

**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ А.И.ЕВДОКИМОВА**

**Факультет клинической психологии
Кафедра клинической психологии**

Введение в клиническую психологию

Учебное пособие

Разработчик:

Доцент, к. психол. н.

Крохин И.П.

Москва, 2012 г.

СОДЕЖАНИЕ

Введение.....	3
Раздел 1 Предмет, структура и задачи клинической психологии. Развитие психики в норме патологии.....	4
Раздел 2 Патопсихология, ее теоретические основы и актуальные проблемы....	11
Раздел 3 Нейропсихология: теоретические основы, методы и практическое значение.....	22
Раздел 4 Психосоматика в системе междисциплинарных связей.....	32
Раздел 5 . Психология аномального развития.....	40
Раздел 6 Учение о неврозах.....	49
Раздел 7 Базовые методы современной психотерапии в клинической психологии.....	58
Раздел 8 Психодиагностика и экспертные методы в психодиагностике.....	68
Заключение.....	80
Литература.....	81

Введение

Клиническая психология – актуальное направление современной психологии. К настоящему времени клиническая психология в структуре психологического знания приобрела статус фундаментального направления, имеющего специфику предмета (психика в условиях отклонения от нормы) и метода (приоритет клинически ориентированных методик, направленных на определение феноменологии и типологии разнообразных психических состояний) и определяющего многие важные прикладные отрасли и социальные технологии. Поэтому полноценное раскрытие содержания клинической психологии сегодня является крайне необходимым для качественного образования будущего психолога. К сожалению, в силу ряда причин, как субъективного, так и объективного характера, знания в области клинической психологии у студентов-психологов до сих пор оставляют желать лучшего. Это обстоятельство во многом диктует необходимость разработки лекционного материала, отвечающего современным требованиям.

Представленное учебное пособие может быть положено в основу учебно-методического комплекса (УМК) по курсу «Клиническая психология». Содержание учебного пособия соответствует современному уровню развития клинической психологии и требованиям государственного образовательного стандарта для специальностей «Психология» и «Клиническая психология». В него включены, восемь разделов, отражающих собственно содержание программы курса «Клиническая психология», а также список основной и дополнительной литературы. Список литературы включает работы отечественных и некоторых зарубежных авторов, в том числе и вышедших за последние пять лет, и охватывает основные направления развития современной клинической психологии. Включение в список дополнительной литературы даёт возможность студентам совершенствовать свои знания по наиболее актуальным направлениям клинической психологии.

Раздел 1 Предмет, структура и задачи клинической психологии. Развитие психики в норме и патологии.

Введение

Греческое слово *kline* (нечто, имеющее отношение к постели), от которого происходит прилагательное «*клиническая*», в современном языке связано с обозначением таких сфер, как уход за больным, особенности развития какой-либо болезни или расстройства, а также лечение этих расстройств. Соответственно, в рамках института медицины клиническая психология — это отрасль психологии, предметом изучения которой являются:

а) *расстройства (нарушения) психики и поведения;*

личностные и поведенческие особенности людей, страдающих различными заболеваниями;

в) *воздействие психологических факторов на возникновение, развитие и лечение болезней;*

г) *особенности взаимоотношений больных людей и социальной среды, в которой они находятся.*

Таким образом, в этом смысле **клиническая психология** может пониматься как приложение всего объема психологических знаний к решению самых различных вопросов и проблем, возникающих в медицинской практике. В рамках этой практики клиническая психология развивалась ещё задолго до становления экспериментальной психологии В.Вундта и способствовала развитию клинического подхода во всей психологии. Действительно, наблюдение относительно небольшого числа пациентов в естественных условиях и последующий субъективный анализ-интерпретация индивидуальных проявлений их психики и личности стали рассматриваться З.Фрейдом как основные научные средства в рамках клинико-психологической методологии при разработке основных положений психоанализа. В этом смысле клинико-психологическая методология является своеобразной альтернативой, но не противоположностью естественнонаучному экспериментальному подходу, опирающемуся на критерии «объективного» (статистически достоверного) психологического знания.

