описываемого используется описание через отрицание, описание через

сравнение (метафоры, аналогии), описание через цитирование и передачу целостных картин поведения.

8. Истолкование скрытых смыслов, герменевтика.

Ещё один возможный подход к определению нормы представлен в трудах ряда неопсихоаналитиков. По мнению Э. Фромма, можно выделить следующие характерные черты нормы: продуктивная деятельность, то есть созидание; связь человека с внешним миром через эмоции и переживания; постижение объективной реальности своим интеллектом; осознание собственной неповторимости при наличии связи с ближними и с другими людьми; отсутствие признания иррациональных авторитетов, но охотное подчинение рациональным; постоянное возрождение нормального человека; нормальный человек смотрит на жизнь как на величайшее из дарованных ему благ. Выделяют ещё такие характеристики «нормальной» личности как стремление к общему, а не личному благу, развитое чувство юмора, склонность скорее любить, чем ненавидеть, стремление быть принятым, а не доминировать.

В число норм-нормативов включаются также в качестве частного случая функциональные нормы, социальные нормы и индивидуальные нормы.

Функциональные нормы оценивают состояния человека с точки зрения их последствий (вредно или полезно) либо возможности достижения определённой 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 ок-

ружения состояние, учитывающее работоспособность и возможности самореализации конкретного человека. Так, В. Е. Каган отмечает, что индивидуальная норма, по существу, есть индивидуальная мера отклонения от физиологической, статистической и идеальной норм, свойственных данному конкретному человеку. М. Перре, У. Бауманн отмечают, что «когда состояние человека классифицируют больше не являющимся нормальным, то, как правило, за основу берут его собственную *субъективную норму*».

Индивидуальная норма имеет особенно большое значение на практике и может использоваться для оценки изменения психического состояния пациента под воздействием формирующегося заболевания или проводимой терапии, позволяя оценить её эффективность.

Как правило, оценка соответствия норме проводится в отношении когнитивных, эмоциональных, мотивационно-волевых компонентов психических явлений. Так, например, в клинической психологии существует давняя традиция выявления эмоциональных «факторов риска» для возникновения психосоматической и пограничной нервно-психической патологии. Эмоции человека выполняют важную адаптивную функцию, определяя в каждом конкретном случае целесообразность и интенсивность взаимоотношений с окружающим миром. В то же время при крайней степени интенсивности или продолжительности эмоционального переживания эмоции могут, нарушая гомеостатическое равновесие, играть дезадаптивную роль. Показано, что интенсивные переживания страха и тревоги, враждебности и агрессивности, депрессии и печали могут спровоцировать начало самых различных патологических процессов в организме.

В последнее время в современной литературе вводится понятие так называемой негативной аффективности, или склонности испытывать отрицательные эмоции и создавать негативную «Я-концепцию», включающую в себя три наиболее значимых эмоционально-негативных переживания: тревога, депрессия и враждебность, наиболее часто возникающие у пациентов психиатрических и соматических клиник под воздействием стресса. Понятие

негативной аффективности также, как и понятие поведенческого типа «А», возникло в результате практической работы с пациентами клиники, переживающими стресс в ситуации хронического соматического заболевания. Оно отражает устойчивые индивидуальные отличия в негативной эмоциональности и «Я-концепции». Люди с высокой негативной аффективностью чаще испытывают дистресс, дискомфорт и неудовлетворённость; они в большей степени склонны к самоанализу и чаще фиксируются на своих неудачах и недостатках, а также чаще обращают внимание на негативные стороны мира и поэтому относятся к себе хуже и меньше удовлетворены собой и жизнью в целом. Основная черта феномена негативной аффективности состоит в том, что она проявляется даже тогда, когда жизненные обстоятельства в целом благоприятны для человека. В разные периоды времени и в разных условиях люди с высокой степенью негативной аффективности испытывают больше дистресса и неудовлетворённости, в отличие от тех, у кого низкий уровень негативной аффективности.

В структуру негативной аффективности входят тревога, депрессия и враждебность.

Тревога – эмоция, направленная в будущее, связанная с ожиданием возможных неудач, планирование, прогнозирование неуспеха. В общем, тревога тесно связана с боязнью будущего. Она имеет тенденцию к нарастанию с ростом неопределённости ситуации для личности.

Депрессия, преимущественно направленная в прошлое, характеризуется утратой жизненной перспективы с дефицитом планирования.

Враждебность, связанная с неприятием настоящего, выражается в навике нападения, разрушения, в противостоянии, конфронтации и конкуренции со всем окружающим.

Состояния тревоги, депрессии и враждебности тесно взаимосвязаны и часто сопровождают друг друга так, что при работе с больными приходится иметь дело всегда со смешанными состояниями: с депрессией, включающей в себя элементы агрессии и выраженные в большей или меньшей степени тревожные переживания,

с фобией, включающей, как правило, также и депрессивные расстройства, часто с агрессивно-дисфорическим оттенком, с агрессивностью и враждебностью, окрашенной тревогой или переживаниями депрессивной печали и отчаяния. Взаимосвязанность всех трёх составляющих негативной аффективности обусловлена сходством физиологического обеспечения с определённым соотношением серотонина, норадреналина, кортизола и ацетилхолина. На психологическом уровне функционирования все три компонента характеризуются сходными чертами: снижением самооценки, неустойчивостью уровня притязаний и локуса контроля; на социально-психологическом уровне функционирования – снижением эффективности межличностного взаимодействия с повышенной зависимостью от мнения окружающих, низкой фрустрационной толерантностью, склонностью к внутриличностным и межличностным конфликтам.

Компоненты негативной аффективности можно рассматривать с позиции статистической нормы. Негативный аффект в крайних диапазонах значений – при минимальной и максимальной выраженности – оказывает на психическую деятельность дезорганизующее, дезадаптивное воздействие. В среднем диапазоне значений компоненты комплекса негативной аффективности, напротив, выполняют адаптивную функцию: умеренная тревога квалифицируется как адаптивная чувствительность к опасности; лёгкий уровень депрессии выражается в лишённом иллюзий реализме с активизацией интеллектуальных процессов без смягчающей тенденции к формированию индивидуальных мифов; незначительно повышенная агрессивность обеспечивает самосохранение личности, её способность к самозащите, конкурентоспособность. В этом случае все три эмоционально-негативных переживания приобретают конструктивное психологическое содержание и становятся значимым ресурсом личности, повышающим способность к адаптации. Однако адаптивная норма эмоциональной реакции, которая носит средне-статистический характер, не всегда применима при оценке индивидуальных реакций людей на стресс.

Полученные в экспериментально-психологических исследованиях результаты позволяют говорить о том, что индивидуальная норма отражает «психофизиологическую цену» реакции на стресс у здоровых, а у больных – степень изменения психофизиологических функций при воздействии болезни.

Однако, теоретически рассуждая с позиций индивидуальной нормы, можно прийти к выводу о том, что она также применима в ограниченном числе случаев: если принять индивидуальную норму за показатель психического благополучия, то окажется, что для невротика невротические реакции являются нормальными; для психопата нарушения поведения квалифицируются в качестве нормальных; для депрессивного субъекта нормальным является стремление к самоубийству.

Поэтому при оценке «нормальности» любого психологического феномена следует, по-видимому, использовать интегративную, многомерную норму, в которой измерялась бы и степень отклонения изучаемого феномена от обычного индивидуального значения у конкретного человека (индивидуальная норма) и степень его отклонения от среднестатистического значения в популяции (среднестатистическая норма) с учётом культурально-исторических различий («идеологическая» норма), современных требований общества, обеспечивающих адаптивность.

2.2. Проблема развития, регресса и распада в клинической психологии. Проблема соотношения развития и распада в клинической психологии. Распад как негатив развития. Роль компенсации при распаде

Проблема соотношения распада и развития психики имеет большое значение для теории психологии и психиатрии, для понимания строения психической деятельности человека.

Г. Е. Сухарева неоднократно указывала на необходимость эволюционно-биологического подхода при разрешении теоретических вопросов. Л. С. Выготский, уделивший много внимания проблеме

развития и созревания психики ребёнка, подчёркивал, что для правильного освещения этой проблемы необходимы знания данных о распаде психики. Он говорил при этом, что когда речь идёт о развитии и созревании человека, то применяемый к животным генетический подход не может быть просто продолжен, так как при переходе к человеку законы биологической эволюции уступают место закономерностям общественно-исторического развития. И если развитие психики животных направлено на повышение адаптивных возможностей организма в меняющихся условиях естественной среды обитания, то генезис человеческой психики по большей части обеспечивает повышение адаптивности в социальной среде. В ходе развития происходит интериоризация социального опыта, усвоение норм, ценностей культуры, в которой происходит развитие личности.

Возникает вопрос: может ли проблема соотношения распада и развития психики решаться в психологии так же, как и в биологии.

Как известно, исследованиями в области патологической анатомии и цитоархитектоники установлено, что при болезнях мозга прежде всего поражаются молодые, то есть филогенетически наиболее поздно развившиеся, образования коры головного мозга.

Экспериментальные исследования И. П. Павлова и его сотрудников на животных подтверждают положение о том, что при патологии раньше всего нарушается то, что было приобретено позднее. Так, приобретённые условные рефлексy разрушаются при болезнях мозга значительно легче, чем безусловные. Дальнейшими исследованиями в области физиологии высшей нервной деятельности установлено, что поражение более поздних в филогенетическом отношении образований влечёт за собой ослабление их регулирующей роли и приводит к «высвобождению» деятельности более ранних.

Из этих данных нередко делается вывод, что при некоторых болезнях мозга поведение и действия человека совершаются на более низком уровне, соответствующем якобы определённому этапу детского развития. Исходя из концепции о регрессе психики душевнобольного человека на более низкий в онтогенетическом отношении уровень, многие исследователи пытались найти соответствие между

структурой распада психики и определённым этапом детства. Так, ещё в своё время Э. Кречмер сближал мышление больных шизофренией с мышлением ребёнка в пубертатном возрасте.

Выступивший на XVIII Международном конгрессе психологов (1966 г.) известный швейцарский учёный Ж. де Ажуриагерра тоже отстаивал точку зрения о регрессе психической деятельности душевнобольного человека на онтогенетически более низкий уровень развития.

В основе этих взглядов лежит идея о послыном распаде психики от её высших форм к низшим. Материалом, питающим эти представления, были следующие наблюдения: 1) при многих заболеваниях психики больные перестают справляться с более сложными видами деятельности, сохраняя при этом простые навыки и умения; 2) некоторые формы нарушений мышления и способов поведения больных по своей внешней структуре действительно напоминают мышление и поведение ребёнка на определённом этапе его развития.

Однако целый ряд исследований, проведённых как отечественными нейропсихологами и физиологами, так и их зарубежными коллегами, показывает примитивность и несостоятельность подобных суждений. Так, А. Р. Лурия показал, что распад и регресс при разного рода психических отклонениях нередко начинается и бывает обусловлен нарушениями в сфере элементарных психических функций (например, простейших сенсорных актов).

Даже в случае нарушений высших, позднее сформированных психических функций, зачастую можно говорить лишь о поверхностном сходстве, лишь о внешней аналогии.

Рассмотрим несколько примеров. Начнём с нарушения навыков, поскольку их онтогенетическое формирование выступает особенно чётко. Данные С. Я. Рубинштейн, исследовавшей распад различных навыков – письма, чтения, привычных действий у психически больных позднего возраста – выявили их различную структуру.

При заболеваниях сосудов головного мозга без очаговой симптоматики наблюдались дискоординация, прерывистость действий и парапраксии, неловкость движений, то есть отмечались

те нарушения, которые вызываются огрубевшей и запаздывающей корковой регуляцией сложных моторных актов.

У больных, страдающих болезнью Альцгеймера, проявляющейся дегенеративными, атрофическими процессами в головном мозге, выявляется утеря двигательных стереотипов (письма, чтения), выпадение сложных человеческих умений, обусловленное потерей прошлого опыта. Никаких компенсаторных механизмов у них выявить не удавалось, в то время как нарушения навыков у больных сосудистыми заболеваниями мозга выступали «в обрамлении» компенсаторных механизмов (которые в свою очередь усложняли картину нарушений). Следовательно, распад навыков носит сложный характер. В одних случаях его механизмом является нарушение динамики, в других – нарушение компенсаторных механизмов, в некоторых – нарушается сама структура действия. При всех этих формах нарушений навыков не был обнаружен механизм действия, напоминающий этап развития навыков у ребёнка.

К этому же выводу приводит анализ различных форм нарушений мышления. Обратимся к тем формам патологии мышления, которые были нами обозначены как снижение уровня обобщения. Больные (в основном с грубыми органическими поражениями мозга) могли, действительно, в своих суждениях и действиях напоминать детей младшего школьного возраста. В суждениях подобных больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях при выполнении ряда экспериментальных заданий, таких как классификация предметов. Они руководствуются конкретно-ситуационными признаками и свойствами предметов. Обобщённые формы систематизации понятий заменяются конкретными, ситуационными связями.

При поверхностном взгляде мышление этих больных является в известной мере аналогом мышления детей-дошкольников, которые тоже опираются на образно-чувственные связи.

Однако при более глубоком анализе вскрывается качественное отличие мышления слабоумного больного от мышления ребёнка. Слабоумный взрослый больной не в состоянии овладеть системой

новых связей, установить при выполнении умственных заданий непривычные для него отношения между предметами, в то же время он владеет запасом прежних знаний, навыков, которыми он оперирует. Ребёнок, не обладая запасом знаний, широким кругом связей, легко образует новые понятия, легко овладевает новой системой знаний. Круг ассоциации ребёнка в процессе его обучения быстро расширяется, его знания об окружающем мире постепенно увеличиваются и усложняются. Хотя мышление дошкольника действительно охватывает лишь малую часть явлений, однако в ходе практической жизнедеятельности ребёнка оно постоянно совершенствуется; благодаря мощной ориентировочной деятельности, общению с окружающими людьми ребёнок быстро усваивает самые различные знания о предметах, накапливает и синтезирует их. Ребёнок, даже умственно отсталый, принципиально всегда обучаем, в то время как дементный больной не обучаем. Несмотря на внешнее сходство структуры мышления взрослого слабоумного и ребёнка, она по существу качественно различается.

Нередко проводится аналогия между тем патологическим состоянием, которое может быть названо откликаемостью больного и отвлекаемостью маленького ребёнка. Больные с откликаемостью не в состоянии стойко действовать в направлении намеченной цели. Любой объект, любой раздражитель к больному адресованный вызывает повышенную реакцию с его стороны.

Подобная откликаемость взрослых больных является отклонением от нормального поведения. В окружающей среде всегда имеются объекты, раздражители, из которых нормальный психический процесс отбирает нужные и отвлекается от посторонних, нарушающих стройное течение мысли. У описанных же больных любой объект может выступить в качестве сигнального раздражителя и направить их мысли и действия.

Откликаемость взрослых больных может напоминать отвлекаемость детей младшего возраста, которые тоже отвлекаются на любые раздражители. Сторонники взгляда, что болезненные явления представляют собой регресс на более ранние ступени развития,

могли бы, казалось, найти в этом феномене подтверждение своих взглядов. В действительности генез отвлекаемости ребёнка совершенно иной. В её основе лежит мощная ориентировочная деятельность, то есть высокая степень бодрственной коры, поэтому отвлекаемость ребёнка обогащает его развитие, она даёт ему возможность образовать большое количество связей, из которых вырастает потом человеческая целенаправленная деятельность. Откликаемость больных является следствием снижения бодрственности коры, она не только не обогащает их умственную деятельность, но, наоборот, способствует разрушению её целенаправленности.

И наконец, можно было бы провести аналогию между поведением некритичного больного (например, больного прогрессивным параличом) и беззаботным поведением детей. Однако и в данном случае речь идёт лишь о чисто внешней аналогии. Поведение ребёнка в том отношении бездумно, что он не может в силу маленького объёма своих знаний предусмотреть результат своих действий; причинно-следственные отношения между явлениями для него ещё не выступают, поэтому его действия кажутся бесцельными. В действительности это не так. Цели, которые преследует дитя, ограничены, они не включены в более общую сложность цепь отношений; однако эта ограниченная цель у маленького ребёнка существует, всякое его действие обусловлено потребностью (пусть элементарной) и в этом смысле оно всегда мотивировано, целенаправленно. Эти цели быстро меняются, поэтому его действия кажутся кратковременными манипуляциями.

Иначе обстоит дело у взрослых некритичных больных. Согласно множественным эмпирическим данным, действия больных недостаточно обуславливались личностными установками и намерениями. Нарушение целеполагания и побудительно-волевой сферы приводило у больных к тому, что цель не направляла активность (в таком случае не вполне корректно говорить о деятельности, представляющей собой целенаправленную активность), критическая оценка собственных действий у них отсутствовала. Таким образом, и эти

формы нарушения поведения лишь внешне напоминают структуру поведения ребёнка на определённом этапе его развития.

Психологический анализ клинического материала показывает, что структура поведения и мыслительной деятельности взрослого больного не соответствует структуре поведения и мышления ребёнка.

Если обратиться к закономерностям развития психических процессов по этапам детства (младенчество, преддошкольный (раннее детство), дошкольный, младший, средний, старший школьный возраст и так далее), с одной стороны, и к формам распада – с другой, легко увидеть, что ни одна из болезней не приводит к построению психических особенностей, свойственных этим этапам.

Такое положение вещей вытекает и из общих положений советской психологии. Психическая деятельность возникает рефлекторно на основе прижизненно формирующихся общественно обусловленных связей в результате воспитания, обучения и общения.

Советские психологи (А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия) неоднократно подчёркивали, что материальным субстратом высших психических функций являются не отдельные корковые участки или центры, а функциональная система совместно работающих корковых зон. Эти функциональные системы не созревают самостоятельно при рождении ребёнка, а формируются в процессе его жизнедеятельности, лишь постепенно приобретая характер сложных, прочных межфункциональных связей. А. Н. Леонтьев предлагает (вслед за А. А. Ухтомским) обозначить их как «функциональные органы». Развивая эту концепцию, Б. Г. Ананьев создал свою теорию функциональных систем, раскрывающую основные принципы развития и функционирования высших мозговых структур.

Приведённые выше теоретические и эмпирические положения доказывают: психические процессы и свойства личности лишь сопровождаются, но не являются на 100 % результатом созревания отдельных участков или зон мозга. Они складываются в онтогенезе и зависят от образа жизни ребёнка.

Психическая болезнь протекает по биологическим закономерностям, которые не могут повторить закономерности развития.

Даже в тех случаях, когда она поражает наиболее молодые, специфически человеческие отделы мозга, психика больного человека не принимает структуру психики ребёнка на ранней ступени его развития. Тот факт, что больные утрачивают возможность думать и рассуждать на более высоком уровне, означает лишь, что ими утрачены более сложные формы поведения и познания, но подобная утрата не означает ещё возврата к этапу детства. Распад не является негативом развития. Разные виды патологии приводят к качественно различным картинам распада.

Данные распада психической деятельности могут оказаться полезными при освещении вопроса о социальном и биологическом в развитии человека. Ряд исследователей, вслед за Э. Кречмером, считают, что психические заболевания приводят к «высвобождению» врожденных инстинктов (агрессивных тенденций) и биологических «низших» потребностей, что деградация личности означает некое «высвобождение» биологических (наследственных) потребностей. Приведённый в главе IV материал показал, что нарушение личности заключается не в освобождении биологических потребностей (потребность в алкоголе или никотине не является ни органической, ни врождённой по своему происхождению), а в распаде строения потребностей, сформировавшихся прижизненно. Деградация личности состоит в том, что меняется строение самой общественно обусловленной потребности: она становится менее опосредованной, менее осознанной, теряется иерархическое построение мотивов, меняется их смыслообразующая функция, исчезают дальние мотивы. Анализ нарушений строения мотивов при некоторых заболеваниях может служить дополнительным аргументом к словам А. Н. Леонтьева, а именно, что человек «отнюдь не ограничивается тем, что удовлетворяет свои потребности, заложенные неизвестно сколько миллионов лет назад. Он действует ради достижения целей, часто очень далёких от первичных биологических потребностей».

Резюмируя, следует подчеркнуть, что психологический анализ различных форм нарушений деятельности психических больных является ценным материалом, который должен быть учтён при

построении психологической теории, особенно при изучении столь сложного вопроса, как строение потребностно-мотивационной сферы человека. Сказанное отнюдь не означает, что следует выводить закономерности развития и формирования мотивационной сферы здорового человека из закономерностей развития мотивов и личностных особенностей больного, как это делается в ряде зарубежных теорий личности. Наоборот, патологический материал показывает различие в иерархии и смыслообразовании мотивов больного и здорового человека. Исследование аномалий побудительной и когнитивной сферы доказывает общее положение советской, деятельностной психологии, что формирование любой формы деятельности не вытекает непосредственно из мозга, а проходит длинный и сложный путь прижизненного формирования, в котором восприятие естественных свойств и отношений предметов и явлений соотносится и опосредуется общественным опытом и социальными ценностями, нормами и установками.

2.3. Внутренняя картина болезни. Аллопластическая и аутопластическая картины болезни. Сенситивная и интеллектуальная аутопластическая картины болезни

При оказании психологической помощи важными являются представления самого больного о заболевании. Именно поэтому в соматопсихологии столь большое внимание уделяется внутренней картине болезни.

Понятие внутренней картины болезни введено известным отечественным терапевтом Р. А. Лурия в 1935 г. Он показал узость противопоставления субъективных жалоб и объективных симптомов и предложил более широкие и непротивопоставляемые понятия – внешнюю и внутреннюю картины болезни.

Под внешней картиной болезни Р. А. Лурия понимал признаки заболевания, которые можно получить всеми доступными врачу объективными методами исследования. Р. А. Лурия развивал идеи

А. Гольдштейна об «аутопластической картине заболевания» как субъективном компоненте общей картины соматического заболевания.

Аутопластическая картина болезни – это собственно внутренняя картина болезни, которая содержит «сенситивную часть» (сумму всех ощущений связанных с патологией), и «интеллектуальную часть», созданную мышлением больного, то есть сумму переживаний и представлений самого больного о своей болезни, её причинах и возможном исходе.

Аутопластическая картина болезни надстраивается над аллопластической картиной болезни. Аллопластическая картина болезни – сумма функциональных и органических патологических изменений, связанных с развитием и динамикой заболевания, иными словами, это объективные проявления болезни. Наряду с объективно обнаруженными изменениями и связанными с ними ощущениями, обширная зона психической активности заболевшего человека начинает фокусироваться на страдании. В результате многочисленных исследований образовался целый ряд терминов, определяющих отражение болезни в психике человека. В. Н. Мясищев (1935) – «отношение к болезни», Е. А. Шевалев (1936) и В. В. Ковалев (1972) – «переживание болезни», Е. К. Краснушкин (1950) и Л. Л. Рохлин (1972) – «сознание болезни», С. С. Либих (1977) – «концепция болезни», Н. Д. Лакосина и Г. К. Ушаков (1976) – «реакция на болезнь».

Под внутренней картиной болезни (Р. А. Лурия, А. В. Квасенко, Ю. Г. Зубарев и другие) понимают переживания, сложное сочетание ощущений, представления, идеи человека под воздействием заболевания. Став фактом осознания, аллопластическая объективная картина болезни (отражает функциональные и органические изменения, связанные с заболеванием) с неизбежностью начинает подчиняться и законам субъективного. Внутренняя картина болезни не является «калькой» аллопластической и не всегда совпадает с ней. Болезнь приобретает для пациента свой психологический смысл. Д. Липовски изучает следующие типы реакций на информацию о заболевании («значение болезни»): болезнь-угроза (реакции: противодействие, тревога, уход, борьба); болезнь-утрата (реакции:

депрессия, ипохондрия, растерянность, горе, попытка привлечь к себе внимание); болезнь-выигрыш (реакции: безразличие, жизнерадостность, враждебность по отношению к врачу); болезнь-наказание (реакции: стыд, угнетённость, гнев).

В настоящее время существует целый ряд подходов к классификаций и структурированию психического реагирования человека на заболевание. Так, Л. Л. Рохлин (1971) отношением к болезни определяет понятием «сознание болезни», выделяя следующую его структуру: а) гнозис болезни; б) общие сдвиги в психике больного; в) отношение больного к заболеванию. Автор выделяет 5 вариантов отношения к болезни, определяемые особенностями личности больного: депрессивно-астенический, психастенический, ипохондрический, истерический, эйфорически-анозогнозический. Н. Д. Лакосина и Г. К. Ушаков (1976) за основу классификации типов «реагирования на болезнь» принимают систему потребностей, которая фрустрируется заболеванием: витальная, общественно-профессиональная, этическая, эстетическая, связанная с интимной жизнью. По мнению авторов, реакция личности на болезнь зависит от многих факторов: характера заболевания, его остроты и темпа развития; представления больного о заболевании; особенностей лечения; преморбидной личности больного; отношения к болезни родственников и сослуживцев (Пономарева Л. Г., 2010).

А. Е. Личко и Н. Л. Иванов (1980) выделили тринадцать «типов отношения к болезни» на основе оценки влияния трёх факторов: а) природы самого соматического заболевания; б) типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера; в) отношения к данному заболеванию в референтной для больного группе. М. Смирнов, Т. Н. Резникова, (1983) предложили динамическую модель внутренней картины болезни, которая неразрывно связана с информационными процессами мозга и психики. Они ввели понятие церебрального информационного поля болезни, на базе которого больной формирует и закрепляет специальное «психологическое информационное поле болезни». В формировании последнего особенно большую роль играют система «схемы

тела» и её изменения. Материальным субстратом церебрального информационного поля болезни являются матрицы долговременной памяти, фиксирующие информацию о нарушениях процессов жизнедеятельности организма. Так, вводят понятие «соматозогнозия», в котором выделяют три этапа, отражающих формирование и динамику личностных реакций больного на своё страдание: сенсологический, оценочный и этап отношения к болезни. Структура соматозогнозий зависит от преморбидно-личностных особенностей больного и характера соматического заболевания. Авторы вводят следующую типологию: нормосоматозогнозия, гиперсоматозогнозия, гипосоматозогнозия и диссоматозогнозия.

Большой вклад в развитие теории внутренней картина болезни внесла В. В. Николаева (1987). Она предложила рассматривать субъективную концепцию как сложное структурированное образование, в котором можно выделить четыре уровня психического отражения болезни: 1) чувственный, уровень ощущений; 2) эмоциональный, связанный с различными видами реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия; 3) интеллектуальный, включающий представления и знания о болезни, размышления о его причинах и возможных последствиях; 3) мотивационный, связанный с определённым отношением больного к своему заболеванию, с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья. Между этими компонентами возможны различные соотношения.

А. Ш. Тхостов, Г. А. Арина (1990) предложили оригинальную теоретическую модель становления субъективной картины болезни. Авторы рассматривают процесс формирования внутренней картины болезни как особую форму познавательной деятельности (сомато-перцепции), обладающей собственным содержанием и специфичностью, но, тем не менее, подчиняющейся общепсихологическим закономерностям формирования, развития и функционирования. Этот подход помогает преодолеть представления о том, что субъективная картина болезни состоит из независимых составляющих – сенситивной и интеллектуальной. Авторы предлагают рассматривать

субъективную картину болезни как «сложное многоуровневое образование, включающее в себя чувственную ткань, первичное и вторичное означение и личностный смысл». Взаимосвязь уровней обеспечивают её динамичность и гибкость – от чувственной ткани к личностному смыслу. Авторы сосредоточились на психосемантическом аспекте интрацепции в структуре субъективной картины болезни. Автор выделяет негативный и позитивный конфликтный личностный смысл болезни.

В. А. Ташлыков (1993) рассматривает внутреннюю картину болезни как систему психической адаптации больного к своему заболеванию, имеющую в своей основе механизмы психологической защиты и совладения (копинг-поведения). «Восприятие, переживание и переработка болезненных расстройств у больных определяются особенностями их личностных свойств, концепцией “Я”, психологическим конфликтом (внутриличностным и межличностным), психотравмирующей ситуацией, способами психологической защиты и совладения с болезнью и её последствиями». В структуре внутренней картины болезни В. А. Ташлыков выделяет когнитивный (познавательный), эмоциональный и мотивационно-поведенческий аспекты. Когнитивный аспект субъективной концепции болезни определяется соматической или психогенной концепцией болезни, сформировавшейся у больных в ходе переработки ими патологических ощущений и переживаний.

«Соматическая концепция» вытекает из доминирующих представлений больных об органических нарушениях нервной системы или внутренних органов. «Психогенная концепция» определяется представлениями больных о причинах заболевания, связанных с самооценками трудных жизненных ситуаций и отношений с окружающими. Эмоциональный аспект внутренней картины болезни включает в себя основные типы доминирующего переживания болезни – депрессивный и фобический. Мотивационно-поведенческий аспект внутренней картины болезни находит выражение в особенностях самооценки, конфликта и патогенной ситуации, системы адаптации – механизмах психологической защиты и совладения,

следование лечебным предписаниям и соответствующему образу жизни. В психиатрии, на основании этих сторон у больного, создаётся модель заболевания, то есть представление об её этиопатогенезе, клинике, лечении и прогнозе, которая определяет «масштаб переживаний» и поведение в целом. Масштаб переживания болезни включает в себя следующие виды реагирования. При гипернозогнозии больные склонны переоценивать значимость отдельных симптомов и болезни в целом, а при гипонозогнозии – склонны их недооценивать. При диснозогнозии у больных наблюдаются искажение восприятия и отрицание наличия болезни и её симптомов с целью диссимуляции или из-за страха её последствий. Анизогнозия – полное отрицание болезни как таковой, характерна для больных с алкоголизмом и онкологическими заболеваниями.

Таким образом, при изучении проблемы субъективной концепции болезни, основное внимание уделяется личности больного. Формирование субъективной концепции болезни происходит под действием множества факторов: не только выраженность органических и функциональных нарушений, но и особенностей личности, степень осознанности и переживания болезни, а также социальный статус личности больного, его роль в семейных, служебных отношениях, степень его трудоспособности, общественное положение, ценностные ориентации, вынужденные болезнью ограничения поведения.

Наличие неадекватно сформированной субъективной концепции болезни может отрицательно влиять на течение и исход заболевания, а также способствовать уплощению личности больного, развитию внутриличностных и межличностных конфликтов, а также тяжёлой невротизации и психопатизации. Детальные сведения о субъективной концепции болезни, о её структуре, динамике и причинах изменения, а также факторов формирования, позволяют чётко определить и улучшить результаты врачебной интервенции. В том числе это позволяет повысить уровень реабилитации психологической помощи больным.

2.4. Болезнь как семиотическая система. Чувственная ткань, первичное осознание, вторичное осознание и личностный смысл болезни

Болезнь как некоторая субъективная реальность и феномен культуры не сводится только к натуральным, организменным событиям. Трудность заключается прежде всего в том, что и медицина, и в значительной мере психология строятся на методологических основаниях объективного метода, стремящегося свести всю реальность к чисто физическим (причинно-следственным) соотношениям.

При этом в стороне остаётся совершенно фундаментальный факт особого семиотического характера, приобретаемого любым субъективным ощущением в контексте болезни: оно начинает означать не только само себя, но и то, что в принципе ему не положено – болезнь. Подобное вторичное значение в клинической психологии обычно квалифицировалось как интеллектуальный уровень внутренней картины болезни. Его формирование связано с усвоением существующих в культуре взглядов на болезни, их причины, механизмы и с семиологической точки зрения представления о болезнях могут быть интерпретированы как мифологические конструкции, описанные Р. Бартом на знаковых моделях.

При такой интерпретации причинно-следственные взаимоотношения, лежащие в основе аксиоматики объективистского подхода, должны быть дополнены семиологическими.

В семиотической системе главным принципом является *semiosis* – отношение между означаемым и означающим, превращающее последнее в знак. Это превращение совершенно преобразует означающее, однако оно осуществляется в семиотической сфере, с физико-химической точки зрения с означающим не происходит ничего. Реально (субстанционально) существует лишь один элемент – означающее, однако, участвуя в акте означивания и становясь знаком, оно приобретает новые содержательные функции. Например, камень становится означающим смертный приговор при тайном голосовании. Трудность понимания семиотического соотношения заключается в том, что, став знаком, камень субстанционально

остался тем же самым камнем, не приобретя и не потеряв в своём чувственном проявлении (ни в твёрдости, ни в тяжести, ни в форме), но нельзя смешивать камень как означающее и камень как знак: «означающее само по себе лишено содержания, знак же содержателен, он несёт смысл» (Р. Барт, 1989). Хотя обычно говорят, что означающее выражает означаемое, в действительности в каждой семиотической системе имеются не два, а три элемента: означающее, означаемое и, собственно, знак, представляющий собой результат связи первых двух элементов.

Эта формальная схема имеет универсальный характер и её использование для анализа внутренней картины болезни возможно потому, что значения изучаются в ней независимо от их содержания. В нашем случае она может описывать отношения между отдельным чувственным ощущением (или чувственной тканью) и телесным конструктом. Например, определённым образом локализованное модально-специфическое ощущение означает боль в сердце.

Отношение означающего и означаемого в свою очередь может особым образом трансформироваться, порождая вторичную семиотическую систему, названную Р. Бартом мифологической.

В мифе сосуществуют параллельно две семиотические системы, одна из которых частично встроена в другую. Во-первых, это языковая система (или иные способы репрезентации), выполняющая роль языка-объекта, и, во-вторых, сам миф, который можно назвать метаязыком и в распоряжение которого поступает язык-объект. Совершенно не имеет значения субстанциональная форма мифа, важен не сам предмет сообщения, а то как о нём сообщается, и, анализируя метаязык, можно в принципе не очень интересоваться точным строением языка-объекта, в этом случае важна лишь его роль в построении мифа.

Прилагая эту модель к проблеме внутренней картины болезни, можно модифицировать бартовскую схему «мифологического» следующим образом: знак (означенное телесное ощущение), являющийся ассоциацией чувственной ткани и телесного конструкта, становится означающим в мифологической схеме болезни и, разворачиваясь вовне, превращается в симптом.

В разных культурах и эпохах представления о болезнях существенно меняются, но как только мы выходим за рамки первичной семиотической системы, рассматривая конкретное ощущение как означающее нечто более общее, мы моментально попадаем в сферу мифа. При этом объективная верность мифа не имеет существенного значения: термин «миф» не несёт в семиологическом подходе никакой оценки, характеризуя лишь способ связи конструкторов разного уровня. С этой точки зрения собственно научное объяснение – также вариант мифа. Самым существенным для нас является то, что вторичное означение не безразлично для первичных ощущений, на которых оно строится и паразитирует. Став симптомом, ощущение только внешне не меняется, – оно подчиняется другим законам и содержит в себе то, что недоступно ему натурально. Будучи означающим в мифе, оно двулично: с одной стороны – это ощущение, заполненное конкретными переживаниями, с другой – это полая форма, лишённая своей собственной истории, означающая концепт болезни.

В первом своём качестве оно имеет чувственную реальность, обладает самодостаточной ценностью и содержанием. С другой стороны, как означающее в мифологической системе ощущение превращается в полую паразитарную форму. Богатство конкретного содержания отодвигается на второй план, подчиняется логике мифа болезни. Как его элемент ощущение теряет собственную значимость, оно не умирает, а по необходимости существует, питая собой миф. Оно остаётся для мифа чем-то вроде хранилища конкретных событий, которые всегда можно позаимствовать, чтобы миф (концепт болезни) мог «пустить корни» в реальной телесности и, впитав её, принять облик природы в её конкретной «неоспоримости».

Миф болезни деформирует природную сторону телесного ощущения, не уничтожая её, а урезая, отчуждая. Означающее в мифе болезни открыто в две стороны: оно есть результат первичного означения чувственной ткани и начало мифа. Это приводит к двойственности и постоянному «мерцанию» ощущения-симптома, демонстрирующего попеременно рассудочное и чувственное, опосредствованное и непосредственное, произвольное и естественное.

Столкнуть же мифическое и реальное в конкретном ощущении невозможно, потому что оно и есть единая для них точка, в которой они никогда не оказываются одновременно. В результате этого вопрос об истинности, «подтверждённости» телесной реальностью концептуального мифа болезни крайне запутывается. Телесное ощущение всегда наготове, чтобы стать означающим для мифа; означающее же всегда здесь, чтобы «заслонить» конкретное телесное ощущение. Пытаясь уловить миф, мы находим только результат соединения означающего и означаемого – телесное ощущение, ставшее симптомом, а принимая его за природную данность, мы не замечаем перехода в область мифологического.

Хитрость заключается в том, что мифологичность болезни скрыта от простодушного наблюдателя; миф выступает в обличье реальности, но при ближайшем рассмотрении эта реальность оказывается фальшивой, заимствованной.

Однако потери в непосредственности частично компенсируются включением телесности через концепт болезни в накопленный общественный опыт. Через концепт вводится «новая событийность», время, эпоха, люди, история, принципы устройства мира. В этом смысле миф – открытая система, постоянно улавливающая всё новое, что появляется в общественном сознании. Другое дело, что мифические концепты не устойчивы и не всегда являют собой то, на что внешне похожи. Многие научные медицинские представления в обыденном сознании преломляются в совершенно невероятные фантастические теории, и новомодные «индийские медицины» имеют больше общего с балетом «Баядерка», чем с медициной или реальной Индией.

Включаясь во вторичную семиотическую систему мифа, ощущения могут как изменять своё качество, так и порождаться сверху самим мифом, нуждающимся и чувственном подкреплении и ориентирующим на поиск подходящих сенсаций. Модификация и порождение необходимых для подтверждения мифа ощущений осуществляются прежде всего через выбор или усвоение соответствующих означаемых первичной семиотической системы, то есть телесных конструкторов.

Целые медицинские направления или методы, сохранившиеся до наших дней, такие как, например, аюрведическая, антропософическая и тибетская, натуропатия или акупунктура основаны на весьма своеобразных взглядах на устройство организма и выявляют у своих адептов соответствующие этим представлениям симптомы. Важно, что, независимо от степени соответствия этих моделей реальности, они всегда подтверждаются субъективными ощущениями. Доказательство этого – культурно-исторический патоморфоз симптомов, доминирование в клинике истерии, неврозов и ипохондрических синдромов жалоб, соответствующих господствующим медицинским теориям. В качестве более современных примеров можно назвать болезни студентов-медиков 3-го курса или феномен ятрогении. Многие болезни, никак не проявлявшие себя, после установления диагноза начинают обрастать чувственной тканью. Так, при случайном выявлении опухолевых образований у больных появляются соответствующим образом локализованные болезненные ощущения. Лёгкость возникновения и стабильность таких ощущений связаны с трудностями их проверки в коррекции (телесное ощущение не может быть ни скорректировано прямой практической проверкой, ни соотнесено с общекультурным единым для всех эталоном). Богатейшая феноменология вторичного порождения телесных ощущений в рамках сверхценных идей и первичного ипохондрического бреда описана в психиатрии. Не столь вычурные, но также весьма яркие транзиторные случаи встречаются и у психически здоровых людей.

Особую роль вторичное означение играет в ситуации лечения. Двойственность означаемого в мифологической системе, одновременно представляющего собой и полую форму, и чувственно наполненное содержание, позволяет ему постоянно транслировать мифологическое в конкретно-телесное. Усвоенная, воспринятая идея болезни (или идея лечения) через развитие и выбор элементов первичной семиологической системы обрастает чувственной тканью.

Усвоенный миф способен сам порождать «подкрепляющую» его реальность, находя для уже готового означаемого недостающее означаемое. Типичный пример такого рода – это лечение, которое

можно рассматривать как разворачивание мифологической схемы в обратном направлении: от вторичной семиологической системы (мифа лечения) – к первичной (языку тела).

Поскольку лекарство выступает здесь как знак, независимо от его конкретного содержания, оно может быть заменено плацебо-агентом, ритуалом или любым другим предметом, который сможет сыграть его роль. Лечебный миф не обязательно оформлен в виде развёрнутой, осознанной, вербализованной и логичной конструкции. Как и миф, болезни – это слабоструктурированная область предположений, ожиданий, предрассудков, открытая для постоянного влияния извне.

Учитывая семиотическую природу ситуации врачевания, можно понять многие необъяснимые с позиции объективизма (представляющего лечение, как некий физико-химический процесс) феномены: ритуального лечения, плацебо-эффекта, психотерапии. Ритуальное лечение демонстрирует влияние символического действия, объективно не связанного с причинно-следственными характеристиками заболевания и объединенного с ними лишь в сознании индивида. Тем не менее это действие, лишённое непосредственной целесообразности, и служащее лишь обозначением определённых семиотических отношений, приводит к субъективному, а иногда и объективному улучшению состояния больных. Этот эффект очевиден даже для тех, кто скептически относится к ненаучным медицинским системам, и если бы его не было, то магические приёмы не имели бы такого повсеместного распространения.

Пытаясь снять это противоречие, научная медицина искала в ритуалах естественно-материалистическую основу. При этом подразумевалось, что лечит, конечно, не сам ритуал (это невозможно), а те конкретные материальные действия (фитотерапия, физические методы), которые с ним связаны.

Определённый смысл в таком подходе есть, но, к сожалению, он не решает проблемы до конца. Эффективность «естественного» лечения, вырванного из ритуального контекста, значительно снижается, тогда как одно магическое действие отчётливо улучшает состояние пациента. «Во всех... случаях терапия (насколько извест-

но, часто действенная) трудно поддаётся объяснению: когда она направлена на больной орган, она слишком груба и конкретна (обычно это чистый обман), чтобы оказать какое-либо действие на внутренние органы, а когда она состоит в повторении ритуальных обрядов, зачастую весьма абстрактных, остаётся неясным, на чём основано её лечащее действие. Обычно... говорят, что речь идёт о психологическом лечении. Но этот термин остаётся лишённым содержания до тех пор, пока мы не определим, каким образом определённые психологические представления могут положительно влиять на строго определённые физические расстройства» (К. Леви-Строс, 1983).

Трудно с большей очевидностью показать, что решение этой проблемы возможно только на психологическом уровне. Эффективность ритуального лечения останется загадкой, если считать болезнь, симптом и телесное ощущение лишь натуральными физиологическими процессами, и превратится в решаемую проблему, если их понимать и как сложные семиотические образования.

Обратимся к примеру ритуального лечения, приведённому К. Леви-Стросом. Это ритуальное исполнение особого песнопения шаманом в момент трудных родов. В песнопении описывается путешествие неких маленьких существ, являющихся причиной болезни, по телу больной и заканчивается победой над ними шамана. Это чисто психологический способ лечения, так как шаман не прикасается к телу больной и не даёт ей никаких лекарств, но в то же время явно и прямо говорит о патологическом состоянии и о том, чем оно вызывается. Смысл этого песнопения заключается в том, что он переводит неопределённые ощущения больной в чётко локализованные, понятные и, предоставляя ей язык, превращает аффективно заряженную ситуацию в безопасную, не таящую в себе ничего угрожающего. «Песнь представляет собой как бы психологическую манипуляцию с больным органом и... выздоровление ожидается именно от этой манипуляции». Это конкретный пример влияния мифа на первичную чувственную ткань, модифицируя которую шаман существенно облегчает муки больной.

Однако, поняв свои муки, больная не только смиряется, она выздоравливает. Это легко можно объяснить в случаях функциональных заболеваний, когда первичной причиной болезни выступают какие-либо психологические факторы. Но существует не меньшее количество органических заболеваний с первичным поражением материального субстрата. Понять лечение ритуалом в этом случае можно только признав, что болезнь, во всяком случае у человека, — это не просто дефект какого-либо органа, а прежде всего феномен сознания и не может быть представлена субъекту иначе как в виде внутренней картины болезни. В логике развития болезни следует различать две стороны: объективную, подчиняющуюся натуральным закономерностям, и субъективную, связанную с закономерностями психического и семиотического. Только в абстрактном пределе они совпадают полностью, в реальности же они могут весьма значительно расходиться.

Так, даже при объективном прогрессировании болезни, больные, верящие в эффективность проводимого им лечения (часто совершенно неадекватного), могут длительное время чувствовать субъективное улучшение. Пределы такого рассогласования поистине удивительны: фанатичные последователи лечебного голодания, несмотря на очевидную угрозу здоровью и жизни, тем не менее чувствуют непрерывное улучшение, иногда вплоть до летального исхода, а в различных религиозных обрядах весьма болезненные действия совершенно не воспринимаются как таковые.

Напротив, если какое-то состояние означает как болезнь, а лечение воспринимается как невозможное или недостаточное, то даже при объективном излечении пациент будет продолжать считать себя больным. Сглаз, приворот, связанные в сознании субъекта с болезнью, вызывают соответствующие соматические ощущения. Крайнее выражение такой связи — Вуду-смерть, следующая в результате заклинания, колдовства или нарушения табу. Случаи излечения от Вуду-смерти с помощью методов европейской медицины возможны, лишь если пациент считает магию белого человека самой сильной.

Объективная верность мифа, лежащего в основе метода лечения, не имеет принципиального значения. Самые фантастические и нелепые лечебные приёмы находят своих убеждённых последователей. Именно это и есть неспецифический фактор, обеспечивающий любой терапевтической тактике определённый успех, особенно в плане ближайших результатов.

Как и в случае с шаманом, «то, что мифология шамана не соответствует реальной действительности, не имеет значения: больная верит в неё и является членом общества, которое в неё верит. Злые духи и духи-помощники, сверхъестественные чудовища и волшебные животные являются частью стройной системы, на которой основано представление аборигенов о вселенной... То, с чем она не может примириться, это страдания, которые выпадают из системы, кажутся произвольными, чем-то чужеродным. Шаман же с помощью мифа воссоздаёт стройную систему, найдя этим страданиям в ней соответствующее место». Успех любого психотерапевта в значительной степени определяется не «истинностью» используемого им метода, а совершенно иными качествами: авторитетностью, убедительностью, артистизмом, тонким «чувством пациента», умением заставить поверить в предлагаемый им миф.

Слава исцелителя сама по себе является готовым мифом, помогающим придать убедительность предлагаемому лечению, и в известном смысле великий исцелитель велик не потому, что его метод помогает лучше других, а скорее, наоборот, метод излечивает именно потому, что исцелитель считается великим.

Большое значение имеет и готовность общественного сознания к восприятию мифов определённого рода – соответствие мифа больного и мифа врача. Рождение психоанализа и упрочение его позиций как научно обоснованного метода лечения, например, привело к формированию в общественном сознании Европы начала века особой «психоаналитической» культуры – появлению «психоаналитического пациента», артикулирующего свои жалобы «психоаналитическим» образом.

Психоанализ сродни шаманской практике тем, что в обоих случаях цель состоит в том, чтобы перевести в область сознательного внутренние конфликты и помехи, которые до тех пор были неосознанными либо потому, что они были подавлены иными психическими силами, либо потому (как в случае родов), что происходящие процессы по природе своей носят не психический, а органический или даже механический характер это делает возможным особого рода переживание, при котором конфликты реализуются в такой последовательности и в такой плоскости, которые способствуют их беспрепятственному течению и разрешению. Из того факта, что шаман не анализирует психику своего больного, можно сделать вывод, что пояски утраченного времени, которые иногда рассматриваются как основа терапии психоанализа, являются лишь видоизменениями (ценностью которых пренебречь нельзя) основного метода. Определение этого метода должно быть независимо от происхождения мифа, индивидуального или коллективного, поскольку мифическая форма превалирует над содержанием рассказа. Последнее утверждение подтверждается экспериментами по плацебо-психоанализу и равными успехами бесчисленных психотерапевтических школ. Все они структурно являются мифологическими практиками, и выбор предпочтений обусловлен отнюдь не истинностью и научной обоснованностью, а скорее модой.

Неусвоенность предлагаемого мифа (например, неразвитость естественнонаучной парадигмы в традиционных обществах) ведёт к значительному снижению в них эффективности европейской медицины.

Понимание этого момента позволяет избежать многих недоразумений, связанных с интерпретацией роли объективных факторов в тех или иных лечебных процедурах. Врач, принимающий мифологизированную реальность за истинную, рискует вести борьбу «не на том поле». Это сравнительно невинное заблуждение становится серьёзным, когда ближайший позитивный субъективный эффект лечения скрывает отдалённые результаты, и больные теряют время, необходимое для патогенетического лечения. Опасность такого смешения велика и потому, что, получив подтверждение своего ме-

тогда улучшением субъективного состояния больного, врач начинает верить в его объективный характер, вводя в заблуждение как себя и больных, так и многочисленные научные учреждения, начинающие проводить сколь дорогостоящие, столь и бессмысленные попытки их «научного» подтверждения.

Классический эксперимент с демонстрацией влияния мифа на телесные ощущения – плацебо-эффект. По своей сути это не что иное, как вариант ритуального действия: сохранение всех атрибутов лечения по схеме естественнонаучной медицины (приём пустышки под видом и в форме лекарственного препарата, наличие у пациента более или менее разработанных представлений о сущности действия лекарств, опыт их применения) при отсутствии самого главного – самого лекарства. С семиологической же точки зрения плацебо-лечение ничем не хуже и не лучше любого другого. То, что плацебо – это пустышка, не имеет никакого принципиального значения; важно, чтобы, как и в случае с ритуалом, человек в него верил и оно вписывалось в принимаемый им миф.

Контрольные вопросы

1. Каковы представления о норме в разных теоретических концепциях?
2. В чём суть проблемы развития в клинической психологии?
3. Каково соотношение развития и распада в клинической психологии?
4. Охарактеризуйте роль компенсации при распаде.
5. Что из себя представляет внутренняя картина болезни?
6. Охарактеризуйте варианты формирования внутренней картины болезни.
7. Что составляет болезнь как семиотическую систему?

Глава III.

Основные модели психических расстройств в психологии и общей медицине

3.1. Биомедицинская модель психических расстройств. Каузальный принцип. Понятие болезни. Психосоциальная модель: роль социума и внутриличностных факторов. Биопсихосоциальная модель

В методологии клинической психологии различают два уровня методологической абстракции: рамочная модель и клинико-психологическая модель.

Вообще понятие модели или парадигмы (исследовательской программы) в научном употреблении означают предпосылки, на которых строится теория и/или метод исследования. Представления о модели влияют существенно на процесс познания в той или иной науке, т. е. имеют теоретико-познавательную функцию. Для теории и практики клинической психологии значение широких (метатеоретических) модельных представлений обнаруживается на примере понятий (психического) расстройства.

Рамочные модели – это такие исследовательские программы, которые демонстрируют фундаментальные и далеко распространяющиеся различия, соответствующие, скорее всего, «научным парадигмам». Научная парадигма (греч. – «модель» или «паттерн») – собирательное обозначение набора установок, ценностей, процедур, методов, составляющих общепринятое направление в определённой дисциплине в определённый момент времени – иначе говоря, это определённая традиция научного исследования.

Различают три рамочные модели, парадигмы (исследовательские программы): органическую, психосоциальную и биопсихосоциальную. Возникли они как продукт процесса научного познания,

так и культурного «духа времени». Они также отражают разные акценты и связи клинической психологии с пограничными дисциплинами – биологическими (медициной) (органическая рамочная модель) и социальными (психосоциальная рамочная модель). Интеграцию и междисциплинарные связи этих дисциплин представляет биопсихосоциальная рамочная модель.

Клинико-психологические модели – это модели более ограниченного охвата или уровня, к которым можно отнести, например, психоаналитическую, гуманистическую, поведенческую, когнитивную, интерперсональную. Нередко эти модели называют ещё психотерапевтическими школами. Правда, этот термин чаще всего используется для указания на различные виды психотерапий, имеющие различные терапевтические подходы, базирующиеся на различных концепциях болезни и здоровья.

Органическая или 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 трёх 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.

«Невроз – это болезнь» – это утверждение из области психиатрии. Дело в том, что в психиатрии и психопатологии психические расстройства определяются как болезни, которые описываются также, как и органические расстройства. Иначе говоря, к психическим расстройствам прилагается та же органическая или медицинская модель.

Органическая модель нашла сильную поддержку в начале XX столетия, благодаря открытию биологических причин некоторых расстройств психики и поведения. Это относится, прежде всего, к прогрессирующему параличу, который характеризуется целым рядом таких проявлений, как раздражительность, истощение, интеллектуальное снижение вплоть до деменции (слабоумия), эмоциональная лабильность, и причиной которого бесспорно является сифилитическая инфекция. Долгое время паралич считался модельным примером психической болезни, хотя и не демонстрировал характерную и целостную психопатологию: она имела место около 10 % больных сифилисом, при разной картине у разных случаев. Заболевание сифилисом является необходимым, но ни в коем случае достаточным условием для психических расстройств.

После этого открытия начались интенсивные поиски подобных заболеваний с целью объяснить по той же – органической – модели

и другие психические расстройства. Эта надежда и по сегодняшний день в большей своей части остаётся неисполненной, хотя есть уверенность, что различные органические мозговые процессы могут запускать психические расстройства. Воспалительные процессы (энцефалит и менингит), интоксикации, сосудистые заболевания или общесоматические заболевания (расстройства обмена веществ, болезни печени и почек) могут существенно сказываться на переживаниях и поведении больного. Однако и сегодня считается, что такие классические психопатологические феномены как психозы или неврозы не являются следствием нарушений органического субстрата.

Итак, основные характеристики органо-медицинской рамочной модели:

- Психические расстройства понимаются как болезни, при которых психические нарушения понимаются как симптомы лежащих в основе телесных расстройств или нарушений.

- Вызваны психические проблемы, в конечном счёте, органическими дефектами.

- Психические феномены являются эпифеноменами соматических расстройств. Если получить достаточно информации, то можно обнаружить причинную связь всех психических расстройств с этим элементарным уровнем.

- Психические и социальные факторы в ряду причин имеют лишь вторичное значение, поскольку они определяют не «сущность» психических расстройств, а только внешнюю форму их проявления («патопластику»).

- Методология их изучения строится на естественно-научном причинном принципе.

- Исследование и терапия психических расстройств должна институционально осуществляться в медицинских учреждениях.

Критика органической рамочной модели начинается с работ З. Фрейда, который хотя и был сильно привязан к органо-медицинским представлениям, в то же время приложил большие усилия для разработки понятия о психогенетической обусловленности психических расстройств. И со стороны немецкой психиатрии

уже давно раздавалась критика в сторону органно-медицинской модели психических расстройств. Так, Е. Блейлер ещё в 1919 г. возражал против различения здоровый–больной в рамках данной модели: «Понятие психической болезни – не медицинское понятие, а социальное. Психические болезни являются изначально отклонениями от психической нормы, которые делают их носителей социально неспособными или доставляют им большие трудности». В этом же плане высказывается и К. Ясперс. С начала 60-х гг. XX в. зазвучала критика этой модели со стороны психиатра и психоаналитика Т. Шаха. Он считал медицинскую модель психических расстройств мифом.

Во-первых, психические отклонения в рамках этой модели, как и другие заболевания – это «заданные природой нормальные константы», то есть как присущие самому организму качества, а не как социальные оценки (оценивания). Тенденция этой модели ссылаться на якобы имеющиеся доказательства, оказывается несостоятельна в связи имеющимися доказательствами о значении психосоциальных факторов.

Во-вторых, диагностика на основании органно-медицинской концепции ведёт к приписыванию качеств (свойств). Описательная диагностика становится аскриптивной, когда тем лицам, которые получили определённые диагнозы, приписываются и другие, ненаблюдаемые симптомы (опасность, безответственность). Диагнозы тем самым становятся «этикетированием» (приклеиванием ярлыков) и ведут к стигматизации. В этом процессе приписывания болезни происходит усиление обобщения: вначале «лицо ведёт себя так, как будто оно испытывает страх», затем оно «проявляет себя как испытывающее страх», наконец, оно «испытывает страх». В конце концов, оно классифицируется как невротик.

В-третьих, привлекающее внимание поведение (расстройство поведения) истолковывается как симптом или знак лежащей в его основе «болезни», а не как проблема как таковая. Проявление болезни и болезнь различаются, причём последняя представляет соматическую или внутриспсихическую причину внешне видимых

симптомов. Одновременно органические или биохимические причины превалируют.

В органической модели представлен двойной дуализм, который с психологической точки зрения уже давно непригоден здесь: В различии между «симптомами» и «причинами» психика и сома (тело) резко разделены – можно наблюдать психические симптомы, которые соматически обусловлены. Второй дуализм в том, что психически больной видится в полной независимости от его среды (окружения) – внутренний и внешний миры представляют собой почти что независимые единства.

В-четвёртых, медицинская модель выполняет социальную функцию, поскольку «осуществляется одна из форм социального контроля, которая как таковая остается скрытой».

Психосоциальная рамочная модель. Отвержение критикуемой органической парадигмы психических расстройств произошло благодаря большому числу различных теорий расстройств, общим для которых является подчёркивание психических и социальных условий при определении, идентификации, возникновении и терапии психических расстройств и проблем. Психосоциальная рамочная модель имеет очень сильную социально- и поведенческо-научную ориентацию и закреплена в этих дисциплинах. Она возникла как ответ на кризис органической парадигмы и жёстко ставит на первый план психические и социальные аспекты в определении, возникновении и изменении психических расстройств. Эта модельная жёсткость представляет собой так называемую «стратегию желаемой односторонности». Психосоциальная рамочная модель охватывает социологические и интеракциональные подходы (например, этикетирование, антипсихиатрия), так и гуманистические, экзистенциальные, психоаналитические, деятельностные, системные и другие позиции. Это выражается чаще всего в четырёх основополагающих допущениях:

– Континуумное допущение постулирует, что между нарушенной (патологической) и нормальной активностью существует текучий (плавный) переход и что оба состояния отличаются друг от друга

только количественно, а не качественно. Различия между состояниями лежат, прежде всего в частоте, интенсивности или ситуативности способа поведения. И лишь при привлечении особенностей носителя, оценки вызвавшей действие ситуации и контекста, а также других критериев они определяются как отклоняющиеся, нарушенные или проблематичными («больными») или нормальными («здоровыми»).

От этого постулата следует отличать допущение эквивалентности. Согласно последнему, в основе нормальной и нарушенной активности (поведения) лежат одинаковые изменяющие условия, то есть в обоих случаях изменения осуществляются на основе идентичных принципов, например, по законам научения и обучения. Возникновение и изменение (терапевтируемый и нетерапевтируемый процесс) патофизиологических феноменов можно объяснить теми же закономерностями, что и нормальные психологические явления.

Допущение контекстного обусловливания исходит из того, что как активность человека оказывается под влиянием окружающих его условий, так и он, с другой стороны, формирует эти условия, свою среду. И психические расстройства также разнообразным образом являются зависимыми от среды, особенно социальной. Так, социальная среда влияет на определение расстройства, а также его возникновение, течение и терапию. Предполагается, что психическая проблематика всегда определённым образом определяется социальными и психическими факторами и что эти условия при адекватном лечении учитываются в первую очередь.

– Мультикаузальное допущение уточняет контекстную обусловленность психических расстройств: возникновение психических расстройств является следствием действия комплексного образования причин или каузальной сети – а не линейной причиной связи. Причины могут быть разными (например, психические, социальные, соматические), и проявлять себя в разное время (например, как запускающие, удерживающие) и иметь разный относительный вес. При этом могут разные условия возникновения привести к похожим расстройствам. В системной теории этот феномен обозначается как

эквивалентность; он говорит о том, что в открытых системах различные начальные состояния могут вести к одинаковым конечным состояниям.

Как исследовательская программа, психосоциальная рамочная модель проявляется следующими характеристиками:

1. Психические расстройства понимаются как бросающееся в глаза, отклоняющееся, неадаптивное, нарушенное или проблемное поведение и переживание людей, которое отличается от нормального поведения и переживания не качественно, а количественно.

2. При возникновении психических расстройств, а также при их дефиниции, изменениях и терапии самое большое значение придаётся социальным психическим факторам.

3. Между психическими расстройствами и их причинами имеют место не простые линейные отношения, а комплексные взаимодействия (каузальные сети, системные связи), в результате которых, с одной стороны, различные исходные условия могут приводить к одинаковым явлениям, с другой стороны, одинаковые исходные условия могут приводить к разным явлениям.

4. Методологическое (методически) основание достаточно широкое – от количественно-экспериментальных подходов до качественно-герменевтических подходов.

5. Исследование и терапия психических расстройств осуществляется преимущественно институционально в социально-научных учреждениях.

Споры между органической и психосоциальной рамочными моделями и попытки их интеграции. Поскольку клиническая психология отягощена интенсивными связями как с биолого-медицинскими, так и с социально ориентированными дисциплинами, то она оказывается также под влиянием актуальных акцентов научных течений и моды. Если в 70-е гг. прошлого столетия в клинической психологии доминировали социально-научно ориентированные исследовательские программы, то с середины 80-х гг. начали постепенно доминировать бионаучно ориентированные исследования. В такой ситуации имеют место две опасности:

1. В тенденции недопустимо генерализовать (обобщать) результаты с позиции модели, т. е. слишком быстро и без дальнейшей проверки

С одной проблемной области, например, с шизофренических расстройств, переносить на другие психические расстройства.

2. Вторая опасность состоит в соблазне научного редукционизма как биологического, так и социологического.

В обоих случаях требуется дифференцированная процессуальная теория, которая включала бы различные (биологические, социальные и психические) феномены, чтобы объяснить наблюдаемые взаимосвязи.

Биопсихосоциальная рамочная модель предлагает себя в качестве метаконцепции, которая может интегрировать конкурирующие (органическую и психосоциальную) рамочные модели. Этим странным словообразованием делается попытка выразить то, что органические, психические и социальные условия и процессы находятся во взаимоотношающихся отношениях друг к другу и тем самым могут образовать рамки для различных перспектив и факторов. Это представление было предложено психосоматиком Энгелем на основе общей теории систем Берталанфи. Модель исходит из того, что системы представляют собой динамические целостности, которые находятся в постоянном изменении и компоненты которых оказывают влияние друг на друга посредством обмена энергиями, информацией или материей. Системы – это части реальности, которые выбираются не только в познавательных целях (интересах), но отличаются от их окружения своей самоорганизацией.

Биопсихосоциальная система представляет иерархически организованную структуру, в которой элементарное отличается от более сложных системных частей. Иерархический спектр распространяется на физические системы (атом и его части), органические системы (клетки, совокупность клеток, органы системы, нервная система), личностные системы (переживания и поведение людей), психосоциальные системы (диады, семья, общины), культурные и социальные системы, вплоть до биосферы как образования более сложного

системного уровня. Каждая подсистема функционирует согласно собственным закономерностям и требует для анализа и объяснения своих специфических феноменов собственных критериев. Находящиеся, согласно иерархии, по соседству подсистемы также находятся в постоянном прямом взаимном влиянии друг на друга, в которых отражаются органические, психические и социальные условия. Постоянная интеракция между подсистемами осуществляется в результате комплексных причинных отношений.

Биопсихосоциальная модель как рамочная модель, без сомнения, полезна для преодоления модельного ригоризма. Здесь нужно строить исследовательские программы, учитывающие при исследовании постоянно изменяющееся взаимодействие органических, психологических и социальных условий (факторов). В данном случае все три условия рассматриваются как величины одного ранга, получающие свой акцент при определённых психических проблемах. Способ и объём участия различных факторов определяется конкретно на основе эмпирических данных для специфической проблемы. Биологические, психические и социальные условия понимаются как комплексные классы условий, которые непрерывно взаимно обуславливают психическое расстройство (проблему) в процессуальном взаимодействии друг с другом. Существенные признаки этой рамочной модели, в конечном итоге, состоят в том, что она:

- исходит из участия биолого-органических, психических и социокультуральных факторов и процессов;
- постулирует комплексные интерактивные (а не только простые линейные) причинные отношения.

Биопсихосоциоэтическая модель. Сближение между клинической психологией и медициной (психиатрией) происходило и в связи с изменением представлений о модели психической болезни/расстройства – от «органической» до доминирующей на сегодняшний день биопсихосоциальной, на смену которой с неизбежностью приходит биопсихосоциоэтическая модель (Г. В. Залевский, 2005). В рамках этой модели любой феномен в объектном поле клинической психологии наиболее полно рассматривается как системный феномен с

системной (причинной и непричинной) детерминацией, системной структурно-уровневой организацией (психический-функциональный, психологический-душевный, психологический-духовный) в их интимном и специфическом отношении с физическим, соматическим. Здесь, видимо, уместно вспомнить о призыве Гиппократов «лечить не болезнь, но больного», а также мысль Ювенала о том, что «желательно, чтобы в здоровом теле был здоровый дух»; здесь излишне приводить многочисленные примеры «здорового духа» при нездоровом теле психическом – функциональном нездоровье, например, слепоглухонемые люди, душевного нездоровья при здоровом теле и здоровья функционального, например, люди с патологией характера или личности, духовного нездоровья при сохранности всех других уровней здоровья, например, психогенная депрессия и тому подобное.

Ноэтический (духовный, прежде всего, в общечеловеческом – светском его понимании) аспект этой сложной модели предполагает учёт роли в сохранении здоровья или в его нарушении (болезни, расстройстве) высших сущностных проявлений человека – его системы ценностей и смыслов (Франкл). В практическом плане – при оказании психологической (психотерапевтической) помощи людям верующим оказывается эффективной и опора на «религиозную духовность», о чём свидетельствует православная и другие конфессиональные психотерапии (Б. Д. Карвасарский, 1998).

В то же время следует отметить, что этот аспект модели здоровья и болезни в рамках представлений о биопсихосоциальноноэтической их природе является ещё довольно слабо разработанным, особенно в клинко-психологическом контексте (Г. В. Залевский, 2005).

3.2. Соотношение внешних и внутренних факторов в этиологии психических заболеваний

Современное учение об этиологии психических болезней ещё несовершенно. И теперь в какой-то мере не потеряло значения давнее высказывание Генри Маудсли: «Причины помешательства, обыкновенно перечисляемые авторами, так общи и неопределенны,

что весьма трудно при встрече лицом к лицу с достоверным случаем помешательства и при всех благоприятных условиях исследования с несомненностью определить причины болезни».

В психиатрии, как и во всей остальной патологии, связь между причиной и следствием представляет самую неизвестную область.