Развитие психоанализа способствовало принципиальному изменению статуса клинической психологии. К настоящему времени она совершенно оправданно рассматривается как фундаментальный раздел психологии вместе с психологией личности, дифференциальной, социальной, возрастной психологией. Сфера её приложения уже не ограничивается только рамками медицинской практики и охватывает практически всё социальное пространство. Предметное содержание клинической психологии в настоящее время не может ограничиваться только рамками социального института медицины. **Клиническую психологию сегодня некорректно считать лишь психологией в клинике болезней.** В связи с объективным пересмотром ряда ключевых понятий (здоровье, норма, аномалия, клиника и т.п.) необходимо уточнить предметное содержание клинической психологии и разобраться в понимании ряда терминов и понятий. В результате пересмотра ряда традиционных представлений о сущности нормы психической деятельности, норма уже не рассматривается только как отсутствие болезни (патологии). **Норма, как единичное явление, соотносится с аномалией, а не с болезнью.** А сам феномен болезни сегодня относят к состоянию здоровья низкого уровня. Соответственно, здоровье разного уровня в т.ч. и болезнь, как здоровье низкого уровня, есть нечто иное, как сложное сочетание норм и аномалий, то есть их системное качество. Следовательно, **единицей анализа в клинической психологии должно быть не какое-то неопределённое «психическое нарушение» и, тем более, не «патология психики», а отклонение от нормы психической деятельности, т.е. психическая аномалия.** Такое виденье ключевых понятий возникло благодаря появлению ряда серьёзных публикаций отечественных психологов, медиков, философов в 70-80-е годы XX века. Вспомним в этой связи плодотворные идеи о так называемой общей клинической психологии и системности явления здоровья человека в работах Б.С.Братуся, Б.Ф.Ломова и ряда других достаточно авторитетных специалистов.

С другой стороны, содержание понятия «клиника» не ограничивается только сферой ухода за больным или особенностями проявления болезни, а охватывает весь спектр проявлений человека в социальной и психической жизни. Недаром и в самой психологии и в теории познания (гносеологии) при обозначении научных методов исследования давно используется термин «клинический подход» как альтернатива экспериментальному подходу в исследовании. **Клинический метод предполагает организацию целенаправленного наблюдения за проявлениями социальной и психической жизни человека с последующим выделением ключевых признаков (симптомов) и их систематизации (типология).**

Таким образом, на основе вышеизложенного мы можем считать клиническую психологию фундаментальным направлением современной психологии, а не узкой прикладной отраслью в медицине, так как она имеет специфику предмета и метода. **Предметом является** психическая деятельность в условиях отклонения от нормы, а **ведущим методом** – клинический метод. Соответственно мы определяем **клиническую психологию, как фундаментальное направление современной психологии, изучающее факты, закономерности и механизмы психической деятельности в условиях отклонения от нормы для решения как практических, так и теоретических задач.** Соответственно центральной теоретико-методологической **проблемой клинической психологии является проблема соотношения нормы и аномалии.** Ключевой социальной проблемой клинической психологии является **проблема поддержания и сохранения здоровья (в первую очередь, психического здоровья) человека.** Отклонения от нормы (аномалии) психики возникают в разнообразных условиях социального бытия человека. Наиболее актуальные условия – тяжёлый стресс и дистресс, психическая травма, особые условия жизнедеятельности в т. ч. и профессиональной деятельности, особые психические состояния (конфликт, одиночество, социальная дезориентация), аномалии психического развития и мозговой организации, поведенческие девиации. Конечно же наиболее очевидным и тяжёлым условием является патология (болезнь). Поэтому медицинский аспект клинической психологии всегда будет наиболее очевидным и актуальным. При этом клинический психолог, что необходимо особо подчеркнуть, имеет дело в первую очередь с психическими состояниями целостной личности как клинико-психологическими феноменами («эго-состояния»), а уж потом со всеми остальными психическими явлениями (психическими процессами и свойствами)

Клиническая психологии генетически связана с медициной и продолжает оставаться междисциплинарной областью научного знания и практической деятельности, в которой пересекаются интересы медиков и психологов. Если исходить из проблем, которые разрешает эта дисциплина (взаимовлияние психического и соматического в возникновении, течении и лечении болезней), и практических задач, которые перед ней ставятся (диагностика психических нарушений, различение индивидуальных психологических особенностей психических расстройств, анализ условий и факторов возникновения расстройств и болезней, психопрофилактика психосоциальная реабилитация больных, охрана и поддержание здоровья), то **она в значительной степени включена в проблемы медицинской науки и практики.**

Однако если исходить из теоретических предпосылок и методов исследования — это наука психологическая.