Для возникновения психической болезни, как и всякой другой, решающее значение имеют те внешние и внутренние условия, в которых действует причина. Причина вызывает болезнь не всегда, не фатально, а лишь при стечении ряда обстоятельств, причём для разных причин значение условий, определяющих их действие, различно. Это касается всех причин, вплоть до возбудителей инфекционных болезней. Один вид инфекции, попав в организм, почти неизбежно вызывает болезнь (возбудитель чумы, оспы), другие инфекционные болезни развиваются лишь в соответствующих условиях (скарлатина, грипп, дифтерия, дизентерия). Не каждое инфицирование вызывает болезнь, в свою очередь, не каждая инфекционная болезнь приводит к психозу. Из этого следует, что «линейное» понимание этиологии не объясняет всю сложность возникновения психических болезней, как, впрочем, и любых других (И. В. Давыдовский, 1962). «Линейное» понимание гриппа как причины инфекционного психоза, психической травмы как причины невроза очевидно. Вместе с тем, такая на первый взгляд безусловно верная трактовка причины и следствия становится упрощённой и беспомощной при толковании не только природы возникающих в таких случаях болезней, но и заболеваний отдельного больного. Нельзя, например, ответить на вопрос, почему одна и та же причина, в данном случае грипп, у одного вызывает преходящий, у другого хронический психоз, а у огромного большинства людей вообще не приводит к какому-либо психическому расстройству. То же относится и к психогенной травме. В одних случаях обуславливающей невроз, в других – декомпенсацию психопатии и в третьих – не вызывающей никаких болезненных отклонений. Далее обнаруживается, что очень часто причина, непосредственно вызвавшая патологию, не равна следствию – ничтожная причина имеет следствием далеко идущие

изменения. Так, на первый взгляд основная и единственная причина болезни, тот же грипп или психическая травма, по мере развития психического патологического процесса превращается в нечто совсем второстепенное, в одно из условий возникновения заболевания. Примером этого может служить хроническая прогрессирующая психическая болезнь (шизофрения), возникающая непосредственно после гриппа или психогенной травмы или физиологического процесса – нормальных родов.

Во всех подобных случаях, неизбежно подчиняясь законам детерминизма, первоначальные «линейные» связи начинают расширяться и в дополнение к ним вводятся различные индивидуальные свойства заболевшего. В результате этого видимая внешняя причина (*causa externa*) становится внутренней (*causa interna*), то есть в процессе анализа происхождения и развития болезни обнаруживаются чрезвычайно сложные причинно-следственные отношения (И. В. Давыдовский, 1962).

Возникновение болезней, в том числе психических, их развитие, течение и исход зависят от взаимодействия причины, различных вредных влияний окружающей среды и состояния организма, то есть от соотношения *внешних (экзогенных)* и *внутренних (эндогенных)* факторов (движущих сил).

Под эндогенными факторами понимают физиологическое состояние организма, определяемое типом высшей нервной деятельности и её особенностями в момент действия вредности, полом, возрастом, наследственными задатками, иммунологическими и реактивными особенностями организма, следовыми изменениями от различных вредностей в прошлом. Таким образом, эндогенное не рассматривается ни в качестве только наследственно обусловленного, ни неизменного состояния организма (И. В. Давыдовский, 1962).

Значение экзогенных и эндогенных движущих сил различно при разных психических болезнях и у разных больных. Каждая болезнь, возникая от причины, развивается в результате характерного для неё взаимодействия названных движущих сил. Так, острые травматические психозы возникают при преобладании непосредственного внешнего воздействия. Для инфекционных психозов

нередко большое значение имеют эндогенные особенности (наиболее часто лихорадочный делирий развивается у детей и женщин). Наконец, существуют отдельные психические болезни, при которых, говоря словами И. В. Давыдовского, производящий этиологический фактор непосредственно не ощущается, и само развитие болезненных явлений идёт подчас как бы из основного физиологического (эндогенного) состояния субъекта, без ощутимого толчка извне. Ряд психических болезней не только начинается с младенческого возраста, но и обнаруживается в последующих поколениях (у детей и внуков). У каждой нозологически самостоятельной болезни есть своя история (*hystoriamorbi*), охватывающая у некоторых видов не одно, а несколько поколений.

Условия окружающей и внутренней среды в зависимости от конкретных обстоятельств могут препятствовать или способствовать возникновению болезни. Вместе с этим одни условия, даже в чрезвычайном сочетании, без причины не могут вызвать болезнь. Нейтрализация причины предупреждает возникновение болезни даже при всех необходимых для него условиях. Так, своевременно начатое интенсивное лечение инфекционных болезней антибиотиками, сульфаниламидными препаратами предупреждает развитие делирия, в том числе и при эндогенном предрасположении к нему. С началом асептического ведения родов число септических послеродовых психозов снизилось во много раз во всех странах.

Нозологическая самостоятельность каждой отдельной психической болезни определяется единством этиологии и патогенеза **Нозология** – классификация болезней (греч. «*nosos*» – «болезнь»). В классификации животных и растений употребляют обозначение *taxonomia* (греч. «*taxis*» – «порядок расположения», «*nomos*» – «закон»). Номенклатура представляет собой перечень категорий или обозначений. При составлении собственно классификации необходимо определить категории по общим и частным признакам; категории устанавливаются по порядковому (семейство, род, вид) или иерархическому принципу (Р. Э. Кенделл). Иначе говоря, нозологически самостоятельная психическая болезнь (нозологическая единица) складывается только

из тех случаев заболевания, которые возникают в результате действия одинаковой причины и обнаруживают одинаковые механизмы развития. Заболевания, возникающие от одной причины, но с разным механизмом развития, нельзя объединить в нозологически самостоятельную болезнь. Примером таких этиологически однородных, но нозологически разных болезней могут быть сифилитический психоз, спинная сухотка, прогрессивный паралич. Все эти заболевания возникают в результате сифилитической инфекции, но их патогенез совершенно различен, что и делает их нозологически разными болезнями. То же можно сказать о белой горячке, корсаковском психозе, алкогольном бреде, ревности, алкогольном галлюцинозе: их этиология едина – хронический алкоголизм, но патогенез различен, поэтому каждая представляет собой самостоятельную болезнь. Совершенно так же нельзя рассматривать в качестве нозологически единой болезни заболевания с одним патогенезом, но различной этиологией. Патогенез делирия одинаков и при хроническом алкоголизме, и при ревматизме, и при пеллагре, но его этиология различна. В соответствии с этим выделяются самостоятельные болезни (отдельные нозологические единицы): белая горячка, ревматический психоз, пеллагрозный психоз.

Единство этиологии и патогенеза установлено в настоящее время далеко не при всех психических болезнях: в одних случаях найдена причина, но ещё не исследован патогенез; в других более совершенно изучен патогенез, но неизвестна этиология. Многие психические заболевания выделены в качестве нозологических единиц лишь на основании единообразия клинического выражения. Такое установление нозологической самостоятельности болезней обосновывается тем, что клинические проявления, их развитие и исход представляют собой внешнее выражение особенностей патогенеза и патокинеза заболевания и, следовательно, косвенно отражают и его этиологические особенности. Историческим примером этого может быть прогрессивный паралич, который в середине XIX в. выделили как нозологическую единицу только на основании данных клинического обследования. Установление в начале XX в. его сифилитической

этиологии и патогенеза, отличающегося от других форм сифилиса центральной нервной системы, подтвердило нозологическую самостоятельность этой болезни, обоснованную сначала исключительно клиническим методом.

Столь значительное различие в знании природы отдельных психических болезней отражает и историю развития, и современное состояние психиатрии. Несомненно, что дальнейший прогресс в исследовании патогенеза, этиологии и клинической картины психических болезней внесёт дальнейшие существенные коррективы в современную нозологическую классификацию болезней.

3.3. Основные типы психических расстройств. Краткая характеристика основных видов психической патологии в соответствии с МКБ-10

В России используются диагностические критерии психических расстройств, приведённые в Международной классификации болезней 10-го пересмотра – МКБ-10. Для описания психических расстройств и расстройств поведения выделен отдельный, пятый класс (F00–F99). Этот класс содержит следующие блоки:

- F00–F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства.
- F10–F19 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ.
- F20–F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства.
- F30–F39 Расстройства настроения [аффективные расстройства].
- F40–F48 Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства.
- F50–F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами.
- F60–F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.
- F70–F79 Умственная отсталость.
- F80–F89 Расстройства психологического развития.

- F90–F98 Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте.
- F99 Неуточненные психические расстройства.

F00–F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства. Этот блок включает в себя ряд психических расстройств, сгруппированных вместе в связи с наличием явных этиологических факторов, а именно причиной этих расстройств явились болезни головного мозга, травма головного мозга или инсульт, ведущие к церебральной дисфункции. Дисфункция может быть первичной (как при болезнях, травмах головного мозга и инсультах, непосредственно или избирательно поражающих головной мозг) и вторичной (как при системных заболеваниях или нарушениях, когда головной мозг вовлекается в патологический процесс наряду с другими органами и системами).

Деменция (слабоумие) F00–F03 – синдром, обусловленный поражением головного мозга (обычно хронического или прогрессирующего характера), при котором нарушаются многие высшие корковые функции, включая память, мышление, ориентацию, понимание, счёт, способность к обучению, речь и суждения. Сознание не затемнено. Снижение познавательной функции обычно сопровождается, а иногда предваряется ухудшением контроля над эмоциями, социальным поведением или мотивацией. Этот синдром отмечается при болезни Альцгеймера, при цереброваскулярных болезнях и при других состояниях, первично или вторично поражающих головной мозг. При необходимости идентифицировать первоначальное заболевание используют дополнительный код.

F10–F19 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. Этот блок содержит широкий спектр различных по тяжести и клиническим проявлениям расстройств, развитие которых всегда связано с употреблением одного или более психоактивных веществ, предписанных или не предписанных по медицинским показаниям. Трёхзначная рубрика идентифицирует использованное вещество, а четвёртый знак кода определяет клиническую характеристику

состояния. Такое кодирование рекомендуется проводить для каждого уточнённого вещества, однако необходимо отметить, что не все четырёхзначные коды применимы для всех веществ.

Идентификация психоактивного вещества должна основываться на возможно большем числе источников информации. К ним относятся данные, сообщённые самим индивидом, результаты исследования крови и других биологических жидкостей, характерные соматические и психологические признаки, клинические и поведенческие симптомы, а также другие очевидные данные, такие как вещество, находящееся в распоряжении пациента, или информация от третьих лиц. Многие потребители наркотиков используют не один вид наркотического вещества. Основной диагноз должен быть по возможности установлен по веществу (или группе веществ), которое вызвало клинические симптомы или способствовало их появлению.

F20–F29 Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства. Этот блок включает в себя шизофрению как наиболее важную составную часть группы, шизотипическое расстройство, устойчивые бредовые расстройства и большую группу острых и преходящих психотических расстройств. Шизоаффективные расстройства были оставлены в этом блоке, несмотря на их противоречивый характер.

F30–F39 Расстройства настроения (аффективные расстройства). Этот блок включает в себя расстройства, при которых основным нарушением является изменение эмоций и настроения в сторону депрессии (с тревогой или без неё) или в сторону приподнятости. Изменения настроения обычно сопровождаются изменениями общего уровня активности.

Большинство других симптомов являются вторичными или легко объясняются на фоне изменений настроения и активности. Такие расстройства чаще всего имеют тенденцию к рецидивированию, причем начало отдельного эпизода нередко может связываться со стрессовыми событиями и ситуациями.

F40–F48 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. В данном блоке описаны *фобические*

тревожные расстройства, при которых единственным или преобладающим симптомом является боязнь определённых ситуаций, не представляющих текущей опасности. В результате больной обычно избегает или страшится таких ситуаций. Иные тревожные расстройства, при которых проявление тревоги является основным симптомом и не ограничивается какой-либо конкретной внешней ситуацией. Могут также присутствовать депрессивные и навязчивые симптомы и даже некоторые элементы фобической тревожности при условии, что они несомненно являются вторичными и менее тяжёлыми. *Обсессивно-компульсивное расстройство* которое определяется наличием повторяющихся навязчивых мыслей или вынужденных действий. Они почти всегда огорчительны, и пациент часто безуспешно пытается сопротивляться им. Тем не менее больной считает эти мысли своими собственными, даже если они непроизвольны и отвратительны. Такая группа психических расстройств, как реакция на тяжёлый стресс и нарушение адаптации, отличается от других групп тем, что в неё включены расстройства, идентифицируемые не только на основе симптоматики и характера течения, но также на основе очевидности влияния одной или даже обеих причин: исключительно неблагоприятного события в жизни, вызвавшего острую стрессовую реакцию, или значительной перемены в жизни, ведущей к продолжительным неприятным обстоятельствам и обусловившей нарушения адаптации. В данном блоке также определяются диссоциативные (конверсионные) расстройства, то есть полная или частичная потеря нормальной интеграции между памятью на прошлые события, способностью осознать себя как личность и непосредственными ощущениями и способностью управлять движениями тела. *Соматоформные расстройства* отличаются предьявление соматической симптоматики одновременно с настойчивыми требованиями медицинских обследований, несмотря на повторные отрицательные их результаты и заверения врачей, что симптомы не имеют соматической природы.

F50–F59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами. В этом блоке

представлены расстройства приёма пищи, расстройства сна неорганической этиологии, сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнями, психические расстройства или расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках. Также блок включает в себя психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках – для кодирования имеющихся психологических и поведенческих факторов, рассматривающихся как основная этиологическая причина соматических расстройств, которые могут быть отнесены к другим классам болезней. Эти проистекающие психические нарушения обычно слабо выражены и часто устойчивы (например, волнение, эмоциональный конфликт, мрачные предчувствия) и сами по себе не позволяют использовать какую-либо другую рубрику этого класса. Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость, например, широкий спектр медикаментов и народных средств, но особую важность представляют: а) психотропные средства, не приводящие к возникновению зависимости, такие как антидепрессанты; б) слабительные средства; в) обезболивающие средства, которые могут употребляться без назначения врача (например, аспирин и парацетамол).

F60–F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте. Этот блок включает различные состояния и модели поведения клинической значимости, имеющие тенденцию к устойчивости и возникающие как выражение характерного образа жизни индивида и его взаимоотношений с окружающими. Некоторые из этих состояний и образцов поведения появляются рано в ходе индивидуального развития как результат одновременного воздействия конституциональных факторов и социального опыта, в то время как другие приобретаются на более поздних этапах жизни.

Специфические расстройства личности (F60.–), смешанные и другие расстройства личности (F61.–), длительно сохраняющиеся изменения личности (F62.–) являются глубоко укоренившимися и длительными моделями поведения, проявляющимися как негибкая

ответная реакция на самые разные личные и социальные ситуации. Такие расстройства представляют собой чрезвычайные или значительные отклонения от способа, которым обычный человек данного уровня культуры воспринимает, мыслит, чувствует и особенно общается с окружающими. Такие модели поведения имеют тенденцию к устойчивости и охватывают многие области поведения и психологического функционирования. Данные расстройства часто, но не всегда связаны с субъективными переживаниями различной степени и проблемами социального характера.

F70–F79 Умственная отсталость – состояние задержанного или неполного умственного развития, которое характеризуется прежде всего снижением навыков, возникающих в процессе развития, и навыков, которые определяют общий уровень интеллекта (то есть познавательных способностей, языка, моторики, социальной дееспособности). Умственная отсталость может возникнуть на фоне другого психического или физического нарушения либо без него.

Степень умственной отсталости обычно оценивается стандартизованными тестами, определяющими состояние пациента. Они могут быть дополнены шкалами, оценивающими социальную адаптацию в данной окружающей обстановке. Эти методики обеспечивают ориентировочное определение степени умственной отсталости. Диагноз будет также зависеть от общей оценки интеллектуального функционирования по выявленному уровню навыков.

Интеллектуальные способности и социальная адаптация со временем могут измениться, однако достаточно слабо. Это улучшение может явиться результатом тренировки и реабилитации. Диагноз должен базироваться на достигнутом на настоящий момент уровне умственной деятельности.

F80–F89 Нарушения психологического развития. Расстройства, включённые в этот блок, имеют общие черты: а) начало обязательно в младенческом или детском возрасте; б) нарушение или задержка развития функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы; в) устойчивое течение без ремиссий и рецидивов. В большинстве случаев страдают речь,

зрительно-пространственные навыки и двигательная координация. Обычно задержка или нарушение, проявившиеся настолько рано, насколько возможно было их достоверно обнаружить, будут прогрессивно уменьшаться по мере взросления ребёнка, хотя более лёгкая недостаточность часто сохраняется и в зрелом возрасте.

F90–F98 Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте. В данном блоке классифицированы гиперкинетические расстройства, хаарактеризующихся ранним началом (обычно в первые пять лет жизни), отсутствием упорства в деятельности, требующей умственной сосредоточенности, и склонностью к перескакиванию с одних дел на другие без доведения их до конца. Такая группа характеризуется повторяющимися, устойчивыми образцами необщительного, агрессивного или вызывающего поведения. Смешанные расстройства поведения и эмоций представляют из себя сочетание устойчивого агрессивного, диссоциального или вызывающего поведения с явно выраженной депрессией, тревогой или другими эмоциональными расстройствами. Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста – это скорее преувеличенная выраженность обычных тенденций развития, чем качественная аномальность самих отклонений. Свойственность периоду развития является ключевым диагностическим признаком при дифференциации этих эмоциональных расстройств, обычно начинающихся в детском возрасте, от невротических расстройств. Тики, то есть синдромы, преимущественным выражением которых являются некоторые формы тиков. Тик представляет собой произвольное, быстрое, повторяющееся, неритмичное движение (обычно вовлекающее ограниченную группу мышц) или голосовой звук, которые внезапно возникают и не служат определённой цели.

F99 Неуточнённые психические расстройства. Этот блок предназначен для кодировки психических расстройств без дополнительных уточнений.

В американском «Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам IV издания» принята

многоосевая диагностика психических расстройств. Выделены следующие оси: I ось – клинические синдромы или состояния, имеющие значение для исследования и лечения больного. II ось – расстройства личности и умственная отсталость. III ось – соматические и неврологические заболевания. IV ось – социальные и межличностные проблемы. V ось – общая оценка функционирования, которая включает следующие коды:

100–91. Отличное функционирование во многих видах деятельности: жизненные проблемы никогда не выходят из-под контроля; индивид востребован окружающими из-за многих позитивных качеств.

90–81. Симптомов нет или они минимальны (например, лёгкая тревога перед экзаменом); хорошее функционирование во всех областях; проявляет интерес и занят широким спектром дел, социально активен, в целом удовлетворён жизнью, проблемы и заботы носят обыденный характер (например, эпизодические споры с членами семьи).

80–71. Симптомы, если они есть, преходящи и являются ожидаемыми реакциями на психосоциальные стрессоры (например, испытывает затруднения при попытке сконцентрироваться после семейного спора; наблюдается лёгкое нарушение социального, профессионального или учебного функционирования, например, временное отставание в учёбе).

70–61. Отдельные легкие симптомы (например, депрессивное настроение и небольшая бессонница) или некоторые затруднения в социальном, профессиональном или учебном функционировании (например, эпизодические прогулы или домашние кражи), однако в целом функционирование остаётся достаточно хорошим; существуют определённые значимые межличностные отношения.

60–51. Умеренные симптомы (например, уплощение аффекта и обеднение речи, эпизодические панические атаки) или некоторые затруднения в социальном, профессиональном или учебном функционировании (например, малое количество друзей, конфликты со сверстниками или сослуживцами).

50–41. Серьёзные симптомы (например, мысли о суициде, сложные и навязчивые ритуалы, частые кражи товаров в магазинах) или любое

серьёзное нарушение социального, профессионального или учебного функционирования (например, не имеет друзей, не может работать).

40–31. Явные нарушения оценки реальности или коммуникации (например, речь временами нелогичная, невразумительна или неадекватна) или значительные нарушения в нескольких областях: на работе, в школе, в семейных отношениях, а также суждений, мышления или настроения (например, депрессивный мужчина избегает друзей, пренебрегает семьей и неспособен к труду; ребёнок часто бьет младших детей, дерзит дома и не успевает в школе).

30–21. На поведение значительно влияют галлюцинации или бред, или имеется серьёзное нарушение коммуникации или суждений (например, временами говорит бессвязно, действует во многом неадекватно, поглощён мыслями о суициде) или ярко выраженная недееспособность почти во всех областях (например, весь день лежит, не имеет ни работы, ни семьи, ни друзей).

20–11. Существует определённая опасность причинения вреда себе или другим (например, попытки суицида без ожидания смерти; частое буйство, драчливость; маниакальное возбуждение), или периодическая неспособность соблюдать минимальную личную гигиену (например, пачкается калом), или серьёзное нарушение коммуникации (например, большей частью говорит бессвязно или молчит).

10–1. Постоянная опасность причинения серьёзного вреда себе или другим (например, рецидивирующее буйство) или стойкая неспособность соблюдать минимальную личную гигиену, или серьёзный акт суицида с ожиданием смерти.

Пример клинического диагноза: I ось – алкогольная зависимость, астенодепрессивный синдром после суицидной попытки; II ось – пограничное расстройство личности; III ось – язвенная болезнь желудка, цирроз печени; IV ось – разведён, проживает один, без работы и группы поддержки; V ось – общее функционирование 20 (определённая опасность причинения вреда себе).

В МКБ-10 многоосевая оценка психических расстройств разработана для детей и подростков и включает следующие оси. I ось – клинико-психологический синдром (аналогично I оси DSM-IV).

II ось – описание нарушений развития. III ось – уровень интеллекта. IV ось – физическая симптоматика (аналогично III оси DSM-IV). V ось – взаимозависимые актуальные аномальные психосоциальные обстоятельства (например, инвалидность одного из родителей или чрезмерная родительская забота). VI ось – глобальная оценка психосоциальной адаптации (аналогично V оси DSM-IV).

Дифференциальная диагностика учитывает симптоматику, клинический синдром, признаки течения, используемые психологические защиты, уровень расстройства, особенности личности и соматической сферы, а также социальный контекст.

3.4. Расстройства личности. Понятия психопатии, акцентуации характера и личности. Определение, критерии диагностики, варианты патохарактерологического развития личности

Расстройство личности (устаревшее название [конституциональная] психопатия) (от греч. психос – душа и патос – страдание, болезнь) – вид психического расстройства в клинической психологии и психиатрии.

Расстройство личности представляет собой личностный тип или поведенческую тенденцию, характеризующуюся значительным дискомфортом и отклонениями от норм, принятых в данной культуре. Это тяжёлое нарушение характерологической конституции, поведенческих тенденций индивидуума, вовлекающее обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией.

Личностное расстройство возникает обычно в позднем детстве или подростковом возрасте и продолжает проявляться в периоде зрелости. Поэтому диагноз личностного расстройства вряд ли адекватен до 16–17-летнего возраста. Тем не менее, важно диагностировать, с чем связаны те или иные личностные изменения у подростков; ту или иную акцентуацию личности можно выявить уже в подростковом возрасте так же, как и степень её выраженности и составить прогноз относительно её развития.

Термин «расстройство личности» заменил собой устаревший термин «[конституциональная] психопатия», использовавшийся в советской и российской психиатрии до официального перехода на МКБ-10 в 1997 г. Ранее считалось что психопатии обусловлены врождённой неполноценностью нервной системы, вызванной факторами наследственности, вредностями, воздействующими на плод, родовой травмой и так далее. На данный момент у расстройств личности предполагается множество возможных причин. Они варьируются в зависимости от типа расстройства и индивидуальных характеристик человека. Ими могут быть генетическая предрасположенность, определённые жизненные ситуации, перенесённые травмы. Перенесённое психическое, физическое и сексуальное насилие в детстве создаёт риск для развития расстройств личности.

Психопатии являются конституциональными аномалиями, своеобразными характерологическими отклонениями, которые проявляются прежде всего поведенческими расстройствами. Поскольку поведение человека в первую очередь обусловлено состоянием эмоционально-волевой сферы, отклонение в функционировании именно этой личностной составляющей определяет клиническое содержание психопатий.

При всём многообразии наблюдающихся в популяции характерологических аномалий их общей чертой является нарушение адаптации к условиям социальной жизни. В отличие от подобных (поведенческих) расстройств при психических заболеваниях эмоционально-волевая дисгармония особенно в лёгких случаях в целом существенно не нарушает ценностных направленностей личности и лишь формально трансформирует стиль поведения.

В отличие от состояния эталонной нормы, которое хотя и является абстрактным, остаётся достаточно однозначным, многообразие форм психопатий определяется как качественными особенностями эмоционально-волевой дезорганизации, так и степенью её выраженности. У одних пациентов бесконтрольность эмоциональных реакций может характеризоваться эксплозивностью, бурными вспышками гнева, агрессивным поведением, у других – подавленностью,

переживанием чувства неполноценности, тревогой, необоснованными страхами. Одни, погружённые в мир собственных переживаний, иногда весьма интересный и причудливый, избегают общения с окружающими, страдают от неспособности устанавливать с ними гармоничные отношения, другие, напротив, ищут способ любой ценой обратить на себя внимание, оказаться в центре событий, проявляют повышенную социальную активность. Возникающие в связи с этими личностными отклонениями особенности поведения и их оттенки весьма многообразны. Общей чертой является их дисгармоничность, а иногда социально-деструктивный характер. При этом внешняя конфликтность отражает внутреннюю.

В отличие от настоящих психических заболеваний психопатические личности как правило способны это осознавать, иметь к себе критическое отношение. К. Шнайдер определял их, как лиц, которые по этой причине «страдают сами и заставляют страдать других».

Другое отличие от тех, кто подвержен разрушительному действию какого-либо прогрессивного болезненного процесса, состоит в том, что психопатия, как и любая другая аномалия, является статической данностью и в своей динамике не ведёт к развитию выраженной личностной деструкции. Эти пациенты, несмотря на кризисный характер отношений с окружающими, способны сохранять профессиональную, творческую, интеллектуальную продуктивность, обладают различными талантами, дарованиями. По этой причине среди людей незаурядных психопатические личности встречаются даже чаще, чем среди обычных.

Значительно меньшая выраженность психопатологических нарушений при психопатиях также касается и продуктивной симптоматики. Здесь отсутствуют грубые нарушения сознания, памяти, восприятия, стойкие галлюцинаторно-бредовые расстройства. Доминируют связанные с нарушением аффективной координации мышления сверхценные идеи, определяющие главным образом поведенческие особенности. В редких случаях они могут достигать степени «сверхценного бреда» (А. Б. Смулевич). Иначе говоря,

клиническая симптоматика психопатий редко выходит за рамки невротического уровня.

Психопатии относятся к так называемым пограничным состояниям, поскольку в своих клинических проявлениях отличаются не только от психических заболеваний, но и от состояний нормы. В плане дифференциальной диагностики необходимо учитывать, что последнее включает понятие «акцентуированной личности» (К. Леонгард, 2000; А. Е. Личко, 1977). При акцентуации может гипербололизироваться и приобретать диссонансное звучание какая-либо одна личностная черта, особенность, существенно не меняющая проявлений характерологического склада, стиля поведения, что обычно не имеет своим следствием стойкой социальной дезадаптации. В некоторых случаях указанные индивидуальные особенности (например, граничащая с односторонностью, фанатизмом целеустремленность в занятиях спортом, музыкой и так далее) при достижении эффективной самореализации могут даже повышать адаптацию человека. Акцентуация личности таким образом рассматривается как крайний вариант нормы.

Наличие при психопатиях симптоматики невротического уровня также ставит перед необходимостью дифференциации их с неврозами. При этих пограничных заболеваниях психогенного происхождения могут наблюдаться, хотя, как правило, и менее выраженные, но похожие эмоциональные и поведенческие нарушения. Отличие состоит в том, что они возникают у в целом гармоничных (иногда акцентуированных) личностей под влиянием психотравмирующих переживаний и являются реакцией на внешний конфликт. Упрощая, можно сказать, что больной неврозом становится объектом внешних психотравмирующих обстоятельств. Психопатические личности также выявляют свою аномальность в ситуации конфликта, однако либо по причине своей дисгармоничности инициируют его сами, либо оказываются в окружении людей, не способных проявить компромиссную толерантность. Подобное может произойти, если, например, воспитанные в тепличных условиях вседозволенности сын или дочка оказываются в ситуации обычной или повышенной

требовательности: поступают в школу, институт, устраиваются на работу, призывается в армию, выходит замуж и тому подобное. Эти обстоятельства играют роль декомпенсирующих факторов и обнажают существовавшую до того за фасадом внешней терпимости близких неспособность к социальной адаптации.

Таким образом, психопатия как врождённая аномалия личности существует как врождённая данность, но её клинические проявления становятся очевидными в результате изменения условий существования. Последние, определяя динамику психопатии, могут оказывать как компенсирующее, так и декомпенсирующее воздействие. В принципе то же самое может происходить и с нормальными личностями, находящимися постоянно в ситуации хронического конфликта (невротического развития). В этих случаях также могут развиваться достаточно стойкие личностные девиации, что делает дифференциальную диагностику этих состояний достаточно проблематичной. Однако патологическое развитие психопатической личности под влиянием неблагоприятных жизненных обстоятельств, как правило, приводит к более тяжёлым личностным трансформациям, достигающим подчас по выраженности клинических проявлений психотического уровня. При подобной неблагоприятной динамике течение психопатии может приобретать характер бредового психоза (паранойя), осложняться алкоголизмом, токсикоманиями, различными психогенными, в том числе и психотическими, реакциями.

Первые описания пациентов с патологическим характером относятся к первой половине XIX столетия. В практике судебно-психиатрической работы попытки отграничения психопатии от других психических расстройств были предприняты отечественными психиатрами И. М. Балинским и О. М. Гегеттом. При этом речь шла о лицах, не имевших признаков какого-либо психического заболевания, но отличавшихся неуравновешенностью, тяжёлым характером и неправильным поведением. Красочные описания подобной личностной типологии встречаются у Н. В. Гоголя, Н. С. Лескова. Один из рассказов А. П. Чехова так и называется – «Психопаты».

В качестве одной из болезненных форм описания психопатий были представлены в руководстве Э. Крепелина и с тех пор эта рубрика заняла своё место в систематике психических заболеваний.

Э. Крепелин (1915) выделял следующие варианты психопатий: возбудимые, безудержные, импульсивные, лжецы и обманщики (псевдологи, враги общества, антисоциальные). В классификации К. Шнайдера эти типы были дополнены описаниями гипертимных, депрессивных, неуверенных в себе, фанатичных, эмоционально лабильных, безвольных, бездушных, астенических психопатов. Попытку связать особенности характера с общесоматическими, конституциональными особенностями предпринял Э. Кречмер (1930). Пикническую конституцию (циклоидный характер) он описывал как эмоционально гармоничную, с чертами общительности, приветливости, синтонной уравновешенности. Шизоиды, напротив, при астеническом телосложении отличаются малообщительностью, замкнутостью. Эмоциональные реакции у них варьируют от повышенной чувствительности (гиперсенситивность) до эмоциональной холодности.

Многочисленные представители школы классического психоанализа пытались установить связь формирования патологических черт характера с особенностями (задержками) сексуального развития. Причины девиантного поведения они видели в избыточном использовании механизмов психологической защиты, направленных на преодоление патологической «фиксации». Эта избыточность, по их мнению, является причиной и клиническим содержанием личностной дезадаптации. Один из учеников З. Фрейда К. Г. Юнг в этом смысле выделил понятия экстравертированности (направленную вовне активность с поиском контактов, повышенной общительностью) и интравертированности (погружённость в мир собственных переживаний, обособленность, склонность к самоанализу, внутренней рефлексии).

В отечественной литературе классические описания статики и динамики психопатий даны П. Б. Ганнушкиным (1933). Им были сформулированы основные диагностические критерии этого понятия:

1. Тотальность психопатических особенностей личности, проявляющаяся в дисгармонии всего психического склада (в отличие от акцентуантов, имеющих отдельные патологические черты).

2. Относительная стабильность. Наличие патологической дисгармонии характера на протяжении всей продолжительности жизни, отсутствие прогрессивности.

3. Нарушение по этим причинам социальной, семейной, профессиональной адаптации.

Принципиальным отличием динамики психопатий от процессуальных форм (психических заболеваний) является её «эволютивный» характер, связанный не с каким-то болезненным процессом, а с общим развитием (эволюцией) человеческой психики в реальных условиях жизни. Факторами этой эволюции, по П. Б. Ганнушкину, могут быть как «патологические реакции» (спровоцированные ситуацией эпизоды декомпенсаций), так и «фазы» – спонтанно-аутохтонно возникающие периоды ухудшения состояния.

Исходя из представлений И. П. Павлова о типах высшей нервной деятельности другой отечественный учёный О. В. Кербиков описал типы «возбудимой» и «тормозимой» психопатии. Первый тип характеризуется повышенной возбудимостью, склонностью к экзистенциальной экспансии, эмоциональной и поведенческой гиперактивности, патологической стеничностью. Он включает эксплозивный, истерический, паранойяльный, экспансивно-шизоидный варианты. Для тормозимых психопатий характерно снижение жизненной активности, вялость, осторожность, поведенческая депрессивность. Этот тип представлен психастеническим, сенситивно-шизоидным, астеническим и дистимическим вариантами.

О. В. Кербиков в зависимости от тяжести клинических проявлений также выделял «ядерные» и «краевые» психопатии. Первые, по-видимому, в большей степени обусловлены биологическими факторами: наследственность, внутриутробные, перинатальные и постнатальные вредности, влияющие на ранний онтогенез. Они проявляются в более раннем возрасте в виде спонтанных декомпенсаций

с развитием более тяжёлых поведенческих нарушений, грубой и стойкой социальной дезадаптацией.

Краевые психопатии (патологические развития личности) чаще возникают как следствие неблагоприятных жизненных обстоятельств – неполная семья, конфликты в отношениях между родителями, порочная воспитательная стратегия, физические дефекты, уродства, соматические заболевания и тому подобное. Краевые психопатии более пластичны и при изменении жизненной ситуации имеют лучший прогноз.

Далеко не все психопаты попадают в поле зрения психиатров. Чаще это происходит при декомпенсациях их состояния или в случаях нарушения закона. По этим причинам оценка распространённости психопатий весьма затруднительна. Средние обобщённые показатели колеблются от 5 до 10 человек на 1000. У мужчин личностные расстройства выявляются чаще, хотя, по-видимому, у женщин встречаются несколько не реже.