История возникновения клинической психологии

Взаимопроникновение медицины и психологии основывается на соотношении в жизни человека биологических и со-пальных факторов, на связи телесных функций с психическими. Уже у Гиппократ (460—377 гг. до н.э.) мы можем встретить указание на роль адаптационных возможностей организма и на важность межличностных отношений, складывающихся между врачом и больным. Именно этому врачу-философу античности принадлежит известное высказывание о том, что медику гораздо важнее знать, какой человек страдает болезнью, чем знать, какая болезнь имеется у человека. Но от понимания необходимости глубокого изучения психологических аспектов клинических феноменов до возникновения особой отрасли науки — клинической психологии — прошло немало времени.

Сам термин «клиническая психология» появился в 1896 году, когда американский психолог Лайтнер Уитмер (*LilUhner Witmer*), обучавшийся в Институте экспериментальной психологии В. Вундта, по возвращении из Лейпцига основал первую в мире психологическую клинику при университете штата Пенсильвания в США. Первые клинико-психологические исследования возникли именно в

медицине - в рамках психиатрии и невропатологии. Интерес и использование психологических знаний всегда характеризовали выдающихся представителей медицинской науки, многие из которых, как, например, З. Фрейд, К. Ясперс, В. Н. Бехтерев, В. Н. Мясищев, даже стали основателями отдельных направлений в психологической мысли и больше известны как психологи, а не как врачи.

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

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

Однако в конце XIX в. связь медицины и психологии была сильно подорвана развитием биологии и смещением акцентов на материальные — анатомические, микробиологические и биохимические — основы возникновения и развития болезней. В это время в медицинской науке возникает так называемая «органическая парадигма», основанная на идеях Луи Пастера об инфекционной природе болезней и впоследствии дополненная теорией клеточной патологии Вирхова. Органическая парадигма характеризуется абсолютизацией идеи строгой закономерности течения болезни под влиянием объективных, материально обусловленных механизмов (возбудитель или нарушение клеточных функций) и трактовкой любой болезни независимо от личностных и средовых влияний. В этой парадигме психология могла быть полезной только при рассмотрении нарушений психической деятельности в качестве некоторого подручного, несамостоятельного инструмента клинико-диагностической деятельности врача. Как результат, в научном поле образовались две различные экспериментальные психологии — клиническая (на базе медицинских факультетов) и общая (на базе философских факультетов). Если первая была ориентирована на обслуживание научных и практических интересов физиологии и психиатрии и имела материалистический уклон, то вторая преследовала цель эмпирического исследования предпосылок нематериальной по своей сути психической субстанции.

Но уже в первой половине XX века пастеровско-вирховская органическая парадигма объективных патогенных факторов сменилась концепцией Г.Селье о роли адаптационно-защитных механизмов в возникновении болезней, под влиянием которой было обращено внимание именно на возможную этиологическую роль психологических факторов не только в психиатрии, но и в соматической медицине.

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

Задачи и разделы современной клинической психологии.

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

В качестве самостоятельной отрасли психологической науки современная клиническая психология имеет **следующие задачи**:

—изучение влияния психологических и психосоциальных факторов на развитие поведенческих и личностных нарушений, их профилактику и коррекцию;

- изучение влияния отклонений и нарушений в психическом и соматическом развитии на личности и поведения ;
- изучение специфики и характера нарушений развития психики ребенка;
- изучение характера отношений человека с аномалиями психики и поведения и его ближайшего окружения;
- разработка принципов и методов клинико-психологического исследования;
- создание и изучение психологических методов воздействия на психику взрослого и ребенка в коррекционных и профилактических целях.