Контрольные вопросы

1. Дайте сравнительную характеристику биомедицинской и психосоциальной моделей психических расстройств.
2. Опишите биопсихосоциальную модель психических расстройств.
3. Каково соотношение внешних и внутренних факторов в возникновении психических заболеваний?
4. Охарактеризуйте основные типы психических расстройств.
5. Дайте сравнительную характеристику акцентуаций характера и расстройств личности.
6. Каковы критерии диагностики личностных расстройств?
7. Перечислите варианты патохарактерологического развития личности.
8. Опишите шизоидное расстройство личности.
9. Опишите циклоидное расстройство личности.
10. Опишите эпилептоидное расстройство личности.
11. Опишите антисоциальное расстройство личности.

Глава IV.

Психологические основы психотерапии, реабилитации, психогигиены и психопрофилактики, восстановительного обучения

4.1. Этические принципы деятельности клинического психолога

В основе этической практики клинического психолога лежат этические принципы, руководящие как работой практикующего психолога, так и моральные нормы и принципы, на которые опирается медицинская практика. Более того, психологическая практика, как отрасль, занимающаяся оказанием помощи людям, ряд этических принципов заимствовала из медицины. Именно поэтому мы рассмотрим развитие этических воззрений клинической психологии, начиная с первых медицинских этических постулатов.

1. Первая этическая медицинская концепция была создана в школе Гиппократ (V–IV вв. до н. э.). В основе её лежит принцип «Не навреди». Практическое отношение врача к больному и здоровому человеку, изначально ориентированное на заботу, помощь, поддержку является основной чертой профессиональной врачебной этики. В «Клятве» поднимаются вопросы об обязательствах перед учителями, коллегами и учениками, о гарантиях непричинения вреда («Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от всякого вреда и несправедливости»), оказания помощи, проявления уважения, отрицательном отношении к эвтаназии («Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла»), абортam («Я не вручу никакой женщине абортивного пессария»), о недопустимости интимных связей с пациентами

(«В какой бы дом я ни вошёл, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всего намеренного, несправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами»), «У врача с больными немало отношений: ведь они отдают себя в распоряжение врачам, и врачи во всякое время имеют дело с женщинами, с девицами и с имуществом весьма большой цены, следовательно, в отношении всего этого врач должен быть воздержанным»), о врачебной тайне («Что бы при лечении, а также и без лечения я ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной»). Гиппократом были определены общие правила взаимодействия врача с пациентом, при этом акцент ставился на поведении врача у постели больного. При контакте с больным предписывалась такая форма общения, которая способствовала бы ориентации пациента на выздоровление, ободряла его, чтобы он не слишком волновался духом, стараясь приблизить к себе время выздоровления.

2. Модель Парацельса (XV–XVI вв.) – принцип «Делай добро». На положениях данной концепции лежит печать довлевшей в тот период религиозной парадигмы. Форма врачебной этики, сложившаяся в Средние века, в рамках которой нравственные отношения с пациентом понимаются как составляющая стратегии терапевтического поведения врача, наиболее полно представлена Парацельсом. Модель Парацельса – это учёт индивидуальных особенностей личности, признание глубины её душевных контактов с врачом и включённости этих контактов в лечебный процесс. В рамках этой модели реализуется патернализм (pater – отец) как тип взаимоотношений между врачом и пациентом, для которых характерны положительные психэмоциональные привязанности и социально-моральная ответственность, «целебность», «божественность» самого контакта врача и больного. Парацельс писал, что сила врача – в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарства – любовь.

Предполагается, что христианские ценности способствовали также становлению суггестивной терапии, которую активно применял выдающийся врач XVI в. Кардано, рассматривая её как необходимую и эффективную составляющую любого терапевтического воздействия. Кардано понял роль фактора доверия и утверждал, что успешность лечения во многом определяется верой пациента во врача, так как тот, кто больше верит, излечивается лучше.

3. Деонтологическая модель (XVIII–XIX вв.) – deontos – должное. Деонтология как наука о долге, моральной обязанности, нравственном совершенстве и безупречности особенно важна в тех профессиональных областях, где широко используются сложные межличностные взаимовлияния и ответственные взаимодействия. Основой деонтологии является принцип «соблюдения долга». Деонтологическая модель врачебной этики – это совокупность «должных» правил (соизмерение, соблюдение себя с «должным» и оценка действия не только по результатам, но и по намерениям), соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики. Деонтология включает в себя вопросы соблюдения врачебной тайны, меры ответственности за жизнь и здоровье больных, проблемы взаимоотношений в медицинском сообществе, взаимоотношений с больными и их родственниками.

Соблюдать долг – это значит выполнять определённые требования. Недолжный поступок – тот, который противоречит требованиям, предъявляемым врачу со стороны медицинского сообщества, общества, собственной воли и разума. Когда правила открыты и точно сформулированы для каждой медицинской специальности, принцип «соблюдения долга» не признает оправданий при уклонении от его выполнения. Идея долга является определяющим, необходимым и достаточным основанием действий врача. Если человек способен действовать по безусловному требованию «долга», то он соответствует выбранной профессии, если нет, то он должен покинуть данное профессиональное сообщество.

4. Биомедицинская этическая модель (60–70 гг. XX в.) рассматривает медицину в контексте прав человека. Биоэтика (этика жизни)

– систематические исследования поведения человека в области наук о жизни и здравоохранении в той мере, в которой это поведение рассматривается в свете моральных ценностей и принципов. Основным моральным принципом биоэтики становится принцип «уважения прав и достоинства личности». Под влиянием этого принципа меняется решение «основного вопроса» медицинской этики – вопроса об отношениях врача и пациента. Остро стоит вопрос об участии больного в принятии врачебного решения, что оформляется в новых типах взаимоотношений врача и больного – информационный, совещательный, интерпретационный типы являются формой защиты прав и достоинства человека.

На современном этапе обсуждается не только помощь больному, но и возможности управления процессами патологии, зачатия и умирания с весьма проблематичными физическими и нравственными последствиями для человека и человечества. Всё большее влияние приобретает автономная модель, когда пациент оставляет за собой право принимать решения, связанные с его здоровьем и медицинским лечением. В этом случае врач и пациент совместно разрабатывают стратегию и методы лечения. Врач применяет свой медицинский опыт и даёт разъяснения относительно прогноза лечения, включая альтернативу отказа пациента от лечения. Пациент, зная свои цели и ценности, определяет вариант, который больше всего соответствует его интересам и планам на будущее. На первый план выходит принцип благополучия пациента, который реализуется доктриной информированного согласия (самоопределение пациента зависит от степени его информированности). Врач обязан снабдить больного не только всей интересующей его информацией, но и той, о которой пациент может и не подозревать.

Вновь и вновь обсуждаются этические проблемы аборта и эвтаназии, репродукции и трансплантации. В 90-х гг. биоэтика стала понятием, включающим всю совокупность социально-этических проблем современной медицины. Современная клиническая психология опирается на общемедицинские этические принципы. Однако

клинический психолог в своей деятельности сталкивается и со специфическими этическими вопросами:

1. Необходимость информирования испытуемого о целях и содержании психологического обследования перед его проведением. Клинический психолог обязан соблюдать конфиденциальность при обсуждении результатов исследования, получить согласие пациента при целесообразности ознакомления его результатами других специалистов помимо лечащего врача, проявлять корректность при проведении исследования или отказе от него.

2. Соблюдение границ приёмого поведения. Учитывая специфику межличностного взаимодействия между клиническим психологом и пациентом, необходимо чётко определять профессиональные границы общения при психологическом консультировании и психокоррекции, так как «пересечение» границ может привести к деструкции лечебного процесса и нанести вред пациенту.

3. Сложным этическим вопросом может быть формирование эмоциональной привязанности пациента к клиническому психологу. Привязанность, превращаясь в зависимость, вызывает негативные реакции, ведущие к деструктивным формам поведения. Клинический психолог должен тщательно контролировать свои действия, чтобы эмоциональная поддержка не препятствовала обеспечению пациента средствами для самостоятельной борьбы с трудностями и реализации своих жизненных целей.

4.2. Понятие психологической интервенции: её определение, основные направления, причины терапевтического эффекта

Психотерапевтическое вмешательство, или психотерапевтическая интервенция, – это вид психотерапевтического воздействия, который характеризуется определёнными целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия, то есть методов. Термин **психотерапевтическое вмешательство** может означать конкретный психотерапевтический приём, например, разъяснение, уточнение, стимуляцию, вербализацию, интерпретацию, конфронтацию, научение, тренинг,

советы, а также более общую стратегию поведения психотерапевта, которая тесным образом связана с теоретической ориентацией (прежде всего, с пониманием природы того или иного расстройства и целями и задачами психотерапии) (Б. Д. Карвасарский, 2002).

Психотерапевтическое влияние одного человека на другого многие считают искусством. В этом есть доля истины. Иногда говорят также о врождённом психотерапевтическом таланте, и это тоже верно. Однако нельзя противопоставлять искусство науке, а врождённые способности психотерапевта – знанию и умению. Чтобы стать хорошим психотерапевтом, мало обладать нужными личностными особенностями и врождёнными качествами, необходимо также развивать их в себе и научиться пользоваться ими.

Методы клинико-психологических интервенций могут быть классифицированы по различным основаниям. Они могут быть вербальными или невербальными, ориентированными в большей степени либо на когнитивные, либо на эмоциональные, либо на поведенческие аспекты, индивидуальными и групповыми и тому подобное. Типичными психологическими средствами являются беседа, тренировка (упражнения) или межличностные взаимоотношения как фактор влияния и воздействия.

Функции клинико-психологических интервенций состоят в профилактике, лечении, реабилитации и развитии. Клинико-психологические интервенции, выполняющие функцию лечения (терапии) и частично реабилитации, по своей сути, интервенции психотерапевтические.

Психологические вмешательства, не являющиеся собственно психотерапевтическими, играют важную роль также в профилактике и реабилитации. Ведущая роль клинико-психологических вмешательств в психопрофилактике, профилактике нервно-психических и психосоматических заболеваний очевидна. Она состоит в выявлении контингентов риска и в разработке соответствующих профилактических мероприятий, в работе с лицами, имеющими разнообразные трудности и проблемы психологического характера, с кризисными личностными и травматическими стрессовыми ситуациями,

с лицами, характеризующимися прогностически неблагоприятными личностными особенностями (низкой самооценкой, высоким уровнем тревоги, ригидностью, повышенной чувствительностью к стрессу, низкой фрустрационной толерантностью, имеющимися расхождениями в убеждениях о важных способах заботы о здоровье и практике их применения), повышающими риск возникновения нервно-психических и психосоматических расстройств.

Наряду с собственно психопрофилактикой, клинико-психологические вмешательства играют важную роль и в профилактике других соматических заболеваний. Профилактические мероприятия, как правило, требуют от человека более чёткого, чем обычно, контроля за своим физическим и психическим состоянием, соблюдения определённого режима труда и отдыха, отказа от вредных привычек, частичного изменения привычных стереотипов поведения, поддержания того, что называется здоровым образом жизни. Часто требуются регулярное применение фармакологических средств, определённых лечебно-профилактических процедур. Всё это может быть реализовано человеком при определённой организованности, понимании необходимости выполнения всего комплекса профилактических мероприятий, а главное – при активной вовлечённости в этот процесс и наличии высокой и адекватной мотивации к такого рода поведению.

Формирование мотивации и активной вовлечённости человека в профилактику с учётом его личностных особенностей и предрасположенности к тому или иному заболеванию также предполагает клинико-психологические вмешательства.

При нервно-психических заболеваниях, которые характеризуются достаточно выраженными личностными нарушениями в системе отношений пациента, в сфере межличностного функционирования, клинико-психологические вмешательства играют чрезвычайно важную роль, выполняя, по сути дела, функцию психотерапии (лечения). При тяжёлых хронических болезнях возникает множество проблем психологического и социально-психологического характера, требующих клинико-психологического вмешательства: реакция личности на болезнь, неадекватное отношение к болезни

(недооценка или переоценка своего заболевания, чрезмерная эмоциональная реакция, пассивность, формирование необоснованно широкого ограничительного поведения) могут существенно осложнить процесс лечения и реабилитации в целом.

Психологические и социально-психологические последствия хронического заболевания меняют привычный образ жизни человека и могут стать причиной изменения социального статуса, снижения работоспособности, проблем в семейной и профессиональной сферах, частичной невозможности удовлетворения значимых потребностей, неверия в собственные силы, неуверенности в себе, недооценки существующих возможностей и собственных ресурсов, сужения интересов и круга общения, дефицита жизненных перспектив. Так же, как и в профилактике и лечении, успешность реабилитационных мероприятий во многом зависит от активности самого пациента и наличия адекватной мотивации. Клинико-психологические вмешательства играют важную роль в реабилитации пациентов не только с проблемами, касающимися «личностного» блока, но и с нарушениями психических функций (памяти, внимания, моторики, речи).

Развитие рассматривается как одна из самостоятельных функций клинико-психологических вмешательств далеко не всеми авторами и понимается по-разному. Это связано с тем, что психотерапия, психопрофилактика, реабилитация, наряду с собственными прямыми функциями (лечебной, профилактической, реабилитационной), способствуют также личностному развитию и гармонизации за счёт совершенствования самопонимания и самосознания, переработки и преодоления внутриличностных и межличностных конфликтов, развития новых, более адекватных способов эмоционального и поведенческого реагирования, более точного понимания других людей и межличностного взаимодействия в целом. В ряде психотерапевтических систем (например, в клиент-центрированной психотерапии Роджерса) личностный рост, развитие личности считаются одними из важнейших задач психотерапии.

Таким образом, с одной стороны, функция развития для клинико-психологических интервенций (психологических интервенций

в клинике) является вторичной, дополнительной. С другой стороны, психологическое консультирование в клинике (например, консультирование пациентов с соматическими и нервно-органическими заболеваниями, не проходящих собственно психотерапевтического лечения, а обратившихся за помощью в связи с личными проблемами, прямо не связанными с их заболеванием) способствует новому видению человеком самого себя и своих проблем и конфликтов, эмоциональных проблем и особенностей поведения. В дальнейшем это может привести к определённым изменениям в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах и способствовать развитию личности.

Клинико-психологические интервенции ориентированы на достижение определённых изменений и могут быть направлены как на общие, отдалённые, цели, так и на конкретные, более близкие. Однако всегда психологические средства воздействия должны чётко соответствовать его целям.

Теоретическая обоснованность клинико-психологических интервенций подтверждается определёнными теориями научной психологии. Формирование адекватных представлений о психологических основах психотерапии имеет важное значение. Любое психологическое вмешательство основывается на знаниях о норме и патологии. Научно обоснованная психотерапевтическая система также имеет в своей основе два предшествующих звена, раскрывающих содержание понятий «норма» и «патология». Концепция нормы – это представления о здоровой личности, то есть психологическая концепция, которая определяет основные детерминанты развития и функционирования личности человека. Концепция патологии – это понимание возникновения личностных нарушений (в частности, происхождения невротических расстройств), рассматриваемое в рамках соответствующих представлений о норме.

Цели и задачи психотерапии, механизмы её лечебного действия, стадии, тактики и стратегии психотерапевта, конкретные техники и прочее обычно рассматриваются на модели невротических расстройств, поскольку психогенный характер этих нарушений обуславливает необходимость использования психотерапии в качестве

основного метода лечения, что предполагает её реализацию в виде наиболее полной, глубокой и целостной модели.

Эмпирическая проверка клинико-психологических интервенций связана прежде всего с изучением их эффективности, она должна всегда осуществляться профессионалами. Ответить на вопрос об эффективности того или иного метода психотерапии или психотерапевтического подхода могут не самоотчёты отдельных пациентов, а научные исследования, проведённые на репрезентативной выборке и соответствующие определённым требованиям (чёткое определение метода психотерапии, гомогенность материала, случайная выборка, наличие независимых экспертов, разделение функций психотерапевта и исследователя, сопоставление непосредственных и отдалённых результатов лечения, репрезентативная выборка в ка-тамнезе, наличие контрольных групп и прочее).

Профессиональные действия – ещё одна характеристика клинико-психологических интервенций. Это означает, что они должны осуществляться в профессиональных рамках, профессионалами, подготовленными в области клинической психологии и психотерапии, врачами, психологами и социальными работниками.

4.3. Место психотерапии и психологической коррекции в комплексном лечении больных с психическими, поведенческими и психосоматическими расстройствами

Оказание психологической помощи – одна из наиболее значимых проблем в клинической психологии. Она необходима здоровым людям (клиентам) с разнообразными житейскими проблемами, находящимся в кризисном состоянии, а также больным (пациентам) с различными психическими и соматическими заболеваниями, имеющим психологические проблемы, невротические и психосоматические расстройства, а также характерологические и личностные отклонения.

Психологическая помощь – область практического применения психологии, ориентированная на повышение социально-

психологической компетентности людей. Она может адресоваться как отдельному субъекту, так и группе, организации.

В клинической психологии психологическая помощь включает предоставление человеку информации о его психическом состоянии, причинах и механизмах появления у него психологических или психопатологических феноменов, а также активное целенаправленное психологическое воздействие на индивида с целью гармонизации его психической жизни, адаптации к социальному окружению, купированию психопатологической симптоматики и реконструкции личности для повышения порога фрустрационной толерантности, формирования стрессо- и невротозустойчивости.

Основными способами оказания психологической помощи в клинической психологии являются психологическое консультирование, психологическая коррекция (психокоррекция) и психотерапия. Все они направлены на различные стороны личности, но различаются по целям и способам воздействия. Все виды психологической помощи могут применяться отдельно и в сочетании.

Психологическое консультирование – особым образом организованное общение, взаимодействие консультанта с клиентом, в результате которого клиент справляется с разрешением актуальных психологических проблем.

От классической психотерапии психологическое консультирование отличается отказом от концепции болезни, при этом основное внимание уделяется проблемной ситуации и личностным ресурсам клиента по её преодолению. От обучения консультативную психологию отличает придание значения не столько знаниям, которые сообщаются пациенту в ходе консультативных встреч, сколько особым взаимоотношениям между консультантом и клиентом, порождающим у последнего дополнительные возможности самостоятельного преодоления трудностей. Однако между этими тремя областями жёстких границ нет – модели обучения, консультирования и психотерапии взаимно обогащают друг друга.

Консультирование в большей степени ориентируется на психологическое воздействие, так как учитывает цели пациента. Вследствие

этого в процессе консультирования с помощью специальных методов воздействия осуществляется нормализация психического состояния индивида, расширение представлений о себе, ситуации, вариантах преодоления жизненных сложностей, внутриличностных конфликтов и приобретения навыков психологической защиты и компенсации.

Под **психологической коррекцией (психокоррекция)** понимается как деятельность специалиста по исправлению (корректировке) тех особенностей личности, психического развития клиента, которые не являются оптимальными для него. Её целью является выработка и овладение навыками адекватной для индивида и эффективной для сохранения здоровья психической деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе.

Методы коррекции, как и психологического консультирования, многообразны, выбор их зависит от того, к какой школе принадлежит психолог (подходы: поведенческий, психоаналитический, экзистенциально-гуманистический, когнитивный, деятельностный, трансперсональный и другие).

Психокоррекция в большей степени ориентируется на процессы манипулирования, управления и формирования, что обычно связано с неспособностью человека самостоятельно (даже при приобретении знаний и навыков саморегуляции) изменить параметры своей психической деятельности в силу аномалий или дефектов психики.

Психотерапия – в узком понимании термина является системой комплексного лечебного вербального и невербального воздействия на эмоции, суждения, самосознание человека при различных заболеваниях (психических, нервных, психосоматических). Основной своей задачей психотерапия ставит купирование психопатологической симптоматики, посредством чего предполагается достижение внутренней и внешней гармонизации личности.

В широком понимании психотерапия рассматривается как процесс психологического упорядочения прошлого, настоящего и будущего, достижение гармонии с собой и миром в настоящем (В. В. Макаров, 1999). Такое широкое понимание психотерапии,

по сути, выводит её за рамки только медицинской деятельности, применимо к различным видам психологической помощи и может обеспечить её развитие в различных направлениях.

Профессиональной компетенцией клинического психолога в сфере оказания психологической помощи является психическая патология (но не психотические расстройства) и психологические проблемы как соматически здорового, так и больного человека. При этом клинический психолог вправе применять все виды психологической помощи (консультирование, коррекцию и психотерапию). Он может оказывать психологическое воздействие, манипулировать в процессе общения, управлять собеседником или формировать у него определённые качества (Г. С. Абрамова, 1996). Различные виды психологической помощи включают все эти способы психического воздействия на человека в условиях клинического взаимодействия, но представлены они по-разному.

Воздействие в процессе оказания психологической помощи – изменение психической реальности другого человека с целью создания для него новых переживаний и качеств. Воздействие предполагает ценность другого человека как меру изменения психической реальности.

Манипулирование – изменение психической реальности человека в соответствии с целями и задачами кого-либо или чего-либо. Оно предполагает скрытое или явное обесценивание человека, своеобразное «прибирание его к рукам» манипулятора, «помыкание» им, производимое настолько искусно, что у человека создаётся впечатление, будто он самостоятельно управляет своим поведением (Е. Л. Доценко, 1996).

Управление – изменение психической реальности человека в соответствии с её свойствами. Применяется при отсутствии у индивида возможности адекватной саморегуляции, к примеру, при патологии характера, личностных аномалиях или психопатологических симптомах невротического регистра.

Формирование – это изменение психической реальности человека в соответствии с представлениями о её социальной и индиви-

дуальной норме. В этом случае предполагается, что сам человек не может достичь этой нормы вследствие дефекта или дефицита каких-либо качеств, например, интеллектуальным или волевым.

Считается, что психотерапия относится к сфере деятельности врача-психиатра в силу того, что, с одной стороны, она ориентируется на симптомы и синдромы (то есть болезненные проявления психической деятельности), а с другой, в связи с возможностью развития неблагоприятных последствий оказания психологической помощи.

В России Министерством здравоохранения психотерапевт определяется как врач-психиатр, имеющий специальную подготовку (не менее 700 часов) по психотерапии.

Этих особенностей в значительной степени лишены психологическое консультирование и психокоррекция, которые либо полностью, либо частично исключают возможность развития негативных последствий для соматического или психического здоровья человека. Если сравнить психотерапию с консультированием и коррекцией, то обнаружится факт обязательности учёта для её применения показаний и противопоказаний. То есть психотерапевт должен учитывать целую гамму особенностей при назначении психотерапии – от индивидуально-психологических особенностей пациента до его соматического статуса.

Противопоказаний для психологического консультирования практически не обнаруживается, поскольку состояние здоровья человека не имеет принципиального значения для оказания данного вида психологической помощи. Психокоррекция в этом отношении занимает промежуточное положение между психотерапией и консультированием, поскольку косвенно может влиять на физическое состояние человека и провоцировать ухудшение здоровья. Следовательно, при проведении некоторых психокоррекционных мероприятий целесообразен медицинский или психиатрический контроль (В. Д. Менделевич, 1998).

4.4. Основные направления современной психотерапии (психодинамическая, когнитивно-бихевиоральная, экзистенциально-гуманистическая психотерапия)

Общую для большинства психотерапевтических подходов цель психотерапии можно сформулировать следующим образом: общая цель психотерапии состоит в помощи пациентам изменить своё мышление и поведение таким образом, чтобы стать более счастливыми и продуктивными.

Основных направлений, или подходов, в психотерапии три – психодинамический, феноменологический (экзистенциально-гуманистический), поведенческий (когнитивно-поведенческий).

Психодинамический подход. Для того чтобы понять сущность этого подхода, необходимо обратиться к основам теории личности его создателя З. Фрейда.

Психодинамический подход утверждает, что мысли, чувства и поведение человека детерминированы бессознательными психическими процессами. З. Фрейд сравнивал личность человека с айсбергом: верхушку айсберга представляет сознание, основную же массу, расположенную под водой и не видимую, – бессознательное.

Личность, по З. Фрейду, состоит из трёх главных компонентов. Первый компонент – «ид» (оно) – резервуар бессознательной энергии, называемой либидо. «Ид» включает базальные инстинкты, желания и импульсы, с которыми люди рождаются, а именно: Эрос – инстинкт удовольствия и секса и Танатос – инстинкт смерти, который может мотивировать агрессию или деструктивность по отношению к себе или другим. «Ид» ищет немедленного удовлетворения, невзирая на социальные нормы или права и чувства других. Другими словами, «ид» действует согласно *принципу удовольствия*.

Второй компонент личности – «эго» (я). «Эго» ищет пути удовлетворения инстинктов и действует согласно *принципу реальности*. «Эго» пытается удовлетворить потребности, защитив при этом человека от физического и эмоционального ущерба, который может явиться следствием нарушения интериоризируемых личностью запретов, налагаемых культурой.

Третий компонент личности – «суперэго». Этот компонент развивается в процессе воспитания как результат интернализации родительских и социальных ценностей. З. Фрейд использует для этого процесса термин «интроекция». «Суперэго» включает интроецированные ценности, наши «надо» и «нельзя». Это наша совесть. «Суперэго» действует на основе *морального принципа*, нарушение его норм приводит к чувству вины.

Инстинкты (ид), разум (эго) и мораль (суперэго) часто не ладят между собой, приходят в столкновение – возникают **интрапсихические, или психодинамические, конфликты**. З. Фрейд считал, что число этих конфликтов, их природа и способы разрешения придают форму личности и определяют многие аспекты поведения. Личность отражается в том, как человек решает задачу удовлетворения широкого спектра потребностей.

В норме адаптивное поведение связывается с малым количеством конфликтов или с эффективным их решением. Многочисленные, тяжёлые или плохо управляемые конфликты приводят к отклоняющимся чертам личности или к психическим расстройствам.

Наиболее важная функция «эго» – образование защитных механизмов против тревоги и вины. Механизмы защиты – это бессознательная психологическая тактика, помогающая защитить человека от неприятных эмоций. Выделяют следующие виды эго-защит:

– вытеснение – неприемлемые влечения, мысли, действия удаляются из сознания и удерживаются в бессознательном, на что затрачиваются силы сдерживания, при истощении которых вытесняемое прорывается в сознание в виде сновидений, ошибочных действий и невротических симптомов. Вытеснение представляет собой самый распространённый вид эго-защитных реакций;

– отрицание – неприемлемые мысли, желания, действия, намерения удаляются из сознания, заменяясь на противоположные – приемлемые, одобряемые;

– рационализация – неприемлемым желаниям, мыслям, намерениям и прочее даются приемлемые объяснения (оправдания);

– генерализация (сверхообобщение) – для снятия с себя ответственности за неприемлемые мысли и действия человек распространяет их на всех людей/представителей группы («Да все воруют!», «Все бабы/мужики...» и тому подобное);

– проекция – собственные желания, мысли, качества приписываются внешним объектам (другим людям, животным, неодушевленным предметам и прочее). Механизм проекции активно используется в общей и клинической психодиагностике для раскрытия содержания бессознательной сферы обследуемого.

Невротическая тревога, по З. Фрейду, это сигнал того, что бессознательные импульсы угрожают преодолеть защитные механизмы и достичь сознания.

Благодаря действию защитных механизмов бессознательное становится трудным для исследования, но З. Фрейд разработал для этого метод – *психоанализ*. Психоанализ включает толкование свободных ассоциаций, сновидений, обыденного поведения (обмолвок, ошибок памяти и другие), анализ переноса.

Психоанализ (и любой другой метод в рамках психодинамического подхода) ставит перед собой две основные задачи:

1. Добиться у пациента осознания (инсайта) интрапсихического, или психодинамического, конфликта.

2. Проработать конфликт, то есть проследить, как он влияет на актуальное поведение и на интерперсональные отношения.

Например, психоанализ помогает пациенту осознать скрытое, подавленное чувство гнева по отношению к родителю. Это осознание дальше дополняется работой над тем, чтобы пациент эмоционально пережил и освободил подавляемый гнев (катарсис). Эта работа помогает затем пациенту осознать, как бессознательный конфликт и связанные с ним защитные механизмы создают межличностные проблемы. Так, враждебность пациента к начальнику, старшему сотруднику или другой «родительской фигуре» может являться символическим, бессознательным отреагированием детских конфликтов с родителем.

Теперь мы можем сформулировать сущность психодинамического подхода в психотерапии: это подход, который подчёркивает важность для понимания генеза и лечения эмоциональных расстройств интрапсихических конфликтов, которые являются результатом динамической и часто бессознательной борьбы противоречивых мотивов внутри личности.

Разновидности психоанализа. Классический фрейдовский психоанализ сейчас не так популярен, как раньше. Частично это связано с тем, что теория личности З. Фрейда, основанная на инстинктах, устарела, частично же с тем, что психоанализ дорог и требует много времени. Больше всего подвергалась критике идея Фрейда о том, что все симптомы являются реакцией на конфликт, вызванный фрустрацией инфантильных сексуальных импульсов. Появилось много разновидностей психодинамических теорий личности и лечения эмоциональных нарушений.

Некоторые из этих разновидностей в меньшей степени, чем фрейдизм, фокусированы на «ид», бессознательном и прошлом. Они уделяют больше внимания актуальным проблемам и тому, как можно использовать «силу эго» для их решения. В этих терапиях клиентам помогают осознать не «эдипов комплекс», а то, как глубинные чувства тревоги, неуверенности и неполноценности приводят к эмоциональным нарушениям и проблемам в отношениях с другими.

Сюда входит прежде всего индивидуальная психология Альфреда Адлера (1927), который подчёркивал роль врождённых *социальных* побуждений в формировании личности. Адлер предположил, что каждый человек рождается в беспомощном, зависимом состоянии, которое создаёт чувство неполноценности. Это негативное чувство, соединённое с природным желанием стать «оперившимся» членом общества, является стимулом для развития личности. Адлер объяснял этот процесс как *стремление к превосходству*, под которым понимал стремление к самоосуществлению, а не только желание быть лучше других. Если чувства неполноценности очень сильны, то они приводят к компенсации, даже гиперкомпенсации

неполноценности – к *«комплексу неполноценности»*. Невроз развивается в том случае, если человек терпит неудачу при преодолении комплекса неполноценности; невроз позволяет пациенту сохранить чувство собственного достоинства, относя свою слабость за счёт болезни.

Другой разновидностью психоанализа является *эгопсихология* (А. Фрейд, Хартман, Клейн). Эгопсихологи рассматривали «эго» не просто как посредника в конфликтах между «ид», «суперэго» и средой, а как творческую, адаптивную силу. «Эго» ответственно за развитие языка, восприятие, внимание, планирование, обучение и другие психологические функции.

Теоретики *неофрейдизма*, такие как Карен Хорни (1937), Эрих Фромм (1941) следовали путём А. Адлера, сосредоточившись на изучении того, как социальная среда участвует в формировании личности. Они считали, что наиболее значимым для формирования личности является удовлетворение социальных потребностей – потребностей в защищённости, безопасности, в признании (принятии). Когда эти потребности не удовлетворяются, люди испытывают сильный дискомфорт и стремятся решить проблему, используя других людей, получив от них то, в чём они нуждаются. Стратегии, используемые для этого, – стремление к превосходству над другими или, напротив, чрезмерная зависимость от других – формируют личность. Салливен придавал столь большое значение межличностным отношениям, что определил личность как «паттерн интерперсонального поведения индивида».

В современном психодинамическом подходе линию неофрейдистов продолжают теоретики *объектных отношений*, такие как Мелани Клейн, Отто Кернберг, Гейнц Кохут.

Теории объектных отношений подчёркивают важность для личностного развития очень ранних отношений между детьми и их объектами любви, обычно матерью и первичными фигурами, обеспечивающими ребёнку уход. Особенно критическим в жизни человека является то, *как* первичные фигуры обеспечивают поддержку, защиту, принятие и одобрение или, другими словами, удовлетворяют

физические и психологические потребности ребёнка. Природа этих объектных отношений имеет важный импульс для развития личности. В своём развитии здоровая личность проходит путь от надёжной ранней привязанности к матери или её заместителям через постепенное отдаление от объекта привязанности к способности строить отношения с другими людьми как независимый индивид. Нарушенные объектные отношения могут создавать проблемы, которые вмешиваются в процессы личностного развития и приводят к неадекватной самооценке, трудностям в межличностных отношениях или более серьёзным психическим расстройствам.

Разновидностью психодинамической психотерапии является наша отечественная личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, разрабатываемая в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева, теоретической основой которой служит *психология отношений* В. Н. Мясищева (1960).

Главной целью этой модели является реконструкция системы отношений, нарушенной в процессе развития личности под воздействием социальных факторов, прежде всего искажённых межличностных отношений в родительской семье. Нарушенная система отношений не позволяет человеку рационально решать возникающие в трудной жизненной ситуации интрапсихические конфликты, что и приводит к возникновению невроза. Осознание конфликта является одной из важных задач в процессе психотерапии.

Феноменологический подход. Согласно феноменологическому подходу, каждый человек обладает уникальной способностью по-своему воспринимать и интерпретировать мир. На языке философии психическое переживание окружающего называется феноменом, а изучение того, как человек переживает реальность – феноменологией.

Сторонники этого подхода убеждены, что не инстинкты, внутренние конфликты или стимулы среды детерминируют поведение человека, а его личное восприятие реальности в каждый данный момент. Люди сами себя контролируют, их поведение детерминировано способностью делать свой выбор – выбирать, как думать, и как поступать. Эти выборы продиктованы уникальным восприятием

человеком мира. Например, если вы воспринимаете мир как дружелюбный и принимающий вас, то вы, скорее всего, будете чувствовать себя счастливым и в безопасности. Если же вы воспринимаете мир как враждебный и опасный, то вы, вероятно, будете тревожным и дефензивным (склонным к защитным реакциям). Феноменологические психологи рассматривают даже глубокую депрессию не как психическое заболевание, а как признак пессимистического восприятия индивидом жизни.