Основными разделами клинической психологии являются: **патопсихология, нейропсихология и психосоматическая медицина**, что ещё раз подтверждает её теснейшую связь с медициной, так как все эти дисциплины формировались в основных институтах медицины – клиниках психических, неврологических и соматических расстройств. Помимо этого в нее часто включают такие специальные разделы, как психотерапия, реабилитология, психогигиена и психопрофилактика, психология девиантного поведения, психология пограничных психических расстройств (неврозология). Количество специальных разделов постоянно множится в зависимости от потребностей общества, отражая тенденцию выхода клинической психологии из рамок медицинской практики. И сегодня можно встретить такие частные области клинической психологии, как психология посттравматического стресса, психология инвалидности, психовенерология, психоонкология, социальная психология здоровья, психология одиночества психология экстремальных ситуаций, психология катастроф, психология профессиональной деформации и др.

Клиническая психология тесно связана с такими дисциплинами, как **психиатрия, психопатология, неврология, психофармакология, физиология высшей нервной деятельности, психофизиология, валеология, общая психология, психодиагностика, специальная психология и педагогика**. Сферой пересечения научного и практического интереса **клинической психологии и психиатрии** является диагностика. Вспомним, что исторически клиническая психология и зародилась в недрах психиатрии в качестве вспомогательного диагностического инструмента. Психиатр основной акцент делает на распознавании патологических органических процессов, обуславливающих расстройства психической деятельности, а также на фармакологическом воздействии на эти процессы и на профилактике их возникновения. Психиатрия мало уделяет внимания тому, как протекают психические процессы в норме, у здоровых людей.

Процесс же диагностики психических расстройств, с одной стороны, предполагает разделение собственно расстройств, вызванных органическими нарушениями, и индивидуальных особенностей личности, а с другой — диагностика психических расстройств требует подтверждения наличия у человека собственно психологических нарушений, что делается с помощью патопсихологических и нейропсихологических экспериментов, а также посредством различных психологических тестов (проб). Совпадающим предметом психиатрии и клинической психологии являются **психические расстройства**. Однако клиническая психология, кроме того, занимается такими расстройствами, которые болезнями не являются (так называемые «пограничные психические расстройства»). Фактически же современная психиатрия и клиническая психология различаются не предметом, а точкой зрения на один и тот же предмет: психиатрия делает акцент на морфофункциональной (соматической) стороне психического расстройства, тогда как клиническая психология акцентирует внимание на специфике психологической реальности, возникающей при психических расстройствах.

Связь **клинической психологии с психопатологией** прослеживается в особой области медицинской науки — психопатологии. И патопсихология, и психопатология имеют дело с одним и тем же объектом: нарушениями психической деятельности. Поэтому существует мнение, что эти дисциплины совпадают одна с другой и различаются только углом зрения, под которым они рассматривают больных людей. Но вот каков этот угол зрения? Б. В. Зейгарник утверждала, что патопсихология (в отличие от психопатологии) занимается изучением закономерностей распада психической деятельности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме [14], тогда как психопатология якобы изучает только нарушенные психические функции. Однако Б. Д. Карвасарский вполне справедливо замечает, что невозможно представить себе изучение психических расстройств без какого-либо обращения к норме и учета ее. Этот ученый усматривает различие между патопсихологией как разделом клинической психологии и психопатологией как сугубо медицинской дисциплиной только в том, какими категориями пользуется та или иная дисциплина для описания психических нарушений.

Патопсихология описывает преимущественно психологическую сторону психических нарушений, т.е. изменения сознания, личности и основных психических процессов — восприятия, памяти и мышления, тогда как психопатология описывает психические нарушения медицинскими категориями (этиология, патогенез, симптом, синдром, симптомокинез (динамика возникновения, развития, существования, соотношения и исчезновения элементов синдрома), синдромотаксис (взаимосвязь различных синдромов)) и критериями (возникновение, прогноз и исход патологического процесса).