Фактически феноменологический подход оставляет за пределами своего рассмотрения инстинкты и процессы научения, которые являются общими и для людей, и для животных. Вместо этого феноменологический подход сосредоточивается на таких специфических психических качествах, которые выделяют человека из животного мира: сознание, самосознание, креативность, способность строить планы, принимать решения и ответственность за них. По этой причине феноменологический подход называется также *гуманистическим*.

Другое важное предположение этого подхода состоит в том, что у каждого человека есть врождённая потребность в реализации своего потенциала – в личностном росте – хотя среда может блокировать этот рост. Люди от природы склонны к доброте, творчеству, любви, радости и другим высшим ценностям. Феноменологический подход подразумевает также, что никто не может по-настоящему понять другого человека или его поведение, если он не попытается взглянуть на мир глазами этого человека. Феноменологи таким образом полагают, что любое поведение человека, даже такое, которое кажется странным, исполнено смысла для того, кто его обнаруживает.

Эмоциональные нарушения отражают блокирование потребности в росте (в самоактуализации), вызванное искажениями восприятия или недостатком осознания чувств. Гуманистическая психотерапия основывается на следующих предположениях:

1. Лечение есть встреча равных людей («энкаунтер»), а не лекарство, прописываемое специалистом. Оно помогает пациенту восстановить свой естественный рост и чувствовать и вести себя в

соответствии с тем, какой он есть на самом деле, а не с тем, каким он должен быть по мнению других.

2. Улучшение у пациентов наступает само по себе, если терапевт создаёт правильные условия. Эти условия способствуют осознанности, самопринятию и выражению пациентами своих чувств. Особенно тех, которые они подавляли и которые блокируют их рост.

Как и при психодинамическом подходе, терапия способствует инсайту, однако в феноменологической терапии инсайт – это осознание текущих чувств и восприятий, а не бессознательных конфликтов.

3. Наилучший способ создания этих правильных (идеальных) условий – установление отношений, при которых пациент чувствует безусловное принятие и поддержку. Терапевтические изменения достигаются не вследствие применения специфических техник, а вследствие переживания пациентом этих отношений.

4. Пациенты полностью ответственны за выбор своего образа мыслей и поведения.

Наиболее известными из форм феноменологической терапии являются клиент-центрированная терапия К. Роджерса и гештальт-терапия Ф. Перлза.

К. Роджерс практиковал психодинамическую терапию в 30-х годах. Но скоро он начал сомневаться в её ценности. Особенно не импонировало ему быть беспристрастным экспертом, который «понимает» пациента. Он убедился в том, что менее формальный подход более эффективен, и начал использовать так называемую недирективную терапию, то есть он позволял своим пациентам решать, о чём говорить и когда, без направления, оценки или интерпретации со стороны терапевта. Этот подход сейчас называется клиент-центрированной терапией, чтобы подчеркнуть роль клиента. Фундаментом лечения К. Роджерса является создание отношения, характеризуемого тремя важными и взаимосвязанными позициями (триада К. Роджерса): безусловное позитивное отношение, эмпатия, конгруэнтность.

1. Безусловное позитивное отношение. Терапевт должен показать, что он искренне заботится о клиенте, принимает его как человека и доверяет его способности изменяться. Это не только требует

готовности слушать клиента, не прерывая его, но также и принятия того, о чём говорится, без суждения и оценки, невзирая на то, каким бы «плохим» или «странным» это ни казалось. Терапевту не нужно одобрять всё, что говорит клиент, но он должен принять это как реальную часть оцениваемого человека. Терапевт должен также доверять клиентам в самостоятельном решении их собственных проблем, следовательно, он не даёт советов. Совет, как говорит К. Роджерс, несёт скрытое сообщение о том, что клиент некомпетентен или неадекватен, – это делает его менее уверенным и более зависимым от помощи.

2. Эмпатия. Многие формы терапии предлагают взгляд на пациента со стороны. Эмпатия требует внутреннего взгляда, сосредоточения на том, что пациент может думать и чувствовать. Клиент-центрированный терапевт действует не как сторонний наблюдатель, который стремится наклеить диагностический ярлык на клиента, а как человек, который хочет понять, как выглядит мир с точки зрения клиента.

Об эмпатии нельзя сообщить «Я понимаю» или «Я знаю, что вы сейчас чувствуете». Терапевт передает эмпатию, показывая, что он активно слушает клиента. Подобно искусным интервьюерам, клиент-центрированные терапевты вступают в контакт с клиентом с помощью глаз, кивают головой, когда пациент говорит, и оказывают другие знаки внимания. Используется также тактика, называемая отражением («рефлексией»). Отражение показывает, что терапевт активно слушает, а также помогает клиенту осознать те мысли и чувства, которые он переживает. Действительно, большинство клиентов реагируют на эмпатическое отражение пристальным вниманием к своим чувствам.

3. Конгруэнтность. Данное понятие описывается К. Роджерсом формулой: чувствую-осознаю-выражаю в общении. Это значит, что безусловное позитивное отношение терапевта и эмпатия являются настоящими, а не деланными. Переживание конгруэнтности терапевта позволяет клиенту увидеть, возможно впервые, что открытость и честность могут быть основой человеческих отношений. Обретение конгруэнтности клиентом качественным образом изменяет его систему отношений с собой, окружением, миром в целом.

В качестве иллюстрации использования на практике принципов Роджерса ниже приводится выдержка из его беседы с пациенткой (К. Роджерс).

Клиент (К.): Я не могу быть такой, какой я хочу быть. Пожалуй, у меня нет сил убить себя, но, если бы кто-нибудь ещё освободил меня от ответственности или если бы со мной произошел несчастный случай, я бы... я просто не хочу жить.

Терапевт (Т.): В настоящее время всё выглядит таким мрачным, что вы не видите смысла в жизни. (Заметьте использование эмпатической рефлексии и отсутствие какой-либо критики.)

К.: Да, я жалею, что согласилась на эту терапию. Я была счастлива, когда жила в мире моих грез. В нём я могла быть такой, какой хотела. Но теперь возникла такая широкая пропасть между моим идеалом и тем, что я есть... (Заметьте, что в ответ на рефлексии клиентка даёт больше информации.)

Т.: Да, я понимаю, как тяжело копать в самой себе и что временами так заманчиво и удобно спрятаться в мире своих грёз. (Рефлексия.)

К.: Мой мир грёз или самоубийство... Одним словом, не стоит тратить ваше время, приходите два раза в неделю... я не достойна... Что вы думаете?

Т.: Это зависит от вас... Я не теряю своего времени. Я был бы рад встретиться с вами, когда бы вы не пришли, но решать вам... (Заметьте конгруэнтность в искреннем желании встречаться с пациенткой и безусловно позитивное отношение, выражающееся в доверии к её способности делать выбор и принимать за него ответственность.)

К.: Вы не собираетесь предложить мне приходиться чаще? Вы не боитесь за меня и не считаете, что мне надо приходиться каждый день, пока я не выберусь из этого?

Т.: Я верю, что вы сами можете принять решение. Я приму вас как только вы захотите прийти. (Позитивное отношение.)

К. (говорит с благоговейным страхом): Я верю, что вам не страшно за меня... я понимаю... я могу бояться за себя, но вы не боитесь за меня. (Она переживает уверенность терапевта в ней.)

Т.: Вы говорите, что можете бояться за себя и удивлены тем, что я не боюсь за вас? (Рефлексия.)

К.: Вы больше доверяете мне, чем я сама. Возможно, я навещу вас на следующей неделе.

Клиентка была права. Терапевт действительно доверял ей больше, чем она сама себе (кстати, она не покончила с собой). Роджерс замечал, что в процессе клиент-центрированной терапии

клиенты становятся не только более уверенными в себе, но они начинают лучше осознавать свои подлинные чувства, принимать себя, держаться более комфортно и естественно с другими людьми, в большей степени полагаться на собственную оценку, чем на мнения других, и становятся более продуктивными и спокойными.

Гуманистический подход к психотерапии называется также недирективным, поскольку в рамках данного подхода психотерапевт стремится всеми силами снизить уровень своего воздействия на личность клиента. Основными методами работы здесь являются методы внимания и выслушивания, в рамках которых минимизируется даже количество вопросов. Недирективный психотерапевт старается избегать вопросов в ходе сбора информации, поскольку зачастую вопрос заставляет клиента отказаться от своей логики, и двигаться дальше, следуя логике психотерапевта. А это противоречит принципам клиент-центрированной психотерапии.

Поведенческий подход. Поведенческая терапия как систематический подход к диагностике и лечению психологических расстройств возникла относительно недавно – в конце 50-х гг. На ранних стадиях развития поведенческая терапия определялась как приложение «современной теории научения» к лечению клинических проблем. Понятие «современные теории научения» относилось тогда к принципам и процедурам классического и оперантного обусловливания.

Теоретическим источником поведенческой терапии являлась концепция бихевиоризма американского зоопсихолога Уотсона и его последователей, которые поняли огромное научное значение павловского учения об условных рефлексах, но истолковали и использовали их механистически. Согласно взглядам бихевиористов, психическая деятельность человека должна исследоваться, как и у животных, лишь путём регистрации внешнего поведения и исчерпываться установлением соотношения между стимулами и реакциями организма независимо от влияния личности. В попытках смягчить явно механистические положения своих учителей необихевиористы (Толман, Халл) позднее стали учитывать между

стимулами и ответными реакциями так называемые «промежуточные переменные» – влияния среды, потребностей, навыков, наследственности, возраста, прошлого опыта и другие, но по-прежнему оставляли без внимания личность. По сути, бихевиоризм следовал давнему учению Декарта о «животных машинах» и концепции французского материалиста XVIII в. Ламетри о «человеке-машине».

В классической бихевиоральной концепции Уотсона поведение человека описывается формулой «стимул-реакция».

Основываясь на теориях научения, поведенческие терапевты рассматривали неврозы человека и аномалии личности как выражение выработанного в онтогенезе неадаптивного поведения. Поведенческая терапия – это применение экспериментально установленных принципов научения для целей изменения неадаптивного поведения. Неадаптивные привычки ослабевают и устраняются, адаптивные привычки возникают и усиливаются. При этом выяснение сложных психических причин развития психогенных расстройств считалось излишним. Сосредоточение внимания на их последствиях, то есть на симптомах болезни, по мнению автора, имеет то преимущество, что последние можно непосредственно наблюдать, в то время как их психогенное происхождение улавливается лишь сквозь избирательную и искажающую память больного и предвзятых представлений врача.

С годами оптимизм в отношении особой действенности поведенческой терапии стал повсюду ослабевать, даже в среде её видных основоположников. Так, Лазарус – ученик и бывший ближайший сотрудник Вольпе выступил с возражениями против утверждения своего учителя о том, что поведенческая терапия якобы вправе бросить вызов другим видам лечения как наиболее эффективная. На основании своих собственных катамнестических данных Лазарус показал «обескураживающе высокую» частоту рецидивов после проведённой им терапии поведения у 112 больных. Наступившее разочарование ярко выразил, например, Рэмси, написавший: «Первоначальные заявления поведенческих терапевтов относительно результатов лечения были изумляющими, но сейчас изменились...

Диапазон расстройств с благоприятной реакцией на эту форму лечения в настоящее время невелик». О его сокращении сообщили и другие авторы, признавшие успешность поведенческих методов преимущественно при простых фобиях или при недостаточном интеллекте, когда больной не способен формулировать свои проблемы в вербальной форме.

Критики изолированного применения методов поведенческой терапии видят основной её дефект в односторонней ориентации на действие элементарной техники условных подкреплений. Видный американский психиатр Вольберг указывал, например, что, когда психопата или алкоголика постоянно наказывают или отвергают за антисоциальное поведение, они и сами каются в своих поступках. Тем не менее на рецидив их толкает интенсивная внутренняя потребность, гораздо более сильная, чем условно-рефлекторное воздействие извне.

Коренной недостаток теории поведенческой терапии заключается не в признании важной роли условного рефлекса в нервно-психической деятельности человека, а в абсолютизации этой роли.

В последние десятилетия поведенческая терапия претерпела существенные изменения как по своей природе, так и по размаху. Это связано с достижениями экспериментальной психологии и клинической практики. Теперь поведенческую терапию нельзя определить как приложение классического и оперантного обусловливания. Различные подходы в поведенческой терапии наших дней отличаются степенью использования *когнитивных* концепций и процедур.

Когнитивная терапия. Начало когнитивной терапии связывается с деятельностью Джорджа Келли. В 20-х гг. Дж. Келли использовал в своей клинической работе психоаналитические интерпретации. Его изумляло то, с какой лёгкостью пациенты принимали фрейдовские концепции, которые сам Дж. Келли находил абсурдными. В качестве эксперимента Дж. Келли начал варьировать интерпретации, которые он давал пациентам, в рамках самых различных психодинамических школ.

Оказалось, что пациенты одинаково принимают предлагаемые им принципы и полны желаний изменить свою жизнь в согласии с ними. Дж. Келли пришёл к выводу, что ни фрейдовский анализ детских конфликтов, ни даже изучение прошлого как такового не имеют решающего значения. По мнению Дж. Келли, интерпретации З. Фрейда оказывались эффективными, поскольку они расшатывали привычный для пациентов способ мышления и предоставляли им возможность мыслить и понимать по-новому.

Успехи клинической практики при самых различных теоретических подходах, согласно Дж. Келли, объясняются тем, что в процессе терапии происходит изменение того, как люди интерпретируют свой опыт и как они смотрят на будущее. Люди становятся депрессивными или тревожными, потому что попадают в западню ригидных, неадекватных категорий собственного мышления. Например, некоторые люди полагают, что авторитетные фигуры всегда правы, поэтому любая критика со стороны авторитетной фигуры действует на них удручающе. Любая техника, приводящая к изменению этого убеждения, будь она основана на теории, которая связывает такое убеждение с эдиповым комплексом, со страхом потери родительской любви или с потребностью в духовном руководителе, будет эффективна. Дж. Келли решил создать техники для *непосредственной* коррекции неадекватных способов мышления.

Он предлагал пациентам осознать свои убеждения и проверить их. Например, тревожная, депрессивная пациентка была убеждена, что расхождение с мнением её мужа вызовет в нём сильный гнев и агрессию. Дж. Келли настоял на том, чтобы она тем не менее попробовала высказать мужу собственное мнение. Выполнив задание, пациентка убедилась в том, что это не опасно. Такие домашние задания стали обычными в практике Дж. Келли. Иногда он предлагал пациентам даже роль новой личности с новым взглядом на себя и на других – сначала на сеансах терапии, а затем в реальной жизни. Он использовал также ролевые игры. Дж. Келли пришёл к выводу, что сердцевинной невротоз является неадаптивное мышление. Проблемы невротика лежат в *настоящих* способах мышления, а не в прошлом.

В задачу терапевта входит выяснение неосознаваемых категорий мышления, которые приводят к страданиям, и обучение новым способам мышления.

Дж. Келли был одним из первых психотерапевтов, которые старались непосредственно изменять мышление пациентов. Эта цель лежит в основе многих современных терапевтических подходов, которые объединяются понятием *когнитивная терапия*.

На настоящем этапе развития психотерапии когнитивный подход в чистом виде почти не практикуется: все когнитивные подходы в большей или меньшей степени используют поведенческие техники. Это справедливо и по отношению к «рационально-эмотивной терапии» А. Эллиса и к «когнитивной терапии» А. Бека.

Возникновение когнитивно-поведенческой терапии. В экспериментальных работах в области когнитивной психологии, в частности исследованиях Пиаже, были сформулированы ясные научные принципы, которые можно было применить на практике. Даже изучение поведения животных показывало, что надо принимать во внимание их когнитивные возможности для понимания того, как у них происходит научение.

Кроме того, возникло понимание того, что поведенческие терапевты, сами того не подозревая, используют когнитивные возможности своих пациентов. Десенситизация, например, использует готовность и способность пациента к воображению. Тренинг социальных умений не является на самом деле обусловливанием: пациенты обучаются не специфическим реакциям на стимулы, а набору стратегий, необходимых для совладения с ситуациями страха. Использование воображения, новых способов мышления и применение стратегий включает когнитивные процессы.

У поведенческих и когнитивных терапевтов обнаружился ряд общих черт.

1. И те, и другие не интересуются причинами расстройств или прошлым пациентов, а имеют дело с настоящим: поведенческие терапевты сосредоточиваются на актуальном поведении, а когнитивные – на том, что думает человек о себе и о мире в настоящем.

2. И те, и другие смотрят на терапию как на процесс научения, а на терапевта – как на учителя. Поведенческие терапевты учат новым способам поведения, а когнитивные – новым способам мышления.

3. И те, и другие дают своим пациентам домашние задания, с тем чтобы те практиковали за пределами терапевтической среды то, что получили во время сеансов терапии.

4. И те, и другие оказывают предпочтение практическому, лишённому абсурдности (имеется в виду психоанализ) подходу, не обременённому сложными теориями личности.

Клинической областью, сблизившей когнитивный и поведенческий подходы, явилась невротическая депрессия. Аарон Бек, наблюдая больных с невротической депрессией, обратил внимание на то, что в их переживаниях постоянно звучали темы поражения, безнадёжности и неадекватности. Бек заключил, что депрессия развивается у людей, воспринимающих мир в трёх негативных категориях: 1) негативный взгляд на настоящее: что бы ни происходило, депрессивный человек сосредоточивается на негативных сторонах, хотя жизнь и предоставляет некоторый опыт, который приносит удовольствие большинству людей; 2) безнадёжность в отношении будущего: депрессивный пациент, рисуя будущее, видит в нём только мрачные события; 3) сниженное чувство собственного достоинства: депрессивный пациент видит себя несостоятельным, недостойным и беспомощным.

Под влиянием идей Пиаже Бек концептуализировал проблемы депрессивного пациента: события ассимилируются в негативистическую, абсолютистскую когнитивную структуру, результатом чего является уход от действительности и социальной жизни. Пиаже также учил, что деятельность и её последствия имеют силу изменять когнитивную структуру. Это привело Бека к составлению терапевтической программы, которая использовала некоторые из инструментов, разработанных поведенческими терапевтами (самоконтроль, ролевая игра, моделирование, домашние задания и другие).

Другим примером является рационально-эмотивная терапия Альберта Эллиса. Эллис исходит скорее из феноменологической

позиции, что тревога, чувство вины, депрессия и другие психологические проблемы вызываются не психотравмирующими ситуациями как таковыми, а тем, как люди воспринимают эти события, что они думают о них. Эллис говорит, например, что вы расстраиваетесь не из-за того, что провалились на экзамене, а потому, что считаете, что провал – это несчастье, которое указывает на вашу неспособность. Терапия А. Эллиса стремится в первую очередь идентифицировать подобные наносящие ущерб личности («самопоражающие») и вызывающие проблемы мысли, которые пациент приобрёл в результате неправильного научения, а затем помочь пациенту заменить эти малоадаптивные стереотипы мышления на более реалистические, используя при этом моделирование, поощрение и логику. Как и в когнитивной терапии А. Бека, в рационально-эмотивной терапии А. Эллиса много внимания уделяется поведенческим техникам, в том числе домашним заданиям.

Итак, новый этап в развитии поведенческой терапии знаменуется трансформацией её классической модели, основанной на принципах классического и оперантного обусловливания, в когнитивно-поведенческую модель. Мишенью «чистого» поведенческого терапевта является изменение поведения; мишенью когнитивного терапевта – изменение в восприятии себя и окружающей действительности. Когнитивно-поведенческие терапевты признают и то и другое: знания о себе и мире влияют на поведение, а поведение и его последствия воздействуют на представления о себе и мире.

Когнитивно-поведенческие терапевты, как и их предшественники, не интересуются прошлым или причинами невротических расстройств. Они говорят, что никто не знает подлинных причин, а кроме того, не доказано, что знание причин имеет отношение к изцелению. Если больной приходит к врачу с переломом кости, в задачу врача входит его исправление, а не изучение условий, которые привели к нему.

Сравнительный обзор методов психологического лечения

Тема	Психодинамический подход	Поведенческий подход	Феноменологический подход
Природа личности	Двигается сексуальными и агрессивными инстинктами	Продукт социального научения и обусловливания, ведёт себя на основании прошлого	Имеет свободную волю и способность к самоопределению и самоактуализации
Основная проблема	Сексуальное подавление	Тревога	Психическое отчуждение
Концепция патологии	Конфликты в инстинктивной сфере: бессознательные детские либидозные влечения	Приобретённые стереотипы поведения	Экзистенциальное отчуждение: утрата возможностей, расщепление «Я», потеря аутентичности
Вид изменения	Глубинный инсайт: понимание раннего прошлого	Прямое научение: поведение в текущем настоящем, то есть действие или действие в воображении	Непосредственное переживание: ощущение или чувство в данный момент
Временной подход и «фокус»	Исторический: субъективное прошлое	Неисторический: объективное настоящее	Отсутствие историзма: феноменологический момент («здесь и сейчас»)
Задачи терапевта	Понять бессознательное психическое содержание и его историческое, скрытое значение	Программировать, подкреплять, подавлять или формировать специфические поведенческие реакции для устранения тревоги	Взаимодействие в атмосфере взаимного принятия, способствующей самовыражению (от физического до душевного)

Тема	Психодинамический подход	Поведенческий подход	Феноменологический подход
Основные техники	Интерпретация. Материал: свободные ассоциации, сновидения, обыденное поведение, перенос и сопротивление	Обусловливание: систематическая десенсибилизация, позитивное и негативное подкрепление, моделирование поведения	«Энкаунтер» («встреча»): равное участие в диалоге, эксперименты или игры, драматизация или разыгрывание чувств
Роль терапевта	Нейтральная. Помогает пациенту исследовать значение свободных ассоциаций и другого материала бессознательного	Учитель (тренер). Помогает пациенту заменять дезадаптивное поведение на адаптивное. Активный, ориентированный на действие	Фасилитатор (ускоритель) роста личности
Характер связи между терапевтом и пациентом	Трансферная и первостепенная для лечебного процесса: нереальные взаимоотношения	Реальная, но второстепенная для лечения: взаимоотношения отсутствуют	Реальная и первостепенная для лечения, реальные взаимоотношения
Лечебная Модель	Медицинская: врач-пациент. Авторитарная. Терапевтический союз	Образовательная: преподаватель-ученик. Авторитарная. Учебный союз	Экзистенциальная: общение двух равных людей Эгалитарная (равноправная). Человеческий союз

4.5. Отечественная традиция психотерапии и психологического консультирования

Нынешний этап развития теории и практики психологической помощи в республиках бывшего Советского Союза представляет

собой настолько стремительно и разнопланово развивающееся психологическое пространство, что поневоле приходится констатировать: легче дать краткое описание новейшей истории развития психологической помощи, чем обобщить и отрефлексировать все возникающие направления и течения, школы и школы психологической практики.

Тем не менее, мы считаем возможным отметить, как нам представляется, характерные черты современных отечественных подходов к психологической помощи, основываясь на отрефлексированном и систематизированном концептуальном аппарате и опыте психологии и психотерапии XX в. Таких черт-тенденций несколько. Причём они развиваются как в содержательных (предметных), так и в методологических и психотехнических аспектах.

Во-первых, следует отметить несомненный факт возобновления, восстановления и становления на отечественной почве как прерванных, так и не существовавших традиций, соответствующих основным психотерапевтическим парадигмам (психодинамический подход, гуманистическое направление, трансперсональная психология и тому подобное), хотя и несущих на себе выраженные черты эпигонства, но осуществляющихся в корректном научном и культурном обрамлении.

Во-вторых, развитие – по большей части на американизированной основе или же на классической, павловской, – наиболее близких и привычных нам традиций поведенческой психотерапии и её когнитивно-ориентированных ответвлений («нейролингвистическое программирование», эриксоновский гипноз, «кодирование» по методу А. Довженко).

В-третьих, восстановление отечественных подходов к психологической помощи человеку, сформировавшихся на основе духовных традиций русского православия и классической русской философии.

В-четвёртых, отчётливо проявляющаяся тенденция к собственно научной рефлексии как теории, так и практики оказания психологической помощи. Тенденция, идущая от традиционно мощной

гносеологической традиции в советской философии и основанная на концептуальном аппарате и методологии современной науки.

Кроме того, устойчивую, не прерывавшуюся в течение всех десятилетий государственного социализма, традицию оказания психологической помощи в русле медицинского психотерапевтического вспомоществования продолжают известные врачи-психиатры и психотерапевты.

К этому следует добавить хорошо известный факт интенсификации профессиональной подготовки школьных психологов, а также так называемых практических психологов, ориентированных на оказание психологических услуг учреждениям народного образования, семье, предназначенных для работы в социально-психологических бюро и службах занятости, на предприятиях. Не будет преувеличением отметить, что за последнее десятилетие в СНГ, по существу, появился весьма многочисленный, пусть и не вполне квалифицированный, но явно профессионально мотивированный слой специалистов, заинтересованных в оказании психологических услуг: от психодиагностики школьников до управленческого консультирования директоров фирм и предприятий. Каковы же преобладающие подходы и установки в профессиональной деятельности отечественных практикующих психологов, как они отражены в новейших публикациях?

На основе анализа публикаций последних лет представляется возможность сформировать основные принципы работы психолога-практика:

1. Принцип активности личности.
2. Принцип ответственности личности.
3. Принцип трактовки психологической проблематики как психотехнической по предмету и методу.
4. Принцип диалогического характера психотерапевтического взаимодействия.
5. Принцип системности в деятельности психолога-консультанта.
6. Принцип выделения в проблематике клиента специфики психологической проблематики.

7. Принцип обратной связи.

8. Принцип деятельного опосредования психологических и социально-психологических образований.

9. Принцип символической материализации социально-психологических феноменов.

10. Принцип органического единства интеллектуальных и эмоциональных аспектов психики.

11. Активизация гуманистических ценностей.

12. Принцип принятия или особого соответствующего эмоционального отношения консультанта к клиенту.

Очевидна их взаимосвязь и соотнесённость как с зарубежными, так и с отечественными, русскими и советскими, традициями. Помимо прочего, сама психологическая практика как самостоятельная сфера человеческой деятельности направлена не на «обслуживание», как всегда бывало и часто бывает, других практик и дисциплин (педагогика, медицина, спорта), а на собственную психотехнику, на собственную философию, методологию и конкретно-практическое содержание деятельности психолога, занятого в сфере именно психологической помощи. Этими особенностями психологической практики объясняются напряжённые и плодотворные усилия ведущих отечественных теоретиков психологической практики выработать методологическое теоретическое и психологическое самосознание практикующих психологов как представителей сущностно психотехнической дисциплины (Ф. Е. Василюк, 1992). Попытки целостного осмысления места и специфики деятельности психолога-консультанта, психолога-психотерапевта в контексте современной постклассической науки (А. Ф. Бондаренко, 1991), которая отделяет её от служения священника, духовника, но не разделяет роковым образом, наоборот, обязывая психолога чутко и вдумчиво отзываться не только на душевные, но и на духовные проблемы клиента, чувствуя и понимая, когда существо прикосновения к трепетной и страждущей, единственной и конечной другой жизни превышает возможности его личностного и профессионального потенциала и требует иного, в частности, сакрального, религиозного

вспомоществования. Всё это порождает напряжённые поиски, стремление не только к формированию и оформлению профессиональных сообществ, но и к внесению и развитию, культивированию в социуме новых структур общественного сознания, в которых бы отражалась, фиксировалась и откристиализовывалась бы фигура психолога-психотерапевта как во многом незаменимая фигура профессионала в динамично, если не катастрофично развивающемся обществе.

Суть же проблем, связанных с современным состоянием теории и практики психологической помощи самым непосредственным образом связана, как нам представляется, со всеми привходящими и вытекающими из специфики нынешнего состояния постсоветского общества особенностями: его криминализацией, отсутствием ясных ценностных ориентиров, нарастающим обнищанием населения, реальными и искусственными социально-политическими конфликтами и границами, распадом прежних основ существования общества и семьи, разрушением устоявшейся системы воспитания школьников, подрывом системы образования и самих основ существования науки в целом и так далее.

Существует явная опасность, проявляющаяся всё более и более зримо. Опасность, что психологическая помощь в условиях развивающихся стран, к статусу которых неудержимо скатываются некоторые бывшие советские республики, в реальности сможет существовать в двух своих асихологических видах: в форме социальной помощи (пособие по безработице, выделение продуктового пайка по праздникам или однократного денежного пособия в связи с исключительными обстоятельствами, помощи правоохранительных органов) и в форме традиционной медицинской помощи (психиатрической, наркологической и психотерапевтической в стационарах и амбулаторно), не говоря, естественно, о таких её суррогатах, как экстрасенсорное целительство, колдовство. Причина опасности в том, что резко сокращается прослойка лиц, достаточно образованных и, главное, обеспеченных и культурно, и материально, что формировало бы пространство, личностное пространство собственно психологической проблематики. Совершенно очевидно, что голодный

человек, человек, лишившийся работы или вынужденный получать заработную плату значительно ниже прожиточного минимума, страдает в первую очередь далеко не от проблем психологических, а от социальной ситуации как таковой.

Именно поэтому мы предпочитаем делать акцент на социальных аспектах психологической помощи личности, говорить о социальной психотерапии личности, подразумевая включение в предмет деятельности не только личности клиента или травмирующей микроситуации, но социальной ситуации в целом. Это предполагает тесное взаимодействие психолога с местными органами самоуправления, администрацией предприятия, лечебными учреждениями, то есть официально регламентированный и тщательно продуманный социальный статус самого психолога или социального работника.

Следующая проблема, или опасность, состоит в том, что теория и практика психологической помощи в нынешних условиях может превратиться в своеобразную интеллектуальную игру для тех психологов и их клиентов, которые, сумев создать в разлагающемся социуме свой собственный микромир наподобие героев «Декамерона» Боккаччо, будут устраивать интересные и занимательные посиделки: семинары, тренинги с приглашением известных заморских специалистов, с непременными взносами для участников в твёрдой валюте, с культивированием атмосферы избранности и служения «чистой психотерапии».

Наконец, назовём третью проблему, или опасность, которую со свойственной ему образностью и яркостью сформулировал один из ведущих наших психологов-психотерапевтов Ф. Е. Василюк: «Тот, кого всерьёз волнует судьба нашей психологии, должен осознавать вполне реальную опасность вырождения её в третьеразрядную дряхлую и беспомощную науку, по инерции тлеющую за академическими стенами и бессильно наблюдающую за бурным и бесцеремонным ростом примитивной, а то и откровенно бесовской, массовой поп-психологии, профанирующей какие-то достойные направления зарубежной психологии, которые ею слепо копируются, так и

психологии вообще, игнорирующей национальные и духовные особенности среды распространения» (Ф. Е. Василюк, 1992).

Естественно, все эти сложности, большие и малые опасности, и гибельные, и в виде разнообразных соблазнов – от понятного, хотя и неприемлемого желания заработать на клиенте, на что мы не можем закрывать глаза, до столь же понятного, сколь и недостойного желания обрести некий псевдоэлитарный статус – всё это, повторим ещё раз, проблемы и, как мы надеемся, проблемы роста, личностного и профессионального развития и самой дисциплины, и её представителей, проработка и разрешение которых составляют насущную задачу теории и практики психологической помощи личности.

4.6. Проблема оценки эффективности психотерапии

В 1952 г. английский психолог Ганс Айзенк сравнил эффективность традиционной психодинамической терапии с эффективностью обычных медицинских методов лечения неврозов или с отсутствием лечения у нескольких тысяч пациентов. Результаты, полученные психологом, удивили и испугали многих терапевтов: применение психодинамической терапии не повышает шансов пациентов на выздоровление; фактически поправилось большее число не лечившихся больных, чем тех, кто принимал психотерапевтическое лечение (72 % против около 66 %). В последующие годы Айзенк подкрепил свои выводы дополнительными свидетельствами, поскольку критики продолжали уверять, что он ошибался. Они обвинили его в том, что он исключил из своего анализа несколько исследований, которые подтверждали эффективность психотерапии. В качестве контраргументов они приводили следующие: возможно, пациенты, не получавшие терапии, страдали менее глубокими расстройствами, чем те, кто получал её; нелечебные пациенты могли на самом деле получать терапию у часто практикующих психотерапевтов; врачи-терапевты, оценивающие состояние пациентов, не получивших лечения, могли использовать иные не столь строгие критерии, чем психотерапевты, которые оценивали своих собственных

пациентов. Возникло очень много споров о том, как интерпретировать результаты Айзенка, и эти споры показали, что необходимо выработать более надёжные методы оценки эффективности.

К сожалению, работы по оценке эффективности все ещё сильно отличаются по своему качеству. Кроме того, трудно точно определить, что имеется в виду под успешной терапией. Поскольку одни терапевты стремятся к изменению в области бессознательных конфликтов или силы эго, а других интересуют изменения в открытом поведении, то различные исследователи эффективности имеют и различные суждения о том, была ли терапия эффективна у данного пациента. Эти моменты надо иметь в виду, рассматривая исследования по общей эффективности психотерапии.

Обзоры последнего времени более оптимистичны, чем исследования. Рядом работ опровергнута «нулевая гипотеза» Айзенка. В настоящее время процент спонтанно выздоровевших колеблется от 30 до 45.

Используя специальную математическую процедуру, называемую мета-анализом («анализом анализов»), Мэри Смит, Гене Гласс и Томас Миллер сравнивали результаты 475 исследований, в которых сообщалось о состоянии больных, прошедших курс психотерапии и не получивших лечения. Главным выводом был следующий: среднестатистический пациент, прошедший психотерапию, чувствовал себя лучше, чем 80 % тех пациентов, которые не получили терапии. Другие мета-анализы подтвердили это заключение. Эти обзоры показали, что если результаты всех форм психологического лечения рассматриваются вместе, то подтверждается точка зрения об эффективности психотерапии.

Однако критики мета-анализа утверждают, что даже такая сложная комбинация результатов, представляющая собой «мешанину» хороших и посредственных исследований эффективности лечения различными методами, может вводить в заблуждение. По мнению критиков, эти исследования не отвечают на более важный вопрос: какие методы являются наиболее эффективными при лечении определённых больных.

Какой из основных психотерапевтических подходов является наиболее эффективным в целом, или какой из подходов предпочтителен при лечении конкретных проблем пациентов? Большинство обзоров не находит существенных различий в общей эффективности трёх главных направлений психотерапии. Критики указывали, что эти обзоры и мета-анализ недостаточно чувствительны для определения различий между отдельными методами, но даже исследования, которые тщательно сравнивали психодинамическое, феноменологическое и бихевиоральное лечение, не нашли значительных различий между этими подходами, хотя отметили их преимущество перед отсутствием лечения. Когда же различия между методами определяются, то обнаруживается тенденция к выявлению более высокой эффективности поведенческих методов, особенно при лечении тревоги. Благоприятные результаты поведенческой терапии и привлекательность для многих психотерапевтов феноменологической терапии привели к тому, что эти два подхода становятся всё более популярными, в то время как использование психодинамической терапии как доминирующего метода лечения – всё менее популярны.

К оценке исследований эффективности психотерапии можно подойти с совершенно иных позиций и сформулировать вопрос следующим образом: корректны ли попытки измерения эффективности психотерапии?

В вопросе об эффективности психотерапии многие разделяют следующее мнение: проблема исследований в психотерапии должна быть сформулирована как стандартный научный вопрос: какие специфические терапевтические вмешательства вызывают специфические изменения у специфических пациентов в специфических условиях?

Корсини со свойственным ему юмором пишет, что «лучший и наиболее полный» ответ на этот вопрос он находит у К. Паттерсона: прежде чем какая-либо модель, подвергаемая исследованию, может быть применена, нам необходимы: 1) таксономия проблем или психологических расстройств пациента, 2) таксономия личностей пациентов, 3) таксономия терапевтических техник, 4) таксономия терапевтов, 5) таксономия обстоятельств. Если бы мы создали такие

системы классификации, то практические проблемы были бы непреодолимы. Допустим, что пять перечисленных классов переменных содержат по десять классификаций, тогда исследовательский проект потребует $10 \times 10 \times 10 \times 10 \times 10$, или 100 000 элементов. Из этого К. Паттерсон делает вывод, что нам не нужны сложные анализы множества переменных и нам следует отказаться от попытки точного изучения психотерапии, ибо это просто не возможно.

4.7. Психологические аспекты лечебного процесса. Взаимоотношения врача (психолога, психотерапевта) и больного

Лечение как процесс начинается с налаживания взаимоотношения между врачом и пациентом. На протяжении всей истории медицины основой отношений между врачом и больным было и остаётся доверие. В современных условиях, когда отношения с пациентом должны складываться на основе сотрудничества, роль доверия возрастает. При всём разнообразии подходов взаимоотношение врача и больного должно включать четыре обязательных компонента: поддержка, понимание, уважение и сочувствие. Сотрудничество между участниками процесса лечения порой главный стимул к изменению образа жизни, и, вообще, необходимое условие успеха лечебно-профилактических мероприятий. Взаимоотношение специалиста и больного не просто обмен сведениями, это часть лечения. Личные качества доктора должны способствовать налаживанию контакта, а линия поведения внушать уверенность и оптимизм. К сожалению, на практике реализовать все эти постулаты бывает не всегда легко. Как известно «человек даже при очень хорошем ровном характере в здоровом состоянии, будучи больным, может быть капризен, груб, несправедлив и привередлив» (Э. П. Чеботарева, 1970). Поэтому поведение специалиста должно совпадать с психологическим профилем каждого больного. Если врач – образованный и воспитанный человек, то ему хватит благоразумия и такта в общении с так называемыми конфликтными лицами. Обстоятельства работы вынуждают

врача быть своего рода актёром. Каждый больной – неповторимая и особая личность, отличающаяся по возрасту, образованию и воспитанию. Врач должен иметь к каждому пациенту особый подход, обязан не только рассеять сомнения и страх, кого-то обнадежить, кого-то укрепить, но и уметь скрыть свои чувства, эмоции. Он может быть обижен, оскорблён, возмущён, как и любой человек, однако в отличие от других ни при каких обстоятельствах не должен «выходить из себя», всегда должен найти внутренние резервы для спокойствия, разумного продолжения отношений. Эмоциональная устойчивость, доброжелательное, мудрое отношение обязательно приведут к согласию между участниками врачевания, участию самого больного в излечении от болезни. Психика больного и мощный аппарат нервно-психической самомотивации не могут и не должны быть нейтральными в борьбе медицины с болезнью. Если эти серьезные силы игнорируются врачом, то они нередко действуют заодно с болезнью. Эта идея была известна врачам древности. Она отражена, например, в притче древнего арабского медика Абу Фараджа (VIII век): «Смотри, – говорит врач больному, – нас трое: я – врач, ты – больной и она – болезнь. Если ты будешь в союзе со мной, то мы вдвоём одолеем твою болезнь, но, если ты поддашься болезни, перейдёшь на её сторону, вы вместе сможете одолеть меня, и я тебе не помогу». Очевидно, что основные ресурсы для достижения выздоровления скрыты в самом больном. Их использование станет возможным, если больной осознаёт: врач намерен помогать, а не заставлять. Таким образом, составная часть влияния, которое оказывает личность доктора на пациента – активизация его собственной роли в лечебном процессе. Чтобы донести все это до человека, необходимо хорошо владеть литературным языком, уметь не только грамотно строить свои мысли, но и логично излагать их. Диалог необходимо вести, учитывая культурный и интеллектуальный уровень собеседника, преподносить информацию так, чтобы сказанное воспринималось легко и однозначно, чтобы пояснения ответы на вопросы были чётко сформулированы и убедительны.

Найти общий язык с пациентом иногда бывает не просто, даже доброта, обходительность и внимание не могут послужить «мостиком» для налаживания сотрудничества с «капризным» пациентом. При построении отношений очень важно всестороннее развитие врача, высокоэрудированная личность с широким кругозором «гибче» в мышлении и имеет больше шансов найти общие точки соприкосновения. Для врача должно быть свойственно постоянное самосовершенствование. Это необходимо ему как одно из условий успешного врачевания. «Конечно, не обязательно безошибочно узнавать на слух серенады Моцарта, мелодии Листа или симфонии Шостаковича, но откликаться душой, волноваться, сопереживать – это же та степень психологической чувствительности, без которой нет не только всесторонне, а просто нормально развитой личности и тем более врача. Если прекрасное и высокое не вызывает трепета и волнений у врача, то и горе человека, страдание больного, пожалуй, не тронут его» (И. С. Сук, 1984). Для врача способность к восприятию искусства важна как одно из средств формирования клинического мышления. Развитие воображения, интуиции, активное художественное восприятие вырабатывает навыки мыслить ассоциативно, помогает более точно и быстро воссоздать по отдельным клиническим симптомам целостную картину болезни. Искусство вносит гармонию в жизнь человека, успокаивает, разрешает душевные конфликты. «Утрата восприимчивости к подобным вещам – утрата счастья; возможно, что она вредно отражается на интеллекте, и, во всяком случае, она приносит непоправимый ущерб развитию нравственности личности человека, ослабляя эмоциональную её сторону», – писал Ч. Дарвин.

Не одно лишь высшее медицинское образование придаёт врачу авторитет. А авторитет личности в медицине и в образовании важен, как не в какой другой специальности. Слово врача действует как средство материальное. Оно лечит тем эффективнее, чем значительнее личность врача. Общее развитие и высокий культурный уровень помогут установить взаимное доброжелательное отношение с больным, быстрее разобраться в вопросах дифференциальной

диагностики, добиться дисциплинированного выполнения всех рекомендаций, получить лучший эффект от использования лекарственных средств. Чем глубже и обширны знания врача, тем более способен он диалектически, творчески оценить то, что представляется его взору, тем ближе он к истине и достовернее его заключение о сущности явлений.

Морально-нравственная составляющая и развитое мышление в становлении врача всегда должны быть дополняема трудом, как важным источником существенных успехов во врачебном деле. Труд интеллектуальный и труд физический, труд ума и труд души и сердца, труд кропотливый и труд непрерывный. И даже при отсутствии сил и желания трудиться в силу субъективных и объективных обстоятельств необходимо прилагать все усилия, чтобы постараться сделать всё возможное в интересах здоровья больного человека.

Безусловно, невозможно требовать, чтобы врач был своего рода экстрачеловеком «не от мира сего». Но всё же, в отличие от специалистов другого профиля, личность доктора должна выделяться своей целостностью, пониманием нового, чувством сострадания, причастности к проблемам других, справедливостью. Чтобы осмыслить внутреннюю жизнь больного и в соответствии с этим эффективно лечить, нужно не только сочетать пылкий ум с добрым сердцем, но и стремиться служить больному, как знаниями, так и всем своим образом жизни. Врачевание – это не простое ремесло, не сфера обслуживания населения, а деятельность особого рода. Оно требует от нас соответствия слов и поступков. «Врач должен всегда, в продолжение всей жизни иметь моральное право сказать всюду и каждому: делайте не только то, что я говорю, но и то, что я делаю», – отмечал И. С. Сук. Если врач считает для себя приемлемым курить, злоупотреблять алкоголем, как он может убедить больного отказаться от этих вредных привычек?

Врач должен осознавать, что его положение в обществе особое. И, несмотря на уменьшение определённой «таинственности» медицины в современных условиях, для страдающего человека по-прежнему важно, чтобы в докторе ощущалось что-то необычное и

возвышенное, выделяющее среди людей, представляющее интерес для здоровых и надежду для больных. «Медицина должна оставаться ну если не таинством, то всё же и не упрощенным ритуалом. Что-то должно быть, что вызывает у пациента почтение к медицине, уважение к такому знанию, которым он не владеет». И этим что-то, безусловно, является личность врача – краеугольный камень всего процесса врачевания.

4.8. Восстановительное обучение при локальных повреждениях мозга. Его принципы и подходы

Долгое время считалось, что пострадавшая психическая функция не восстанавливается, человек с нарушенными психическими процессами становится инвалидом. Такую позицию, имевшую место в своё время в неврологии и психологии, нередко можно встретить и в настоящее время. Этот укоренившийся на долгие годы взгляд о невозможности восстановления психических функций уходит своими корнями в историю длительной борьбы разных научных школ, по-разному решавших важнейшие вопросы психологии – строение психических функций, их локализации в головном мозге.

Выдающийся советский психолог Л. С. Выготский писал, что решение проблемы о возможностях и путях восстановления психических функций во все времена было тесно связано с решением этих двух проблем, то есть она находилась в зависимости от тех представлений в психологии, физиологии и неврологии о строении и распаде психических функций, об их мозговых механизмах, которые имели место в данный период развития науки. Таким образом, решение каждой из указанных трех важнейших проблем находилось в зависимости от решения других:

- строение и нарушение психических функций;
- локализация высших психических функций в головном мозге;
- возможности и пути их восстановления (Л. С. Выготский, 1960).

В период XIX и первой трети XX в. восстановление психических функций, в том числе и речи при афазии, считалось невозможным.

Такое фатальное представление о полной невозможности восстановления высших психических функций было связано с психоморфологической концепцией прямой локализации психических функций в узких участках, «центрах» коры головного мозга. Школа «узкого локализационизма» исходила из представлений ассоциационизма, которые господствовали в психологии того времени. Сторонники этой теории рассматривали психические функции либо как врожденные, неизменные по структуре «способности», либо как их ассоциации в комплексы, а мозг рассматривался ими в качестве агрегата отдельных «центров», в которых локализуются как простые, так и сложные высшие психические функции. Такие представления о психических функциях и их узкой локализации в определённых «мозговых центрах» и приводили к представлениям о полной невозможности восстановления высших психических функций в случаях, когда очаговое поражение мозга целиком разрушает соответствующий «центр». Школа «узкого локализационизма» возникла на рубеже XVIII и XIX вв. и просуществовала до первой четверти XX в. Идея о чёткой дифференцированности коры мозга исходила из клинических наблюдений последствий локальных поражений мозга, а непосредственным толчком к развитию идей узкой локализации психических процессов послужили открытия известных исследователей – французского анатома А. Брока и немецкого психиатра К. Вернике.

Открытие факта возможной локализации высших психических функций в ограниченных участках мозга положило начало «открытию» многих так называемых центров психических функций. Были открыты центры письма, счёта, понятий и так далее. Сторонники учения узкого локализационизма пытались показать, что все психические процессы есть результат работы не мозга в целом, а отдельных его участков, то есть они исходили из позиций психоморфологизма, который соотносил психическую функцию непосредственно с каким-либо участком мозга (Е. Д. Хомская, 2011).

Однако эти взгляды противоречили тем фактам, которые неоднократно наблюдались в клинике мозговых поражений, а также экспериментальным данным физиологии высшей нервной деятельности,

данным нейрохирургии, неврологии, дефектологии. Это были факты, указывающие, с одной стороны, на то, что поражение узко ограниченного участка мозговой коры практически никогда не ведёт к выпадению какой-либо одной изолированной психической функции, но всегда приводит к нарушению большой группы психических функций, образуя «синдром» нарушений. С другой стороны, клинические факты показывали, что одна и та же функция, например, речь, может оказаться нарушенной при гораздо более широких поражениях мозга, чем это предполагалось раньше. Факты, противоречащие учению «узкого локализационизма», появлялись уже и во времена расцвета этого учения. Кризис психоморфологизма возник в результате бурного развития психологии, неврологии, физиологии и других областей знания. Поэтому на смену этому учению появилось новое, получившее название «антилокализационизма», поскольку его сторонники отрицали локализацию высших психических функций в отдельных участках мозга.

Представители этого нового учения о локализации психических функций считали, что элементарные психические процессы локализуются в ограниченных участках мозга (зрение, слух, чувствительность), сложные высшие психические функции являются результатом работы всего мозга в целом, все части которого рассматривались ими как эквипотенциальные (равноценные, неспецифические). Они считали в связи с теорией об эквипотенциальности мозга, что нарушения психических функций и эффект восстановления зависят от массы, а не от локализации поражения мозга. Таким образом, проблема возможностей и путей восстановления высших психических функций не лучшим образом была решена и сторонниками антилокализационизма, которые считали восстановление возможным лишь путём викариата, то есть перемещения функции в другое полушарие.

С момента появления человека на свет его психические процессы формируются под влиянием окружающего предметного мира и людей, с которыми он вступает в определённые отношения, овладевая при этом объективно существующим языком и речью сначала как средством общения, а позже и как средством познания. И это

является второй особенностью современных представлений о высших психических функциях.

Далее, все сложные формы психической деятельности – произвольное внимание и логическая память, смысловое восприятие и отвлечённое мышление и другие – являются результатом усвоения общественно сформированных видов деятельности и имеют опосредованное строение, в котором решающая роль принадлежит речи, она переводит строение и осуществление высших психических функций на новый и более высокий уровень. Слово может замещать предметы и явления в их отсутствие, опосредуя тем самым протекание любого психического процесса и становясь одним из звеньев его структуры – это третья особенность высших психических функций.

Четвёртой особенностью является их системное, сложное, многоуровневое и многозвенное строение, опирающееся на функциональную мозговую систему – образование, способное к пластичному изменению (П. К. Анохин, А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия). Таким образом, психическая функция в настоящее время рассматривается как общественно-историческое образование по происхождению, опосредованное по строению и произвольное и саморегулирующееся по протеканию.

Психофизиологической основой психических функций является функциональная система. Учение о функциональных системах также легло в основу научных представлений о путях и возможностях восстановления высших психических функций. Это учение возникло в поисках единицы работы мозга и психофизиологической основы высших психических функций, А. Р. Лурия писал, что функциональные системы «не появляются в готовом виде к рождению ребёнка... и не созревают самостоятельно, но формируются в процессе общения и предметной деятельности ребёнка... и являются материальным субстратом психических функций». А. Р. Лурия писал также, что общественные формы жизни заставляют мозг работать по-новому, и это приводит к возникновению качественно новых функциональных систем (Лурия). Эти представления о функциональных системах, а также учение А. Н. Леонтьева «о функциональных

органах», формирующихся при жизни человека в процессе предметной деятельности и общения с окружающими, и легли в теоретическую основу путей и возможностей восстановления высших психических функций.

Общая идея о функциональных объединениях в центральной нервной системе, высказанная впервые А. А. Ухтомским и И. П. Павловым, получила дальнейшее развитие в трудах крупнейших советских физиологов П. К. Анохина, Э. А. Асратяна и психологов Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурии (П. К. Анохин, 1963; А. Э. Асратян, 1947; Л. С. Выготский, 1956, 1960; А. Н. Леонтьев, 1972; А. Р. Лурия, 1969). В исследованиях П. К. Анохина было пересмотрено понятие, обозначаемое термином «функция».

Понятие «функция» должно употребляться в двух значениях: 1) функция как отправление соответствующей ткани или органа (функция слюнных желез – выделение секрета, опорная функция кости, секреторная функция гипофиза); 2) функция как сложная приспособительная деятельность субъекта, иначе говоря, выполнение какой-либо задачи, стоящей перед субъектом. В этом смысле можно говорить о речи, выполняющей функцию коммуникации, о функциях письма и чтения, выполняющих задачу обмена опытом путём использования знаков.

Такие функции представляют собой сложные формы деятельности человека, для которых характерно выполнение инвариантной (постоянной) задачи вариативными средствами, они являются функциональными системами. Функциональная система представляет собой избирательное динамическое образование, состоящее из значительного числа анатомических и физиологических образований, часто территориально расположенных в различных частях центральной нервной системы и рабочей периферии, однако всегда объединённых функционально, т. е. на основе выполнения одной задачи или получения конечного приспособительного эффекта. П. К. Анохин писал, что «...функциональная система является избирательным интегративным образованием целого организма, подлинной единицей интеграции» (П. К. Анохин, 1963.).

Функциональная система имеет ряд характеристик, указывающих на её природу, структуру и способы работы:

а) она представляет собой прежде всего рабочую констелляцию, союз отдельных участков головного мозга, которые:

– территориально независимы;

– объединены на основе выполнения общей инвариантной задачи (функции), которая может выполняться вариативными средствами;

б) каждый участок мозга выполняет свою, достаточно специфическую роль, однако функциональная система не проявляет своей составной природы благодаря целостному функционированию. Разнородный анатомический и физиологический состав обнаруживается лишь при распаде функциональной системы, возникающем при локальных поражениях мозга;

в) каждая функциональная система полирецепторна, то есть она обладает определенным набором афферентных сигналов, идущих с разных участков мозга, с разных анализаторных систем. Различные афферентные сигналы образуют афферентное поле, обеспечивающее нормальную работу всей функциональной системы. Афферентное поле закладывается в онтогенезе, и его развитие идёт по пути сужения афферентаций, выделения «ведущей» афферентаций и ухода остальных в «резервный фонд». Они, сыграв свою роль в формировании функции, не исчезают, но переходят в латентное состояние. При любом отклонении от конечного результата «резервные» афферентации снова вступают в работу. Приведём пример. Письмо издавна представлялось сложным двигательным актом и наивно локализовалось в средних отделах премоторной зоны левого полушария (так называемый «центр Экснера»). Однако сегодня в психологии хорошо известно о сложной многозвенной психологической структуре письма, состоящей, по крайней мере, из трёх звеньев: звукоразличения, перешифровки звуков в буквы, перешифровки букв в системы движений.

Психофизиологической основой этого сложного психического процесса является совместная работа речедвигательного, слухового, оптико-пространственного и двигательного анализаторов. Таким

образом, афферентации идут с нижнетеменных, височных, затылочных и заднелобных отделов мозга. У взрослого человека остаётся лишь одна – ведущая – афферентация: слуходвигательная. Функциональные системы не появляются в готовом виде, они формируются у человека в процессе жизни, путём предметной деятельности и общения с окружающими людьми. Эти идеи о психических функциях как функциональных системах, о «ведущих» и «резервных» афферентациях, о полиафферентном составе функциональной системы, её прижизненном формировании, пластичности легли в основу теоретических принципов восстановительного обучения и делают понятной возможность восстановления высших психических функций путём их перестройки. Именно на основе этих представлений и строится определённая система нейропсихологических методов, направленная на эту перестройку. Таким образом, новые представления о высших психических функциях, имеющих сложное системное строение, психофизиологической основой которых является функциональная система, послужили основой и для создания нового учения об их локализации. Стало ясно, что высшие психические функции, представляющие собой функциональную систему, не могут быть локализованы в неких «мозговых центрах».

И. П. Павловым и А. А. Ухтомским был сформулирован принцип динамической локализации психических функций в головном мозге. Этот принцип предусматривает не фиксированные «мозговые центры», а «динамические системы», элементы которых не теряют своей специфичности. Учение о системной и динамической локализации получило развитие в трудах советских учёных – неврологов, физиологов, психологов. Это учение предполагает, что высшие психические функции осуществляются системами совместно работающими, но функционально высокодифференцированных зон коры мозга. Каждая высшая психическая функция осуществляется той системой зон мозга, участие которых реализует её психологическую структуру. Приведем пример. Известно, что для осуществления функции понимания речи необходимы: 1) выделение звуков (фонем) из речевого потока; 2) удержание звуков и слов в оперативной

памяти; 3) перешифровка логико-грамматических конструкций на единицы значения. Чтобы были поняты смысл высказывания, его подтекст и мотивы, необходим другой (психологический) уровень организации процесса понимания и другие средства (интонация, модуляции голоса). Естественно, что такой сложный процесс не может быть локализован в одном узком «центре», участке мозга; но он может быть размещён в ряде участков мозга – височных, обеспечивающих акустический анализ речи и удержание информации, нижнетеменных – обеспечивающих кинестетический анализ звуков, височно-теменно-затылочных – обеспечивающих анализ грамматических конструкций, лобных – обеспечивающих активность, регуляцию и контроль протекания процесса. Совместная работа акустического, кинестетического и пространственного анализаторов, расположенных в этих мозговых участках, и обеспечит реализацию функции понимания речи.

Что значит «динамическая» локализация? Это значит, что рабочие объединения различных зон и уровней мозга, обеспечивающих ту или другую психическую функцию, могут меняться по мере её формирования, т. е. меняется структура по мере развития функции и меняются её взаимоотношения с другими психическими процессами, а, следовательно, её локализация меняется и резко отличается у ребёнка и взрослого. Локализация функции меняется и с её нарушением при очаговых поражениях мозга, которые нарушают целостность функциональной системы, и при восстановительном обучении (а иногда и при спонтанных перестройках). Понятие «системная локализация» указывает на то, что функция локализуется как система. Можно говорить об узкой локализации отдельных её элементов, а в целом та или иная психическая функция обеспечивается работой рабочего объединения ряда зон мозга. Такое представление о системной локализации высших психических функций определяет и подход к анализу их нарушений, а также возможности и пути восстановления.

Восстановление психических функций стало рассматриваться возможным. Необходим был поиск путей и методов восстановления.

На основе новых представлений в психологии, неврологии и физиологии А. Р. Лурией был разработан системный подход к анализу нарушений высших психических функций, требующий квалификации дефекта, а не его описания, то есть выделения «фактора», механизма, лежащего в основе нарушения психической функции. Этот подход является важнейшей чертой современных представлений об органических нарушениях высших психических функций.

Концептуальный аппарат нейропсихологии, разработанный А. Р. Лурией и его сотрудниками, позволил выделить и объяснить некоторые закономерности нарушения высших психических функций, а также возможности и пути их восстановления. Нейропсихология показала, что:

1. При органических поражениях мозга высшие психические функции не распадаются, а наступает их дезинтеграция.

2. Однако выпадает тот или иной психофизиологический фактор (кинестетический, акустический, соматопро пространственный, пространственный и так далее), в результате чего выпадает то или иное звено из психологической структуры функции (звено звуко-различения, звено создания моторной программы речи, звено оперативной памяти, звено пространственного восприятия и так далее). Эта идея известного английского невролога XIX в. Х. Джексона о дезинтеграции психических функций получила, наконец, своё подтверждение и дальнейшее развитие в трудах А. Р. Лурии и его научной школы.

3. Выпадение того или иного фактора ведёт к системному нарушению всей функции целиком.

4. Нейропсихология показала также, что при поражении одного какого-либо участка мозга могут оказаться нарушенными не одна, а несколько психических функций (например, поражение нижнетеменных отделов коры левого полушария ведёт к нарушению устной экспрессивной речи – спонтанной, повторной, номинативной; понимания речи; письменной речи – чтения, письма; счёта).

5. С другой стороны, одна и та же функция может оказаться нарушенной при поражении нескольких различных участков мозга

(например, понимание речи нарушается при поражении и заднелобных, и теменных, и височных отделов коры левого полушария мозга). Но всякий раз нарушение одной и той же функции будет отличаться по механизму, синдрому и психологической структуре дефекта.

6. Всё это даёт возможность понять важнейшее положение в нейропсихологии о том, что локализация очага поражения мозга не совпадает с локализацией симптома (или функции). Таким образом, в исследованиях А. Р. Лурии и его сотрудников было показано, что высшие психические функции могут нарушаться при поражении любых звеньев этого динамического комплекса, но каждое из этих нарушений будет иметь специфику, зависящую от того, какое звено в системе нарушено. Кроме того, было показано, что очаговое поражение мозга, разрушая лишь одно звено целой функциональной системы, приведёт к её системному нарушению, но оно никогда не приведёт к выпадению всей функции в целом. Это значит, что нарушенная психическая функция может быть восстановлена на основе сохранных звеньев функциональной системы и включения новых. Таким образом, нарушение высших психических функций перестало казаться фатальным и необратимым, а их восстановление стало рассматриваться возможным.

Методологической и теоретической основой восстановительного обучения стали современные представления в психологии о высших психических функциях как функциональных системах, представления об их системной и динамической локализации, об их прижизненном формировании, об их общественно-историческом происхождении и опосредованном строении.

На основании этих теоретических позиций советскими психологами в содружестве с физиологами, неврологами, логопедами и другими учёными был разработан и практически применён новый путь восстановления высших психических функций – путь перестройки функциональных систем методом восстановительного обучения. Этот путь имеет два направления в практической работе.

Одно из них основывается на использовании тех афферентаций функциональной системы (подвергшейся нарушению), которые

в своё время при формировании функции не исчезли, но ушли в «запасный фонд», уступив место ведущей афферентации. При поражении мозга, следствием которого является нарушение тех или других психических функций (например, речи), следует так построить восстановительное обучение, чтобы нарушенная афферентация функциональной системы, лежащая в основе дефекта, могла быть замещена бывшей «в резерве», то есть нарушенное звено в психологической структуре функции замещается другим. Например, метод озвученного чтения, разработанный нами, включает сохранный акустический анализ звуков при восстановлении устной речи и чтения, нарушенных в их кинестетическом звене, и позволяет восстановить способность к устной речи и к чтению за счёт замены дефектного звена кинестетического анализа звуков сохранным – акустическим (Л. С. Цветкова, 1972). С помощью этого метода больной одновременно слушает текст и видит его графическое и смысловое (картинка) выражение. Такое включение оптической и акустической афферентации с опорой на семантический уровень организации устной речи и чтения позволяет восстановить функции устной речи и чтения.

Второе направление предусматривает создание новых функциональных систем, включающих в работу новые звенья (афферентации), не принимавшие прежде прямого участия в реализации этой (теперь нарушенной) функции.

Включая новые звенья, мы тем самым заранее как бы заново проектируем и конструируем пострадавшую функцию. Так, функция чтения (при оптической алексии) восстанавливается следующим образом: 1) обведением пальцем объёмной буквы (тем самым вводится кинестетическое ощущение, афферентация с кинестетического анализатора, который не принимал участия в формировании функции чтения); 2) написанием буквы рукой в воздухе (введение моторного образа буквы); 3) прослушиванием звучания буквы (или слова) с одновременной зрительной опорой и проговариванием (метод озвученного чтения). В этом случае привлекаются те нервные элементы и афферентации с них, которые прежде не участвовали в выполнении пострадавшей функции. Эта замещающая способность

мозга была описана рядом исследователей (П. К. Анохин, А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия).

Второе направление – межсистемная перестройка – и первое, использующее резервные афферентации, должны тесно переплетаться с внутрисистемной перестройкой, предусматривающей перевод функции либо на более низкий и менее произвольный уровень с целью дальнейшего восстановления более высокого уровня её протекания, либо на более высокий уровень её организации, требующий включения сознания с целью преодоления дефектов более низкого уровня.

Приведём пример. В литературе давно известны факты, свидетельствующие, об облегчении восстановления функции при условии перевода её на другой уровень и включения её в ту или другую форму упроченной деятельности. Так, А. Н. Леонтьев и А. В. Запорожец описывают значительный эффект восстановления движения руки, повреждённой ранением, если внимание больных отвлекалось от самого процесса движения, который включался в хорошо автоматизированные предметные действия: если больных просили как можно выше поднять руку, они с трудом могли её поднять на 25–30°, а когда больных просили рукой достать яблоко или другой предмет, то рука поднималась в два раза быстрее и выше. То же самое мы наблюдаем и при восстановлении речи – при отвлечении внимания больного от артикуляторных движений, но при включении речи в семантические связи больной мог произносить целые слова. Это примеры перевода функций на более высокий уровень её организации – предметный, семантический.

Включение речи в ритмико-мелодическую структуру (то есть перевод её на более низкий, непроизвольный уровень) позволяло больному произносить целые фразы.

Таким образом, научными основами восстановительного обучения стали новые представления о генезе, строении и нарушении психических функций, представления об их общественно-историческом происхождении и прижизненном формировании в онтогенезе; учение о функциональных системах как психофизиологической основе

психических функций; учение о системной и динамической их локализации в головном мозге. Они позволили понять, с одной стороны, связь между высшими психическими функциями и мозгом, которая оказалась опосредованной психофизиологическим анализом строения функции, а с другой – понять пути и возможности восстановления нарушенных функций. Главным путём стал рассматриваться путь перестройки функциональных систем. Такой взгляд на пути и возможности восстановления высших психических функций стал возможен только благодаря новым представлениям об их связи с мозгом; высшие психические функции, конечно, осуществляются мозгом и опираются на законы высшей нервной деятельности, но они порождаются взаимоотношениями человека с общественной средой и формируются в условиях общественной жизни, которая и создаёт условия для возникновения новых функциональных систем, в соответствии с которыми и работает мозг. Поэтому законы сознательной деятельности человека нельзя выводить из работы мозга вне социальной среды (А. Р. Лурия, 1977).

Изложенные научные основы как нарушений психических функций больных, так и их восстановления, позволили сформулировать ряд теоретических принципов, в соответствии с которыми строится практическая работа по нейропсихологической реабилитации больных. Эти принципы идут в русле идей Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурии, П. Я. Гальперина, они показали свою правильность и надёжность при применении их в практической работе.

Правильно разработанные научные принципы – это основа эффективности восстановления высших психических функций у больных. Поэтому вопрос о принципах восстановительного обучения неоднократно обсуждался и обсуждается в литературе и в настоящее время. Разработан ряд новых принципов восстановительного обучения, которые внедрены в широкую практику и показали эффективность (Л. С. Цветкова, 1998). Их условно можно разделить на психофизиологические, психологические и психолого-педагогические.

Психофизиологические принципы

1. Принцип квалификации дефекта. Поражения различных участков мозга могут приводить к нарушению одной и той же психической функции, однако механизмы нарушения всякий раз будут разными и будут зависеть от топики поражения мозга. Этот факт требует, прежде чем приступить к восстановительному обучению, тщательного нейропсихологического анализа нарушения функции и выявления его механизма, то есть первичного дефекта, лежащего в основе нарушения. Принцип квалификации дефекта позволяет наметить постановку дифференцированных задач и применение адекватных дефекту методов. Приведём пример. Если в клинике афазии обнаруживается симптом нарушения понимания речи, то установление этого симптома – необходимое звено в анализе нарушения, но недостаточное. Важно провести качественный анализ дефекта понимания речи с помощью нейропсихологических методов и найти причину (механизм, фактор) нарушения понимания (нарушения кинестетического или акустического анализа звуков, дефицит оперативной слухоречевой памяти или объёма восприятия). И только такой метод качественного анализа даёт возможность применить адекватные и эффективные методы восстановления.

2. Вторым важным принципом восстановительного обучения является использование сохранных анализаторных систем (афферентации) в качестве опоры при обучении. Этот принцип основывается на учении о функциональных системах и их пластичности, на представлении о полирецепторности их афферентного поля и о «запасном фонде» афферентации. Так, поражение зоны Вернике ведёт к нарушению акустического компонента в процессе звукоразличения, на основе которого возникает нарушение понимания речи (сенсорная афазия). В этих случаях поражённое звено функциональной системы может быть замещено сохранным – зрительно-кинестетической афферентацией. Больные обучаются соответствующими методами новому способу звукоразличения, они начинают использовать для этой цели оральный образ звука и слова и кинестетические сигналы, поступающие при их произнесении с органов артикуляции.

3. Третьим принципом восстановительного обучения и способом восстановления высших психических функций является создание новых функциональных систем, включающих в работу другие звенья на основе новых афферентаций, не принимавших прежде прямого участия в отправлении пострадавшей функции. Включение других звеньев заново конструирует новую функциональную систему. Функция начинает осуществляться на иных мозговых основах и отличается от прежней не только по психологической структуре (по составу звеньев), но и по внешнему её протеканию.

4. Восстановительное обучение должно учитывать наличие разных уровней организации функциональной системы, на которых может быть реализована пострадавшая функция. При афазии чаще всего страдает более высокий и произвольный уровень речи, остаются сохранными её упроченные, автоматизированные уровни. Опора на них позволяет восстановить более высокие уровни речи. Опора на разные уровни организации психических функций, в том числе и речи, является четвёртым принципом восстановительного обучения.

5. Известно, что психические функции как при формировании, так и в их осуществлении находятся в тесном взаимодействии. Речь же взаимодействует со всеми психическими процессами. Учёт этого положения и опора на сохранные психические функции, взаимодействующие с пострадавшей, является также важным принципом восстановительного обучения. Так, речь тесно взаимодействует с такими психическими процессами, как восприятие и представление, мышление и воображение. Опора на эти сохранные психические процессы и применение методов, которые могли бы реализовать эти процессы, оказывается эффективным путём восстановительного обучения.

6. Принцип контроля. Этот принцип, введённый П. К. Анохиным, Н. А. Бернштейном и А. Р. Лурией, основан на положении, что лишь постоянный поток обратной сигнализации обеспечивает слияние выполняемого действия с исходным намерением и своевременную коррекцию допускаемых ошибок. Отсюда становится понятным использование ряда средств (магнитофон, зеркало, указания педагога на успешность выполнения задания).

Психологические принципы

1. Принцип учёта личности больного. Восстановительное обучение должно исходить из задач лечения человека, восстановления функций у больного человека, а не из задач изолированного восстановления каких-либо умений. Для того чтобы успешно восстановить функцию, нужно прежде всего «...восстановить деятельность и направить его активность» (Л. С. Цветкова, 1990). Известно, что характер деятельности субъекта определяется в первую очередь мотивами, лежащими в её основе, то есть тем, ради чего человек осуществляет эту деятельность. Мотивы могут быть различны, различна эффективность деятельности, поскольку она зависит от мотива. Поэтому в восстановительном обучении необходимо формировать нужные мотивы деятельности больных. Учёт личности больного, его индивидуальности должен проходить красной нитью через восстановительное обучение.

2. Принцип опоры на сохранные формы вербальной и невербальной деятельности больного. Больной человек в прошлом имел широкий социальный опыт, в частности опыт интеллектуальной, речевой, трудовой, игровой деятельности. Этот опыт не исчезает, остаются сохранными многие формы деятельности человека. Чаще всего сохраняются упроченные в прошлом опыте действия, которые протекают на менее произвольном уровне. Поэтому использование остаточных возможностей наиболее упроченных форм деятельности должно стать одним из важных принципов обучения. Опора на сохранные формы деятельности (игровая деятельность, пение, чтение стихов, счёт) в процессе обучения позволяет временно перевести пострадавшую функцию на другой, более низкий и доступный больному, уровень её осуществления.

3. Принцип опоры на предметную деятельность. Известно, что психические процессы формируются в предметной деятельности. Вербальное общение также является одной из форм деятельности. В восстановительном обучении необходимо создавать методы восстановления речи через деятельность больного, как вербальную, так и невербальную. Усвоение происходит через собственную деятельность

субъекта (Л. С. Выготский, 1960; П. Я. Гальперин, 1959). Но эту деятельность нужно организовать.

4. Принцип организации деятельности больного. Современная психология давно показала, что в обучении важны не только содержание обучения и собственная деятельность по усвоению материала, но прежде всего необходима организация этой деятельности и управление ею (Л. С. Выготский, П. Я. Гальперин, А. Н. Леонтьев).

5. Принцип программированного обучения. Принцип программирования (или систематического управления извне) восстановления пострадавшей функции является одним из способов реализации четвёртого принципа. Больной с афазией нуждается в такой организации его деятельности и в таких методах, которые позволили бы ему самостоятельно выполнять сначала операции, а затем и действия с целью выполнения задач (говорения, понимания, письма и так далее). Этот принцип предусматривает разработку программ, состоящих из ряда последовательных операций, выполнение которых больным (сначала с педагогом, а позже самостоятельно) приводит к реализации нарушенного умения (способности) говорить, понимать, писать и так далее. Нами разработан целый ряд таких программ, которые на практике показали их высокую эффективность (Лурия, Цветкова, 1966).

Методы, применяемые в восстановительном обучении и описанные во многих публикациях, как правило, представляют собой перечисление отдельных разрозненных приёмов, рекомендуемых для определённых форм афазии или для тех или иных этапов обратного развития дефекта. Нередки случаи, когда в специальной литературе (а также и в практике обучения) анализ и разработка методики восстановительного обучения при нарушении той или иной функции подменяется общим планом обучения больных. Эти методы в лучшем случае могут ответить лишь на вопрос: «Что должен делать больной в каждом данном случае?» Но на вопрос: «Как больной может достичь нужного эффекта?» – известные нам из литературы методы в большинстве случаев не отвечают. Они идут, как правило, от внешнего симптома, не от природы и механизма дефекта.

Например, при нарушении активной развёрнутой речи у больных с динамической афазией нередко в обучении рекомендуются такие методы, как пересказ серии сюжетных картинок, рассказов, составление предложений с заданным словом, создание письменных и устных сочинений. Нетрудно заметить, что перечисленные методы не что иное как общий план работы. Всё же дело именно и заключается в том, что больной с этой формой афазии не может самостоятельно не только создать сочинения, но и пересказать серий сюжетных картинок. Поэтому больной нуждается в тех метилах, которые способствовали бы созданию у него способа выполнения каждого действия. Понятно, что необходима разработка таких методов, которые могли бы ответить на вопрос, один из важнейших в обучении: «Как сделать?»

Многочисленные исследования, проведенные отечественными психологами (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, П. Я. Гальперин) убедительно показали, что формирование каждого умения или навыка проходит у человека, по крайней мере, через три уровня: сначала они осуществляются путём серии развёрнутых внешних (материальных или материализованных) операций, затем внешние операции постепенно свёртываются, начинают выполняться при участии внешней речи и, наконец, переносятся во внутреннюю речь и начинают выполняться как свёрнутые, автоматизированные умственные действия. Этот процесс интериоризации и автоматизации приводит к тому, что у взрослого человека большинство умений и навыков принимает настолько свёрнутый характер, что анализ тех операций, которые они включают, становится почти недоступным.

Исследования А. Р. Лурии и других, а также собственные исследования показывают, что любое очаговое поражение мозга приводит не только к выпадению одного из факторов, входящих в состав сложной психической деятельности, но и к тому, что данная деятельность теряет свой свёрнутый автоматизированный характер и распадается на цикл изолированных актов, каждый из которых начинает требовать специального усилия.

Это нарушение свёрнутой сокращённой формы осуществления, сложных действий должно учитываться в восстановительном обучении.

Исходя из сказанного, можно утверждать, что наиболее оптимальными методами обучения, приводящими к стойкому восстановительному эффекту, могут стать такие методы, которые позволяют воссоздать в развёрнутом виде внутреннюю структуру нарушенного звена в распавшейся функции с помощью вынесения наружу отдельных операций, строго соответствующих структуре дефекта, последовательное выполнение которых может привести к осуществлению пострадавшей деятельности. Выписанные в нужной последовательности операции и составят программу, управляющую извне ходом восстановления нарушенного действия и позволяющую контролировать этот ход.

Расчленение действия, которое до болезни выполнялось автоматизированно и сокращённым способом (например, оптическое восприятие букв, узнавание звуков речи со слуха, активная разговорная речь), на ряд последовательных операций, доступных больному, вынесение их вовне, сначала контроль, а позже и самоконтроль (возможно – по специально сформированной для этого схеме) за их выполнением – всё это создаёт возможность больному восстановить нарушенное действие уже в самом начале обучения. К программам, создаваемым в восстановительном обучении, необходимо выдвинуть ряд требований: избирательность в содержании программы, последовательность в выполнении операций, достаточная повторяемость (упражняемость) программы больным в процессе обучения, опора на внешние вспомогательные средства. Всё это создаёт условия для высокой степени активности и самостоятельности больного в преодолении дефектов.

Сначала правильно составленная программа будет являться средством управления восстановлением функции, а после овладения ею она выступит для больного как средство самоуправления, как способ выполнения тех или других действий.

Психолого-педагогические принципы

В основе любой программы восстановительного обучения лежит ряд принципов.

1. Принцип «от простого – к сложному». Формальная сложность вербального материала не всегда совпадает с психологической его сложностью при восстановлении психических функций. Поэтому известный дидактический принцип «от простого – к сложному» должен учитываться и в восстановительном обучении, однако при этом должен быть подвергнут тщательному анализу вопрос о сложности материала в каждом случае и при каждой форме нарушения. Например, при восстановлении понимания речи у больных с сенсорной афазией необходимо начинать работу с восстановления умения слушать и слышать текст, а не слово, которое в этих случаях грубо нарушено. Текст больной воспринимает в целом и понимает контекст. А затем – от контекста и от текста – надо переходить к фразе и только потом – к слову.

2. Учёт объёма и степени разнообразия дидактического материала – вербального и картиночного. Объём должен быть «комфортным», то есть не загружать внимания и не становиться его предметом. Нужно работать на малом объёме и малом разнообразии материала. И только после относительного восстановления того или другого умения (говорить, понимать, классифицировать и так далее) можно увеличивать материала.

3. Учёт объективной и субъективной сложности изучаемого материала для больного.

4. Учёт эмоционального фона сопровождения изучаемого материала. Вербальный (и невербальный) материал должен создавать благоприятный эмоциональный фон для занятий, стимулировать положительные эмоции. В некоторых случаях необходимо применение материала, вызывающего резко отрицательные эмоции у больного (сразу после положительных). Такой «конфликт» нередко создаёт условия для актуализации слов при амнестической и моторной афазиях. Однако этим методом надо пользоваться осторожно.

Перечисленные принципы восстановительного обучения предъявляют ряд требований к методам, применяемым в практике обучения больных с разного рода нарушениями. Рассмотрим в качестве примера совокупность диктуемых требований к методам при работе с больными с афазией.

Первым требованием к методам восстановления речи при афазии является их адекватность механизму нарушения речи. Восстановительное обучение должно идти не от симптома (больной «не говорит» или «не понимает речь» и так далее), а от его механизма. Известно, что симптом нарушения понимания речи возникает при поражении различных участков мозга (заднелобных, височных, нижнетеменных и так далее). Во всех случаях будет нарушено понимание речи, но механизм симптома будет разный, поэтому и методы восстановления должны быть разными, но соответствующими механизму дефекта.

Второе требование – обходность методов, воздействующих на дефект не прямо («в лоб»), а обходя непосредственный дефект с целью его преодоления с опорой на сохранные уровни и звенья в структуре функции. Например, если нарушен фонематический слух и вследствие этого пострадал процесс звуко различения (вследствие чего окажутся нарушенными и понимание, и говорение, и письмо, и чтение), то нужно работать методами, воздействующими не на пострадавший акустический анализатор, а на связанные с ним кинестетический, оптический, оптико-пространственный, с одной стороны, и воздействовать на уровень семантической организации восприятия (то есть на смысл и значение слов) – с другой.

Третье требование – применение опосредованных методов, воздействующих на нарушенную при афазии речь через другие психические процессы и образования – восприятие, память, мышление, предметные представления, эмоционально-волевую сферу, личность.

И наконец, методы должны быть не изолированными, а системными. Системность приёмов обеспечивает системное воздействие на дефект и восстановление не частных речевых операций,

а вербального поведения в целом. Изолированное применение отдельных приёмов даже в случае достаточного количества сопровождающих упражнений не является эффективным, так как всякий раз решается частная задача, с воздействием только на конкретный дефект функции без учёта: а) её взаимодействий с другими психическими функциями; б) её многоуровневой организации. Изолированный приём может в лучшем случае привести к частичному и малоустойчивому эффекту, к восстановлению изолированных операций. Так, известно, например, что в случае моторной афазии методом постановки звуков (оптико-тактильный метод) можно научить больного произносить звуки, слоги, некоторые слова. Но при этом не будет переноса действия артикулирования на речь как деятельность, не будет восстановлена коммуникативная функция речи, в которой артикулирование является одним и далеко не центральным звеном. Методы должны исходить из знаний психологической и психофизиологической структуры высших психических функций, в частности речи. Так, зная, что в структуру речи входят такие наиболее упроченные уровни её организации, как эмоционально-выразительный, ритмико-мелодический, нужно разработать методы, которые могли бы реализовать эти уровни речи.

На все эти уровни и аспекты речи необходимо системное воздействие, и только через такое воздействие на психическую сферу больного могут быть восстановлены и артикуляторные операции. Системы приёмов как раз и предусматривают не только направленное, обходное и всестороннее воздействие на дефект, но и решают задачу восстановления функции как целостной деятельности. Эти «системы» имеют особенности:

- 1) в системе имеется ведущий метод, выбор которого зависит от нарушенной функции и механизма её нарушения;
- 2) одни и те же приёмы могут быть использованы в разных системах и решать там разные задачи;
- 3) система включает направленные и обходные методы;
- 4) она сопровождается рядом упражнений, которые закрепляют достигнутый эффект.

Приведём пример применения системы приёмов при восстановлении устной речи при моторной афазии. Центральный приём – это смыслослуховая стимуляция слова, которая позволяет растормозить и актуализировать семантические связи слова, связь его значения с материальными носителями слова – звучанием, произнесением. Этот метод позволяет актуализировать, извлечь из памяти и целый ряд других психологических связей этого слова – ситуативных, эмоциональных. Спектр действия этого метода весьма широк. К нему подключается и ряд других, воздействующих на актуализацию и произнесение отрабатываемого слова с других сторон – это метод классификации предметных картинок по разным основаниям, метод рисования по слову, позволяющий воздействовать на сферу предметных образов и их связь со словом и так далее. Вся система приёмов применяется одновременно. Она направлена на решение одной задачи – восстановление произнесения слова, – но каждый приём вносит своё, специфическое. Эта система приёмов предусматривает и воздействие на разные уровни организации произнесения слова – сенсомоторный, семантический, психологический.

Всё описанное выше – современные представления о высших психических функциях, о закономерностях их нарушения, путях их восстановления – даёт возможность по-новому сформулировать задачи восстановительного обучения.

Основным направлением работы клинического психолога в рамках восстановительного обучения выступает восстановление психических функций, искажённых или утраченных в результате заболевания головного мозга различной этиологии. Именно восстановление функций, а не приспособление больного к дефекту, возвращение человека в нормальную социальную среду, а не создание упрощённых условий, искусственной среды для больного является целью восстановительного обучения в практике клинко-психологической помощи.

Исходя из этого формулируется ряд требований к восстановительному обучению, одним из которых является разработка таких путей и методов, которые должны способствовать восстановлению

не изолированных операций или действий больного человека, а восстановлению его деятельности. Для этого восстановительное обучение должно быть направлено на восстановление прежних (где это возможно) или на создание новых механизмов осуществления функции.

Например, при нарушении устной речи (при моторных формах афазии) мы должны работать не над восстановлением операций артикуляторного аппарата, т. е. операций механического произнесения отдельных звуков или слов и предложений, а над созданием механизма порождения речи, в котором артикулирование является лишь одним и далеко не центральным звеном. Только тогда мы можем получить системный эффект – эффект восстановления речевой деятельности, а не операций артикулирования и различения звуков.

Итак, мы рассмотрели, как на практике составляются программы восстановительного обучения больных, демонстрирующих разные типы нарушений функции речи. Столь большое внимание восстановлению речи в процессе изучения нашей дисциплины, и в теории и практике восстановительного обучения уделяется не случайно. Ведь именно речью опосредуются специфически-человеческие формы психической активности, именно речь «делает человека человеком». Утрата данной функции неизбежно ведёт к дезадаптации, изоляции, регрессу.

Системный подход к пониманию основной задачи восстановительного обучения опирается на актуальные представления о формировании, структуре и распаде психических функций. Эти представления позволяют сформулировать задачи восстановительного обучения следующим образом:

1. Восстановление не отдельных умений и навыков и их компонентов, а нарушенной функции в целом как психической деятельности.
2. Максимально возможное восстановление функции, а не приспособление больного к дефекту.
3. Возвращение больного в нормальную социальную среду, а не в упрощённую.

Решение этих задач восстановительного обучения позволит реадаптировать и реабилитировать больного с поражением головного мозга в обществе в достаточной мере для того, чтобы быть полезным членом общества, чувствовать себя достаточно психологически комфортно, быть способным материально обеспечивать себя в полной мере или частично, в соответствии со своими возможностями.

Реализация программ восстановительного обучения позволяет дополнительно решать целый ряд задач.

1. Прежде всего, восстановительное обучение может выступать в качестве дополнительного метода топического дифференцированного диагноза.

Это становится возможным благодаря тому, что при каждом конкретном варианте нарушений, вызванном поражением мозга определённой локализации, эффективными оказываются свои, строго определённые методы восстановительного обучения. Наблюдение за эффективностью процесса обучения позволяет в ряде случаев уточнить локализацию поражения мозга, то есть служит диагностическим критерием при топической дифференцировке диагноза.

Благодаря этому восстановительное обучение позволяет решать и общетеоретические задачи психофизиологии и нейропсихологии, становясь диагностическим методом в изучении строения и локализации психических функций.

2. Далее, восстановительное обучение позволяет понять степень, глубину нарушения психических функций, что помогает при оценке динамики основного заболевания.

3. Кроме того, восстановительное обучение помогает произвести оценку эффекта действия лекарственных средств, применяемых совместно с обучающими методами.

4. Оказывая направленное воздействие на восстановление определённых психических функций, восстановительное обучение способствует и восстановлению общей психической продуктивности личности пациента.

5. И, наконец, восстановительное обучение улучшает качество жизни больного.

6. В условиях современных демографических тенденций уменьшения процентного соотношения трудоспособного и нетрудоспособного населения, восстановительное обучение помогает решать и важные социально-экономические задачи, возвращая больным утраченную вследствие заболевания трудоспособность.

Эмпирические данные, получаемые в процессе восстановительного обучения, имеют большое значение для решения теоретических проблем неврологии и физиологии, психологии и психолингвистики. Материалы, получаемые в процессе обучения, способствуют дальнейшему развитию идеи пластичности центральной нервной системы, позволяют уточнить мозговые механизмы психических процессов, подтверждают и развивают одно из центральных положений отечественной психологии о прижизненном формировании высших психических процессов, дают ценный материал для теории речевой деятельности.

Непонимание принципов восстановительного обучения, недостаточная квалификация специалистов приводит к тому, что методы, применяемые на практике как в России, так и за рубежом, направлены на преодоление частных дефектов речи, то есть на восстановление отдельных речевых операций. Так, часто применяется постановка звуков при нарушениях устной речи, используется метод заучивания (зазубривания) произнесения звуков, прямые методы преодоления дефектов при нарушениях письма, чтения, счёта (списывание, заучивание таблицы умножения).

4.9. Психогигиена и психопрофилактика в системе клинической психологии

Психогигиена и психопрофилактика – области медицинской психологии, задачей которых является предоставление специализированной помощи практически здоровым людям с целью предотвращения нервно-психических и психосоматических заболеваний, а также облегчения острых психотравматических реакций (психогений).

Психогигиена и психопрофилактика взаимосвязаны, что определяет общность их объекта и предмета изучения. Очень востребована просветительская и консультативная работа клинических психологов в сфере семейных отношений и воспитания детей. Клиническое обоснование и психологически выверенная форма донесения информации определяют эффективность профилактики химических и поведенческих зависимостей.

Психическое здоровье подразумевает благополучие всего организма. Психогигиенические мероприятия имеют профилактическое значение не только в отношении психогенных заболеваний, неврозов, психопатий, но и различных соматических заболеваний. Так, например, соблюдение требований психогигиены может играть значительную роль в предупреждении инфарктов и мозговых инсультов, развитии гипертонической болезни и возникающих на её почве гипертонических кризов. Известную роль психогигиена может играть в предупреждении алкоголизма, наркомании и некоторых психозов. Сложные взаимоотношения психического и соматического здоровья делают необходимой тесную связь психогигиены с общей гигиеной. Например, гигиенический режим питания способен предупредить наступление атеросклероза сосудов головного мозга. Занятия физкультурой и спортом поддерживают здоровье и укрепляют нервную систему, а вместе с тем и психику.

Психогигиена – система специальных мероприятий, имеющих задачей сохранение и укрепление психического здоровья человека.

В зависимости от решаемых задач психогигиена подразделяется:

- 1) на психогигиену медико-генетического консультирования;
- 2) семьи, воспитывающей детей с аномалиями развития тяжёлыми заболеваниями;
- 3) людей в периоды возрастных кризов их жизни;
- 4) семьи и сексуальных отношений;
- 5) труда;
- 6) образования, обучения и воспитания;
- 7) общения и социальных отношений;

8) у профессионального образования и сопровождения медицинских работников;

9) распорядка работы лечебных учреждений;

10) взаимодействия врача, пациентов и их родственников и другие.

Важное значение имеет психогигиена беременных, рожениц, кормящих матерей, психогигиена детей младшего возраста (до 3–5 лет). Востребованы следующие направления: 1) психогигиена больных, страдающих наиболее распространёнными хроническими болезнями, больных с разными степенями инвалидности, с частными формами тяжёлых болезней в преклонном и старческом возрасте, больных в период их медико-социальной реабилитации; 2) психогигиена людей с аномалиями развития (слепых, глухих, умственно отсталых); 3) медико-психологические аспекты разных видов экспертиз (медицинской, медико-педагогической, трудовой, военной, судебной).

Рассмотрим основные отрасли психогигиены.

Возрастная психогигиена

В каждый период возрастного развития человека существует ряд условий, факторов, которые положительно, либо отрицательно воздействуют на сохранение и поддержание психического здоровья как в данный период, так и в дальнейшем. Забота о психическом здоровье ребёнка должна начинаться с внутриутробного периода. Так, адекватная сенсорная стимуляция, преобладание позитивного эмоционального фона, отсутствие токсических воздействий, достаточное кровоснабжение плода являются необходимыми условиями соблюдения психогигиены в пренатальный период, а также закладывают основу для дальнейшего нормального психического развития (в отсутствии генетических нарушений, механических повреждений и прочее). В дальнейшем, важное значение приобретают правильный режим, кормление, выработка привычек, положительные примеры, привитие чувства ответственности, дисциплины, установок на труд, чувства товарищества.

В период активной учебной и трудовой деятельности необходимо учитывать оптимальный режим нагрузок.

В период полового созревания важное значение имеют развитие социально-коммуникативных способностей, навыков эмоционально-волевой саморегуляции, а также вопросы, связанные с сексуальной жизнью. В этом же возрасте большое значение имеет профилактика развития разных форм аддиктивного поведения.

В зрелом возрасте большое значение имеют проблемы самореализации, продуктивности, состоятельности личности.

Своеобразные психогигиенические проблемы возникают в пожилом и старческом возрасте. Они связаны с изменением привычного стереотипа, адаптацией пожилых лиц к новому социальному положению, зависимости от окружающих, экзистенциальными переживаниями приближения конца жизни. Для здоровья пожилого человека важно правильное отношение к нему детей.

Психогигиена труда и профессионального обучения

В рамках психогигиены труда и профессионального образования выделяются вопросы профессионального самоопределения, профессионального обучения, трудовой деятельности, профессиональной самореализации. Так, если профессия соответствует интересам, способностям и компетентности человека, то труд – источник радости, удовлетворения, психического здоровья. Большое психогигиеническое значение имеет благоприятный психологический климат внутри трудового коллектива. Нормальный ритм учебного процесса, удовлетворение результатами своего труда, постоянное повышение профессионального уровня – важные факторы, позволяющие человеку испытывать удовлетворение и радость от своей учёбы и работы.

Необходимо изучать и, пользуясь научно обоснованными данными, улучшать гигиенические и психогигиенические условия людей работающих в различных отраслях и различных условиях труда. Эти вопросы разрабатываются представителями эргономики, особей научной дисциплины о труде, объединяющей данные психологии, физиологии, анатомии, гигиены, педагогики и других областей знания о человеке.

Проблема сенсорного голода (недостаточность впечатлений, воздействий извне) особенно привлекает внимание представителей космической психологии и медицины. Развитие техники ставит перед психологией труда ряд новых проблем, которые должны решаться в тесной связи с новым разделом психологии – инженерной психологией. При решении вопросов научной организации труда необходимо в полной мере учитывать единство интересов производства и работающего человека.

Одним из важных разделов психогигиены труда является гигиена интеллектуального труда. Здесь большое значение имеет разработка дифференцированных гигиенических норм умственного труда для людей различных возрастов. Подлежит дальнейшему изучению вопрос об активном отдыхе, построенном в соответствии с условиями труда отдыхающего человека. Для работников умственного труда отдых целесообразно сочетать со спортом, посильным физическим трудом, прогулками.

Психогигиена быта

Прежде всего это вопросы взаимоотношений людей в быту. В ряде случаев в конфликтах могут участвовать лица, страдающие невротическими расстройствами, психопатией, психически больные люди. Лечение и госпитализация таких людей – важное психогигиеническое мероприятие. Борьба с алкоголизмом и наркоманией составляет одну из задач общественной психогигиены.

Кроме того, сама организация быта может нести в себе для человека как психогенное, так и саногенное влияние. В вопросах организации быта важным является учёт индивидуальных особенностей личности, индивидуальных потребностей в наличии личного пространства, умение приспосабливаться к различным условиям жизни и прочее.

Серьёзной проблемой психогигиены становится изучение влияния на организм человека телевидения, радио и других средств массовой информации.

Психогигиена половой жизни и семьи

Любовь, дружба и взаимное уважение друг к другу старших членов семьи, справедливость в отношении младших, общность взглядов и интересов семьи, необходимая уступчивость в их взаимоотношениях – всё это содействует созданию счастливой семьи, обеспечивает правильное воспитание детей. Неврозы особенно часто развиваются в неблагополучных семьях.

В психогигиеническом аспекте брака важен возраст вступления в брак. Важно, чтобы до брака было достаточно времени, чтобы будущие супруги лучше узнали друг друга, особенности характера и привычек. Лица, решившие вступить в брак, должны знать о наследственности своего избранника. Существует немало болезней, передающихся по наследству.

Одна из важнейших задач психогигиены – помощь в создании гармоничной половой жизни. Нарушения в этой области часто являются источником многих психических травм и нервных расстройств. Неправильно построенная половая жизнь делается нередко мучительной тайной человека, источником внутренних и внешних конфликтов. Именно на почве отклонений в половой жизни и неумении видеть её эстетическую сторону часто возникают такие расстройства половой функции, как половая слабость у мужчин и фригидность у женщин. Надо отметить, что половая распущенность, тесно связана не только с определёнными чертами характера, но и с общим моральным обликом личности. Доминирующее значение половой жизни у отдельных людей следует считать признаком патологического развития личности.

Медицинским работникам нужно расширять психотерапевтическую помощь при психогенных и непсихогенных нарушениях половой функции, при патологических отклонениях от нормального полового развития и удовлетворения полового влечения.

Психогигиена жизни в коллективе

Взаимоотношения людей в семье, производственной бригаде, школьном классе, в общежитии и в других каких-либо коллективах

ставят вопрос о теснейшей взаимосвязи интересов человека с интересами окружающих.

Как показал ряд исследований, при комплектовании трудовых коллективов, таких как бригады, команды, экспедиции необходим учёт взаимной совместимости участников по особенностям личности, иногда по возрасту, идейной направленности. Это сложные вопросы, которые каждый раз должны решаться в зависимости от стоящей задачи, от условий работы и многих других моментов. Особенно остро этот вопрос встаёт при отборе лиц, вынужденных жить в условиях длительной социальной и сенсорной депривации (космические полёты, зимовки) и подборе членов подразделений, деятельность которых требует быстрого реагирования на разного рода экстремальные ситуации (спецподразделения, космические экипажи).

Большая роль, помимо психологов и психиатров, должна отводиться и медицинским работникам многих специальностей и, в частности, средним медицинским работникам.

Психогигиена со времени её зарождения была постоянно и непосредственно связана с психопрофилактикой, с предупреждением возникновения, формирования и развития психических болезней. Но если психопрофилактика больше нацелена на предупреждение возникновения конкретных психических расстройств, то цель психогигиены – формирование и поддержание психического здоровья.

Со времени зарождения психогигиена связана не только с психопрофилактикой, но и с психотерапией. Поскольку психотерапия содержит многие приёмы и методы, способствующие как лечению возникших заболеваний, так и коррекции нормальных качеств индивидуальности, нормальных качеств личности. Тесно сосуществуя с психопрофилактикой и психотерапией, непосредственно вытекающая из общей гигиены, психогигиена представляет собой самостоятельный раздел медицинской науки со своими целями, задачами и приёмами исследования.

Разнообразие в понимании сущности психогигиены в настоящее время определяется в первую очередь особенностями

методологических взглядов тех или иных её представителей. Можно следующим образом классифицировать аспекты психогигиены.

Психогигиена детства. Детство сопровождается последовательным усложнением впечатлительности ребёнка. Значение впечатлений, роль которых сохраняется всю жизнь, особенно наглядно прослеживается до 12–14-летнего возраста. В этот период детства ребёнок живет главным образом впечатлениями, а психическая деятельность его формируется в первую очередь на основе впечатлений объектов и явлений непосредственной деятельности. В отличие от этого подросток, начиная с 12–14-летнего возраста, строит свои суждения и умозаключения уже на основе не только непосредственных впечатлений действительности, но и при сочетании образов непосредственных впечатлений с образами памятных представлений. В связи с этим субъективное оперирование такими образами, рефлексия становятся более типичными для подростка и юноши, чем, в частности, и отличается их психика от психики ребёнка.

Психогигиена детства строится на особенных качествах психики ребёнка и обеспечивает гармонию формирования его психики.

Психогигиена игровой деятельности ребёнка. Главная особенность деятельности ребёнка сводится к тому, что она проявляется всегда в играх. Ни в каком возрасте игра не имеет такого значения для формирования психики, как в детском. Правильная, последовательно усложняющаяся организация игровой деятельности ребёнка – это залог более последовательного и строгого формирования психики.

Психогигиена воспитания. Формирование психики ребёнка направляется не стихийно, не просто переживанием им непосредственных жизненных ситуаций. Такое формирование обеспечивается исторически сложившимися системами воспитания, которые в большей или меньшей степени используются в воспитательном потенциале семьи. Повседневная практическая жизнь, обилие человеческих индивидуальностей, возможности возникновения аномалий в формировании психики – это свидетельствует о том, что воспитание ребёнка не может быть неорганизованным, оно направляется

семьей и воспитателями учреждений и основывается на принципе последовательности, поэтапности.

Воспитание – действенное орудие в формировании гармоничной личности, в формировании психического здоровья при строгом учёте всех достижений психогигиены воспитания.

Актуальными проблемами современных исследований психогигиены воспитания является изучение влияния виртуальной среды, социальных сетей на психогигиенические аспекты воспитания подрастающего поколения.

Психогигиена обучения. Воспитание представляет собой непрерывный процесс, который уже на ранних этапах жизни ребёнка включает элементы обучения. Однако с началом посещения школы ребёнком главным воспитателем его становится уже вся система обучения. Последнее не только обогащает объём его знаний и навыков, но, что более важно, правильно организованная система обучения оздоравливает психику, обеспечивает её гармонию. Наоборот, дефекты обучения могут легко сказаться на надломе отдельных ещё не развитых элементов психики ребёнка, могут облегчить ретардацию или акселерацию развития отдельных элементов её и, следовательно, привести к формированию аномальных черт личности.

Психогигиена обучения – один из ведущих и существенных разделов психогигиены, обеспечивающий в особенно раннем и подверженном разнообразным влияниям подростковом возрасте сохранность формирования психики. Психогигиена обучения рассматривает такие проблемы как анализ методов, техник, режима обучения разных категорий людей с точки зрения их влияния на психику. Также в последнее время всё чаще поднимается проблема психогенного влияния образовательной среды на развитие и функционирование психики обучаемого.

Психогигиена полового чувства. Большой вклад в развитие теории психогигиены вопросов пола внесён В. Е. Каганом и И. С. Коном. Сравнительно-возрастное рассмотрение психогигиены заставляет разграничить раздел психогигиены половой жизни на две части: на психогигиену полового чувства и собственно психогигиену

половой жизни. Известно, что именно в подростковом возрасте, в пубертатном периоде развития организма ребёнка, появляются первые, вначале нередко «неясные чувства» происходящих в организме изменений в связи с половым созреванием и началом половой зрелости. А у девочек этот период сопровождается иногда неожиданным для них появлением менструаций с вытекающими из этого психологическими последствиями. Начинающиеся у подростка сложные биологические изменения всегда сказываются на оценке им действительности, семьи, коллектива, общества. Практика свидетельствует о том, что все эти изменения протекают значительно менее болезненно и не нарушают гармонии формирующейся психики подростка, если последний разумно подготовлен к их началу, если ему оказана помощь со стороны взрослых, если его мироощущение корректируется по мере возникновения у него этих неосознанных и непонятных в самом начале чувств.

Психогигиена полового чувства, с одной стороны, исследует, а с другой – разрабатывает мероприятия, направленные на поддержание формирующейся гармонии психики в пубертатном периоде развития ребёнка.

Психогигиена юношества. Юношеский возраст по систематике возрастов разными исследователями не всегда чётко отграничивается от подросткового. Однако его отличают определённые особенности по сравнению с подростковым (отрочеством). Юношество – это переход к этапу формирования общественного сознания, общественного самосознания. Это переход к пониманию того, что любой элемент деятельности индивидуума, что любое качество, свойственное ему, не является уделом жизни и деятельности самого индивидуума, а порождается его коллективной, его общественной деятельностью, его общественной принадлежностью. Юношеский возраст (17–21 год), в отличие от отрочества, это период, когда человек выходит сферу самостоятельной жизни, самостоятельной деятельности. Это период, когда человек впервые приобретает права гражданства, приобретает качества полноценного члена общества, это период, когда человек впервые начинает отрываться от семьи,

от сложившихся традиций в ней и формировать новое мировоззрение, представление о семье, а позднее и новую семью. Все эти особенности нуждаются в специфической коррекции, специфическом управлении ими для сохранения и поддержания наиболее передовых, наиболее совершенных, наиболее гармоничных качеств психики будущего.

Психогигиена брака. Современные данные статистики свидетельствуют о том, что в последние десятилетия в России и в ряде европейских стран, значительно увеличилось число разводов, что неудачно сложившийся брак играет большую роль в возникновении алкоголизма, преступности. Известно, что дети, воспитываемые в неполных семьях одним родителем, находятся в сложных обстоятельствах, которые часто отрицательно сказываются на их формирующейся психике. Многие факты показывают, что возникновение целого ряда пограничных форм патологии в неполных семьях имеет место значительно чаще, чем в гармоничных семьях. Существует настоятельная необходимость правильной подготовки к браку, созданию условий гармоничных браков, разработки системы мероприятий, направленных на упрочение гармонии сохраняющейся семьи.

Детальные меры психогигиены практически совпадают с конкретными формами психопрофилактики применительно к тем или иным жизненным обстоятельствам и возрастным периодам.

Психопрофилактика представляет собой раздел общей профилактики и раздел медицинской психологии, который включает в себя мероприятия, направленные на предупреждение психических заболеваний.

Задачами профилактики являются: 1) предотвращение действия на организм болезнетворной причины, 2) предупреждение развития заболевания путём раннего его диагностирования и лечения, 3) предупредительное лечение и мероприятия, предотвращающие рецидивы болезни и переход их в хронические формы.

Первичная профилактика включает в себя также несколько подразделов: провизорную профилактику, целью её является охрана здоровья будущих поколений; генетическую профилактику – изучение и прогнозирование возможных наследственных заболеваний, которая направлена также на оздоровление будущих поколений;

постнатальную профилактику, состоящую в раннем выявлении пороков развития у новорожденных, своевременном применении методов лечебно-педагогической коррекции на всех этапах развития.

Под вторичной профилактикой понимают систему мероприятий, направленных на предупреждение опасного для жизни или неблагоприятного течения уже начавшегося психического или другого заболевания. Вторичная профилактика включает раннюю диагностику, прогноз и предупреждение опасных для жизни состояний, раннее начало лечения и применения адекватных методов коррекции с достижением наиболее полной ремиссии, длительной поддерживающей терапии, исключающей возможности рецидива болезни.

Третичная профилактика – система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инвалидности при хронических заболеваниях. В этом большую роль играет правильное использование лекарственных и других средств, применение методов лечебной и педагогической коррекции.

Под психической профилактикой принято понимать систему мероприятий, направленных на изучение психических воздействий на человека, свойств его психики и возможностей предупреждения психогенных и психосоматических болезней.

Все мероприятия, относимые к психической профилактике, направлены на повышение выносливости психики к вредным воздействиям. К ним относятся: правильное воспитание ребёнка, борьба с ранними инфекциями и психогенными воздействиями, которые могут вызвать задержку психического развития, асинхронию развития, психический инфантилизм, которые делают психику человека неустойчивой к внешним воздействиям.

Между психикой человека и его соматическим состоянием имеется тесная связь. Устойчивость психического состояния может оказывать влияние на соматическое состояние. Известно, что при большом эмоциональном подъеме редко возникают соматические заболевания (примером могут служить военные годы). Состояние соматического здоровья также может оказывать влияние на психику

человека, вести к возникновению тех или иных расстройств или препятствовать им.

В. А. Гиляровский писал, что роль нервного подъёма в преодолении трудностей для организма и, в частности, вредностей для нервной системы должна быть использована в планировании работ психопрофилактического характера.

Контрольные вопросы

1. Чем обусловлена значимость соблюдения клиническим психологом принципов медицинской этики и деонтологии деятельности клинического психолога?

2. В чем заключается терапевтическая эффективность психологической интервенции?

3. Какова роль психологических методов в комплексном сопровождении соматических больных?

4. Какова роль психологических методов в комплексном сопровождении больных с психическими расстройствами?

5. Каковы основные направления современной психотерапии? Дайте их краткую характеристику.

6. В чём специфика отечественных традиций психотерапии и психологического консультирования?

7. Как можно оценить эффективность психотерапии?

8. Каковы психологические аспекты лечебного процесса?

9. Как осуществляется восстановительное обучение при локальных поражениях мозга?

10. Перечислите основные принципы и подходы восстановительного обучения в нейропсихологии.

11. В каких сферах жизни и клиники востребованы психогигиена и психопрофилактика?

Заключение

В практике специалиста в области специальной психологии и логопедии каждый ребёнок отражает последствия влияния болезненного воздействия на его познавательные функции, речь, эмоции, поведение и коммуникацию. Для качественного формирования необходимых профессиональных компетенций, правильного выбора направления коррекционной и реабилитационной работы с детьми профессионалу в этой области необходимо глубокое постижение многих областей клинической психологии.

Нейропсихологические знания позволяют понять связь локализации мозгового повреждения и нарушений функций психики. Понимание логики патопсихологического исследования даёт возможность выявить нарушенные и сохранённые способности. Психопатология формирует необходимые компетенции в области оценки болезненной природы нарушенных психических проявлений. Клиническая психология в клинике внутренних болезней помогает выявить вклад соматического звена в психические нарушения, раскрывает различные типы реагирования личности пациента на болезнь. Понимание сущности психотерапии, психологической коррекции, психогигиены и психопрофилактики позволяет сформировать экологичное взаимодействие с детьми особой заботы и их семьями, спланировать оптимальный ритм и последовательность коррекционной работы.

Библиографический список

1. Абрамова Г. С. Введение в практическую психологию. – М. : Изд. центр «ACADEMIA», 1996. – 224 с.
2. Адлер А. Наука о характерах: понять природу человека. – М., 2011. – 253 с.
3. Американская психиатрическая ассоциация. «Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, четвертое издание, редакция текста: DSM-IV-TR». – Вашингтон. – Американское психиатрическое издательство, 2000.
4. Анастаси А. Психологическое тестирование: Книга 1. ; пер. с англ. / под ред. К.М. Гуревича, В.И. Лубовского. – М., 1982. – 320 с.
5. Анастаси А. Психологическое тестирование: Книга 2. ; пер. с англ. / под ред. К. М. Гуревича, В.И. Лубовского. – М., 1982. – 336 с.
6. Анохин П. К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. – М., 1968. – 546 с.
7. Анохин П. К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем. М., 1971. – 328 с.
8. Балашова С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии/ Балашова С.В., Дереча Г.И.— Электрон. текстовые данные.— Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2013.— 234 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/51461>.— ЭБС «IPRbooks»
9. Барт Р. Избранные работы: Семиотика: Поэтика ; пер. с фр. / сост., общ. ред. и вступ. ст. Г. К. Косикова. – М. : Прогресс, 1989 – 616 с.
10. Бассин Ф. В. «Значащие» переживания и проблема собственно-психологической закономерности // Вопросы психологии. – 1972. – № 3. – С. 105–124.
11. Белопольская Н. Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития. – М., 2009. – 192 с.
12. Блейлер Э. Руководство по психиатрии. – М. : Изд-во Независимой психиатрической ассоциации, 1993. – 573 с.
13. Бондаренко А. Ф. Социальная психотерапия личности (психосемантический подход). – К., 1991. – 189 с.
14. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Бурно М.Е.— Электрон. текстовые данные.— М.: Академический Проект, Деловая книга, 2012.— 800 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/36380>.— ЭБС «IPRbooks»

15. Быков К., Курцин И. Т. Кортико-висцеральная патология. – М., 1960. – 578 с.
16. Василюк Ф. Е. От психологии практики к психотехнической теории // Московский психотерапевтический журнал. – 1992. – № 1. – С. 15–32.
17. Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейропсихологической диагностики. – СПб., 1997. – 604 с.
18. Введение в клиническую психологию: Учебно-методический комплекс дисциплины для студентов всех форм обучения по направлению подготовки «Психология» (бакалавр) : учебно-методический комплекс / . - М. : Директ-Медиа, 2013. - 94 с.
19. Ведехина С.А. Клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Ведехина С.А.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012.— 159 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/8200>.— ЭБС «IPRbooks»
20. Выготский Л. С. История развития высших психических функций. – М., ПСС. – Т. 3, 1986. – 510 с.
21. Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. М., 1960. – 130 с.
22. Гальперин П. Я. Развитие исследований по формированию умственных действий // Психологическая наука в СССР. Т. 1. – М., 1959. – 542 с.
23. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. – М. :Север, 1933. – 244 с.
24. Гуревич, П.С. Психология : учебник / П.С. Гуревич. - М. : Юнити-Дана, 2015. - 319 с.
25. Давыдовский И. В. Проблема причинности в медицине (этиология). – М., 1962. – 176 с.
26. Доценко Е. Л. Психология манипуляции. Феномены, механизмы, защита. – М. : Речь, 1996. – 114 с.
27. Ждан А. Н. История психологии. От Античности до наших дней. – М., 2004. – 576 с.
28. Залевский Г. В. Объяснение и понимание как методы наук о психике // Вестник ТГУ. Вып. 286. Психология. – Томск, 2005. – С. 3–14.
29. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб., 1996. – 318 с.
30. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. – Л. : Медицина, 1978. – 362 с.
31. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л., 1983. – 362 с.

32. Калмыкова Е. С. Исследования психотерапии зарубежом: некоторые методологические проблемы // Психологический журнал. Т. 13.. –1992. – № 6. – С. 28–35.
33. Каннабих Ю.В. История психиатрии [Электронный ресурс]/ Каннабих Ю.В.— Электрон. текстовые данные.— М.: Академический Проект, 2015.— 432 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/60352>.— ЭБС «IPRbooks»
34. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. Л., 1982. – 572 с.
35. Карвасарский Б. Д. Психотерапия : учеб. для вузов. – изд. 2-е, перераб. – СПб. : Питер, 2002. – 672 с.
36. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб. : Питер, 2002. – 674 с.
37. Клиническая психология и психотерапия / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб. : Питер, 2012. – 944 с.
38. Клиническая психология: учеб.-метод. пособие / сост. К. С. Карташова. – Электрон. дан. – Красноярск: Сиб. федер. ун-т, 2012., [Электронный ресурс] – URL: http://ipps.sfu-kras.ru/sites/ipps.institute.sfu-kras.ru/files/publications/KLINICHESKAYA_PSIHOLOGIYA.pdf
39. Колесник, Н. Т. Клиническая психология : учебник для академического бакалавриата / Н. Т. Колесник, Е. А. Орлова, Г. И. Ефремова ; под ред. Г. И. Ефремовой. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 359 с. — (Бакалавр. Академический курс). — ISBN 978-5-534-02648-1.
40. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. – М., 2012. – 493 с.
41. Кречмер Э. Строение тела и характер. М, 1995. – 607 с. с.
42. Кулганов В.А. Прикладная клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфёнов Ю.А.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012.— 444 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/22985>.— ЭБС «IPRbooks»
43. Лазурский А. Ф. Избранные труды по общей психологии. К учению о психологической активности. Программа исследования личности. – СПб. : Алетейя, 2001. – 290 с.
44. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. – М. : Медицина, 1984. – 272 с.
45. Лебединский, М. С., Мясичев, В. Н. Введение в медицинскую психологию. Л., Медицина, 1966. – 409 с.
46. Леви-Стросс К. Структурная антропология. – М., 1983. – 537 с.
47. Леонгард К. Акцентуированные личности. – М., 2001. – 448 с.
48. Леонтьев А. Н. Восстановление движения. Исследование восстановления функций руки после ранения. – М. : Советская наука, 1945. – 231 с.

49. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1977. – 312 с.
50. Личко А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. – Л., 1983. – 295 с.
51. Личко А. Е., Иванов Н. Л. Медико-психологическое обследование соматических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1980. – № 8. – С. 1195–1198.
52. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М. : Изд-во МГУ, 1962. – 431 с.
53. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. – М., 1969. – 306 с.
54. Лурия А. Р. Маленькая книжка о большой памяти. – М., 1968. – 193 с.
55. Лурия А. Р. Нейропсихология памяти. – М., 1976. Т. 1. – 375 с.
56. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. – М., 1973. – 420 с.
57. Лурия А. Р., Цветкова Л. С. Нейропсихологический анализ решения задач. – М., 1966. – 224 с.
58. Лурия А. Р., Цветкова Л. С. Нейропсихология и проблемы обучения в общеобразовательной школе. М. – Воронеж, 1997. – 341 с.
59. Любан-Плоцца В., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. – СПб., 1996. – 255 с.
60. Макаров В. В. Избранные лекции по психотерапии. – М., 1999. – 416 с.
61. МКБ-10 : Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем : 10-й пересмотр : Том 1 : Часть 2. – Женева, 1995. – 633 с.
62. Мясищев В. Н., Карвасарский Б. Д., Либих С.С., Тонконогий И. М. Основы общей и медицинской психологии. – 2-е изд. – Л. : Медицина, 1975. – 517 с.
63. Нагаев В.В. Основы клинической психологии [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов вузов/ Нагаев В.В., Жолковская Л.А.— Электрон. текстовые данные.— М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2014.— 463 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/34488>.— ЭБС «IPRbooks»
64. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. –157 с.
65. Основы психодиагностики : учеб. пособие для вузов / под ред. А. Г. Шмелева. – Ростов-н/Д., 1996. – 541 с.
66. Павлов И. П. Лекции о работе больших полушарий: Полное собрание трудов. – 2-е доп. изд. – Т. 4. – М., 1951. – 452 с.
67. Пиаже Ж. Характер объяснения в психологии и психофизический параллелизм // Экспериментальная психология / под ред. П. Фресса и Ж. Пиаже. Вып. 1–2. – М., 1966. – С. 157–194.

68. Проблема «предболезни» (о скрытых начальных фазах заболеваний мозга) // Методологические аспекты науки о мозге / под ред. О. С. Адрианова, Г. Х. Шингарова. – М. : Медицина, 1983. – С. 192–203.
69. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер Ком, 1998. – 752 с.
70. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. – М., 1979. – 392 с.
71. Роджерс К. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в психологической практике. – М., 2015. – 200 с.
72. Россолимо, Г.И. Психологические профили. Метод количественного исследования психических процессов в нормальном и патологическом состояниях. Ч. 1. Методика / Г. И. Россолимо. – СПб. : Тип. М. А. Александрова, 1910. – 52 с.
73. Рохлин Л. Л. Изменения и роль личности в клинике и течении шизофрении // Клинико-психологические исследования личности. – Л., 1971. – с. 64–68.
74. Рубинштейн С. Я. Экспериментальное исследование обманов слуха // Патопсихология: Хрестоматия / сост. Н. Л. Белопольская. – М. : Когито-Центр, 2000. – 423 с.
75. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. – СПб., 1998. – 274 с.
76. Смирнов В. В., Резникова Т. Н. Основные принципы и методы психологического исследования ВКБ // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л. : Медицина, 1983. – С. 38–61.
77. Смулевич, А. Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств. – М., 2009. – 421 с.
78. Современные представления о психической норме и патологии: Психологический, клинический и социальный аспекты / Московский институт психоанализа ; отв. ред. Н.Л. Белопольская. - М. : Когито-Центр, 2015. - 293 с.
79. Старшенбаум Г.В. Клиническая психология [Электронный ресурс]: учебно-практическое руководство/ Старшенбаум Г.В.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Вузовское образование, 2015.— 305 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/31706>.— ЭБС «IPRbooks»
80. Сук И. С. Врач как личность. – М., 1984. – 172 с.
81. Ташлыков В. А. Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами. – СПб. : Санкт-Петербург. – 1993. – С. 24.
82. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни

при нервно-психических и соматических заболеваниях: сб. науч. тр. Ленинград: Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т, 1990. С. 32–38.

83. Ухтомский А. А. Избранные труды. – Л. : «Наука», 1978. – 412 с.

84. Фрейд А. Детский психоанализ. – СПб. : Питер, 2003. – 477 с.

85. Фромм Э. Бегство от свободы. – СПб., 2008. – 256 с.

86. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия. В кн.: Основные направления современной психотерапии. – М., 2000, с. 244–265.

87. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. – М., 2009. – 208 с.

88. Цветкова Л. С. Методика нейропсихологической диагностики детей. – М., 1998. – 72 с.

89. Цветкова Л. С. Мозг и интеллект: Нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. – М., 1995. – 304 с.

90. Цветкова Л. С. Нейропсихология и восстановление высших психических функций. – М., 1990. – 384 с.

91. Чеботарева Э. П. Врачебная этика. – М., 1970. – 98 с.

92. Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Човдырова Г.С., Клименко Т.С.— Электрон. текстовые данные.— М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2015.— 247 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/52603>.— ЭБС «IPRbooks»

93. Шамрей В.К. Психотерапия [Электронный ресурс]/ Шамрей В.К., Курпатов В.И.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: СпецЛит, 2012.— 505 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/47833>.— ЭБС «IPRbooks»

94. Шамрей В.К. Расстройства психосоматического спектра: патогенез, диагностика, лечение [Электронный ресурс]/ Шамрей В.К., Краснов А.А.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: СпецЛит, 2013.— 288 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/47760>.— ЭБС «IPRbooks»

95. Шейнина Н.С. Функциональный диагноз в психиатрии [Электронный ресурс]/ Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: СпецЛит, 2013.— 232 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/45734>.— ЭБС «IPRbooks»

96. Эпилепсия. Судорожные состояния [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии/ А.М. Долгов [и др.].— Электрон. текстовые данные.— Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2012.— 24 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21881>.— ЭБС «IPRbooks»

97. Ясперс К. Общая психопатология / пер. с нем. Л.О. Акопяна. – М., 1997. – 1056 с.

Рекомендуемая литература

Основная

1. Балашова С.В. Основы психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии/ Балашова С.В., Дереча Г.И.— Электрон. текстовые данные.— Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2013.— 234 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/51461>.— ЭБС «IPRbooks»
2. Бейн Б. Н., Зонова Л. Н. Клиническая психология – союзник медицины [Электронный ресурс] // Вятский медицинский вестник. – 2014. – № 2. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskaya-psihologiya-soyuznik-meditiny>
3. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Бурно М.Е.— Электрон. текстовые данные.— М.: Академический Проект, Деловая книга, 2012.— 800 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/36380>.— ЭБС «IPRbooks»
4. Введение в клиническую психологию: Учебно-методический комплекс дисциплины для студентов всех форм обучения по направлению подготовки «Психология» (бакалавр) : учебно-методический комплекс / . - М. : Директ-Медиа, 2013. - 94 с.
5. Ведехина С.А. Клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Ведехина С.А. — Электрон. текстовые данные.— Саратов: Научная книга, 2012. — 159 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/8200>.— ЭБС «IPRbooks»
6. Гуревич, П.С. Психология : учебник / П.С. Гуревич. - М. : Юнити-Дана, 2015. - 319 с.
7. Каннабих Ю.В. История психиатрии [Электронный ресурс]/ Каннабих Ю.В. — Электрон. текстовые данные. — М.: Академический Проект, 2015.— 432 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/60352>.— ЭБС «IPRbooks»
8. Клиническая психология / сост. К. С. Карташова. – Красноярск : Сиб. фед. ун-т, 2012.
9. Колесник, Н. Т. Клиническая психология : учебник для академического бакалавриата / Н. Т. Колесник, Е. А. Орлова, Г. И. Ефремова ; под ред. Г. И. Ефремовой. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2017. — 359 с.
10. Корнетов Н. А. Клиническая психология – интегратор естественно-научных, медицинских и гуманитарных дисциплин // Клиническая психоло-

гия в структуре медицинского образования : материалы научн.-практ. конф. – Астрахань : Изд-во Астраханской гос. мед. академии, 2013. – 314 с.

11. Кулганов В. А., Белов В. Г., Парфенов Ю. А. Основы клинической психологии. – СПб. : Питер, 2013. – 456 с.

12. Кулганов В.А. Прикладная клиническая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфёнов Ю.А.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012.— 444 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/22985>.— ЭБС «IPRbooks»

13. Нагаев В.В. Основы клинической психологии [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов вузов/ Нагаев В.В., Жолковская Л.А.— Электрон. текстовые данные.— М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2014.— 463 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/34488>.— ЭБС «IPRbooks»

14. Современные представления о психической норме и патологии: Психологический, клинический и социальный аспекты / Московский институт психоанализа ; отв. ред. Н.Л. Белопольская. - М. : Когито-Центр, 2015. - 293 с.

15. Старшенбаум Г.В. Клиническая психология [Электронный ресурс]: учебно-практическое руководство/ Старшенбаум Г.В.— Электрон. текстовые данные.— Саратов: Вузовское образование, 2015.— 305 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/31706>.— ЭБС «IPRbooks»

16. Човдырова Г.С. Клиническая психология. Общая часть [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Човдырова Г.С., Клименко Т.С.— Электрон. текстовые данные.— М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2015.— 247 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/52603>.— ЭБС «IPRbooks»

17. Шамрей В.К. Психотерапия [Электронный ресурс]/ Шамрей В.К., Курпатов В.И.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: СпецЛит, 2012.— 505 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/47833>.— ЭБС «IPRbooks»

18. Шамрей В.К. Расстройства психосоматического спектра: патогенез, диагностика, лечение [Электронный ресурс]/ Шамрей В.К., Краснов А.А.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: СпецЛит, 2013.— 288 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/47760>.— ЭБС «IPRbooks»

19. Шейнина Н.С. Функциональный диагноз в психиатрии [Электронный ресурс]/ Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П.— Электрон. текстовые данные.— СПб.: СпецЛит, 2013.— 232 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/45734>.— ЭБС «IPRbooks»

20. Эпилепсия. Судорожные состояния [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии/ А.М. Долгов [и др.].— Электрон. текстовые данные.— Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2012.— 24 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/21881>.— ЭБС «IPRbooks»

Дополнительная

1. Александров А. А. Современная психотерапия. Курс лекций – СПб. : Академический проект, 1997 – 335 с.
2. Александров А. А. Психотерапия : учебное пособие. – СПб. : Питер, 2004. – 480 с.
3. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. – М. : Медицина, 2000. – 496 с.
4. Бажин Е. Ф., Корнева Т. В. Социально-психологические аспекты ранней диагностики психических заболеваний // Ранняя диагностика психических заболеваний. – Киев: Здоров'я, 1989. – С. 17–26.
5. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Практическая патопсихология. Ростов-н/Д. : Феникс, 1996. – 389 с.
6. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Независимая фирма «Класс», 2001. – 336 с.
7. Брайт Дж., Джонс Ф. Стресс: Теории, исследования, мифы. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2003. – 352с.
8. Ганнушкин П. Б. Постановка вопроса о границах душевного здоровья // Ганнушкин П. Б. Избранные труды. – М. : Медицина, 1964. – С. 97–108.
9. Денисенко М. Д., Николаев В. И., Соловьева С. Л. Формирование адаптивной реакции у людей с разным типом гемодинамики и эмоциональным балансом в условиях эмоционального стресса // Профилактическая и клиническая медицина. – СПб., 2011. – Т. 2(39). – № 2. – С. 359.
10. Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г. Психиатрия : учебник. – М. : Медицина, 2002. – 544 с.
11. Зейгарник Б. В. Патопсихология. – М. : Изд-во Московского университета, 1986.
12. Зейгарник Б. В. Психология личности. Норма и патология. – М. : МПСИ, 2007. – 321 с.
13. Кармин А. С. Предисловие // Психология и культура / под ред. Д. Мацумото.– СПб. : Питер, 2003.
14. Квасенко А. В., Зубарев, Ю. Г. Психология больного. – Л. : Медицина, 1980. – 183 с.

15. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб. : Питер, 2002. – 1312 с.
16. Клиническая психология / под ред. Н. Д. Твороговой – М. : Пер Сэ, 2007. – 416 с.
17. Клиническая психология / сост. и общ. ред. Н. В. Тарабриной. – СПб. : Питер, 2000. – 352 с.
18. Клиническая психология : учебник / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2002. – 960 с.
19. Клиническая психология : учеб. для студ. высш. учеб. заведений. В 4 т. / под ред. А. Б. Холмогоровой. – М. : Академия, 2010. – Т. 1. Общая патопсихология. – 464 с.
20. Корецкая И. А. Клиническая психология. – М. : Евразийский открытый институт, 2010. – 48 с.
21. Лакосина Н. Д. Клиническая психология. – М. : МЕДпресс-информ, 2007. – 416 с.
22. Лакосина Н. Д., Трунова М. М. Неврозы, невротические развития личности. Клиника и лечение/ Н. Д. Лакосина, М. М. Трунова. – М. : Медицина, 1994. – 192 с.
23. Либих С. С. Психология больного и психологии болезни // Вопросы медицинской психологии и психотерапии. – 1974. – С.43– 48.
24. Лифинцева А. А. О соотношении понятий «психическое здоровье» и «психологическое здоровье» в отечественных и зарубежных исследованиях // Психическое здоровье и личность в меняющемся обществе : мат. междунар. науч.-практ. конф. / отв. ред. Д. В. Лифинцев. – Калининград, 2007. – С. 44–48.
25. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и патогенные заболевания/ Р.А. Лурия. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.
26. Мазилев В. А. Методологические проблемы в психологии в начале XXI века // Психологический журнал. – 2003. – № 1.
27. Матвейчик Т. В. Психология больного и поведение медицинского работника в зависимости от типов личности, черт характера и предпочтения пациентов. Методические разработки лекции – Минск, 2002. – 134 с.
28. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. – М. : «МЕДпресс», 1998. – 592с.
29. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / под общ. ред. Б. В. Михайлова. – Харьков : Прапор, 2002. – 128 с.
30. Михайлова Т. В. Психологические факторы в декомпенсации хронической сердечной недостаточности : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2006. – 26с.

31. Мучник В. С., Смирнов В. М., Резникова Т. Н. Нейропсихологические и личностные аспекты внутренней картины болезни // Нейропсихологические исследования в неврологии, нейрохирургии и психиатрии. – 1981. – С. 13–21.
32. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику – М., 1987. – 168 с.
33. Николаева В. В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. – 1976. – № 4. – С. 21–32.
34. Основы специальной психологии : учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др. / под ред. Л. В. Кузнецовой. – М. : Академия, 2002. – 480 с.
35. Патопсихология : хрестоматия / сост. Н. Л. Белопольская. – М. : Когито-центр, 2012. – 289 с.
36. Пономарева Л. Г. Развитие представлений о субъективной концепции болезни // Молодой учёный. – 2010. – № 10. – С. 271–274.
37. Психология и культура / под ред. Д. Мацумото. – СПб. : Питер, 2003. – 718 с.
38. Психотерапия: новейший справочник практического психолога / сост. С. Л. Соловьева. – М. : АСТ; СПб. : Сова, 2005. – 704 с.
39. Рассказова Е. И., Тхостов А. Ш., Гульдман В. В. Способы заботы о здоровье и соматические жалобы в норме: роль представлений и роль действий [Электронный ресурс] // Психологические исследования. – 2016. – Т. 9. – № 50. – С. 4. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 28.10.2016).
40. Репина Н. В., Воронцов Д. В., Юматова И. И. Основы клинической психологии. – Ростов-н/Д. : Феникс, 2003. – 480 с.
41. Розин В. М. Психика и здоровье человека. – М. : Либроком, 2010. – 224 с.
42. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М., 2006. – 248 с.
43. Сафуанов Ф. С. Проблемы нормы и патологии в судебной психиатрии // Вопросы общей и пограничной психиатрии. – Екатеринбург, 1995. – С. 123–127.
44. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. – М. : Медицина, 1987. – 184 с.
45. Середина Н. В., Шкуренко Д. А.. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология. – Ростов н/Д. : Феникс. – 2003 – 512 с.
46. Сидоров П. И., Парняков А. В. Клиническая психология. – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 880 с.
47. Соловьева С. Л., Николаев В. И. Эмоциональный баланс как критерий индивидуальной нормы реакции // Психосоматическая медицина / под. ред. С. Л. Соловьевой, В. И. Николаев : сборник материалов 111 международного конгресса. – СПб. : Человек, 2008. – С. 79–80.

48. Соловьева С. Л. Критерии нормы в клинической психологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – № 3(26). – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 09.12.2016)
49. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. – Л.: Медицина, 1984. – 191 с.
50. Тхостов А. Ш., Арина, Г. А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни. – 1990. – № 1. – С. 32–38.
51. Урываев В. А. Место клинической психологии в профессиональной подготовке врача // Вестник клинической психологии. – 2007. – Т. 1. – № 2. – С. 248–255.
52. Фролова Ю. Г. Личность и болезнь // Психология. – 1999. – № 2. – С. 26–29.
53. Фролова Ю. Г. Медицинская психология. – Минск : Высшая школа, 2009. – 384 с.
54. Хомская Е. Д. Нейропсихология. – СПб. : Питер, 2011. – 496 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
Глава I. Клиническая психология как наука.....	6
1.1. Предмет и объект клинической психологии.....	6
1.2. Основные определения клинической психологии в отечественной и зарубежной науке.....	6
1.3. Задачи клинической психологии, её прикладной и междисциплинарный характер. Вклад клинической психологии в разработку теоретических проблем психологии.....	10
1.4. Основные направления клинической психологии.....	12
1.5. Краткая история развития клинической психологии в России и за рубежом.....	28
1.6. Проявления психических отклонений и их объяснения в разные культурно-исторические периоды.....	32
1.7. Основные направления практической деятельности клинического психолога: психологическая диагностика, психологическая коррекция (психотерапия), социальная реабилитация больных.....	37
1.8. Методы клинической психологии. Соотношение экспериментально-психологического и клинико-психологического подходов при исследовании психических расстройств. Классификация методов клинической психологии. Номотетический и идеографический подходы в клинической психологии.....	46
Глава II. Методологические проблемы клинической психологии.....	56
2.1. Проблема нормы и патологии. Норма как реально существующий устойчивый феномен. Границы между нормой и патологией: психопатология обыденной жизни, пограничные и транзиторные расстройства. Социокультурная детерминация представлений о норме. Релятивистские представления о норме. Норма как статистическое понятие. Адаптационные концепции нормы. Норма как идеал.....	56

2.2. Проблема развития, регресса и распада в клинической психологии. Проблема соотношения развития и распада в клинической психологии. Распад как негатив развития. Роль компенсации при распаде	72
2.3. Внутренняя картина болезни. Аллопластическая и аутопластическая картины болезни. Сенситивная и интеллектуальная аутопластическая картины болезни	80
2.4. Болезнь как семиотическая система. Чувственная ткань, первичное означение, вторичное означение и личностный смысл болезни.....	86

Глава III. Основные модели психических расстройств

в психологии и общей медицине	97
3.1. Биомедицинская модель психических расстройств. Каузальный принцип. Понятие болезни. Психосоциальная модель: роль социума и внутриличностных факторов. Био-психо-социальная модель	97
3.2. Соотношение внешних и внутренних факторов в этиологии психических заболеваний.....	107
3.3. Основные типы психических расстройств. Краткая характеристика основных видов психической патологии в соответствии с МКБ-10.....	112
3.4. Расстройства личности. Понятия психопатии, акцентуации характера и личности. Определение, критерии диагностики, варианты патохарактерологического развития личности.....	121

Глава IV. Психологические основы психотерапии, реабилитации, психогигиены и психопрофилактики, восстановительного обучения

4.1. Этические принципы деятельности клинического психолога	129
4.2. Понятие психологической интервенции: её определение, основные направления, причины терапевтического эффекта.....	133
4.3. Место психотерапии и психологической коррекции в комплексном лечении больных с психическими, поведенческими и психосоматическими расстройствами	138
4.4. Основные направления современной психотерапии (психодинамическая, когнитивно-бихевиоральная, экзистенциально-гуманистическая)	143

4.5. Отечественная традиция психотерапии и психологического консультирования	161
4.6. Проблема оценки эффективности психотерапии	167
4.7. Психологические аспекты лечебного процесса. Взаимоотношения врача (психолога, психотерапевта) и больного.....	170
4.8. Восстановительное обучение при локальных повреждениях мозга. Его принципы и подходы	174
4.9. Психогигиена и психопрофилактика в системе клинической психологии	199
Заключение	212
Библиографический список.....	213
Рекомендуемая литература	219

Учебное издание

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие для студентов направления подготовки высшего образования – бакалавриата «Специальное (дефектологическое) образование», профилей «Специальная психология», «Логопедия»

Составитель ***Наталья Викторовна Александрова***

Редактор Т. М. Казакова

Компьютерная вёрстка Т. М. Казаковой

Подписано в печать 14.03.2017.

Печать на ризографе. Бумага офсетная. Формат 60×84/16.

Печ. л. 14,25. Уч.-изд. л. 13,5. Тираж 50 экз. Заказ 11.

Омская гуманитарная академия
644105, Омск, ул. 4-я Челюскинцев, 2а.

Отпечатано в полиграфическом отделе издательства
Омской гуманитарной академии.
644105, Омск, ул. 4-я Челюскинцев, 2а, тел. 28-47-43.