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

Связь **клинической психологии и психофармакологии** заключается в изучении последних психологических эффектов лекарственных средств. Сюда же можно отнести и проблему плацебо-эффекта при разработке новых лекарственных соединений.

Связь **клинической психологии с физиологией высшей нервной деятельности и психофизиологией** проявляется в поиске корреляций между патопсихологическими процессами и их физиологическими коррелятами.

Связь **клинической психологии с валеопсихологией и психогигиеной** заключается в совместном определении факторов, противостоящих возникновению психических и соматических расстройств, и уточнении критериев психического здоровья.

Связь **клинической психологии со специальной психологией и педагогикой** проявляется в поиске путей коррекции проблемного поведения детей и подростков, вызванного нарушениями психического функционирования или аномалиями личностного развития.

Раздел 2. Патопсихология, ее теоретические основы и актуальные проблемы.

Предмет, цель, задачи, связь с другими направлениями психологии история становления.

Патопсихология - это отрасль психологической науки, изучающая изменения психической деятельности вследствие психических или соматических заболеваний. Ее данные имеют большое теоретическое и практическое значение для различных отраслей психологии и психопатологии.

В современной психологической науке иногда наблюдается смешение понятий и некорректное использование терминов патопсихологии. В связи с этим закономерен вопрос о разграничении понятий «психопатология» и «патопсихология». Признание того, что патопсихология является психологической, а не медицинской дисциплиной, определяет предмет патопсихологии и отграничивает его от предмета психопатологии.

Психопатология как отрасль медицины направлена на изучение общих особенностей психических заболеваний, исследование их симптомов и синдромов, выявление патогенетических механизмов психических нарушений.

Патопсихология, являясь психологической дисциплиной, исходит из закономерностей развития и структуры психики в норме. Она изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме. Таким образом, при всей близости объектов исследования психопатология и патопсихология отличаются своими предметами. Поэтому проблемы и задачи, которые патопсихология должна решать собственными методами и используя свои понятия, не должны подменяться проблемами, находящимися в компетенции психиатров. К примеру, установление клинического диагноза заболевания, назначение соответствующего лечения - компетенция психиатра, а психологическое исследование нарушений мышления, личности, умственной трудоспособности больного, выявление сохраненных психических функций для построения плана коррекционно-восстановительной работы - компетенция патопсихолога.

Необходима также дифференциация понятий «патопсихология» и «специальная психология». Такое разграничение сделалось особенно актуальным в связи с тем, что среди практических работников в области коррекционной педагогики большую популярность получила книга Л. Пожара «Патопсихология - психология аномальных детей». Название этого труда входит в противоречие с систематикой отраслей психологической науки, принятой в отечественной психологии. Согласно этой систематике существует «специальная психология» - отрасль психологии, изучающая психолого-педагогические особенности детей с нарушениями развития (аномальных детей). В работе Л. Пожара не только даются клинико-психологические характеристики детей, больных шизофренией, эпилепсией и другими психическими заболеваниями, т. е. затрагиваются патопсихологические аспекты, но и анализируются проблемы интегрированного обучения аномальных детей, что, без сомнения, относится к компетенции специальной психологии и коррекционной педагогики.

Специальная психология изучает особенности развития детей, нуждающихся в специальных условиях обучения и воспитания. К ним относятся дети с нарушениями анализаторов, опорно-двигательного аппарата, эмоционально-волевой сферы, различными интеллектуальными нарушениями. В настоящее время для обозначения этих групп детей используется термин «дети с ограниченными возможностями здоровья». Специальная психология решает ряд задач, главными из которых являются следующие: определение возможностей обучения детей с нарушениями развития, специальных образовательных условий, разработка методов изучения различных категорий этих детей.

Вместе с тем необходимо учитывать, что дети и подростки с нарушениями развития при определенных условиях могут становиться объектом изучения патопсихолога, например, при проведении судебно-психиатрической или воинской экспертизы подростка с легкой умственной отсталостью, при обследовании ребенка, нуждающегося в дифференцированной диагностике между детской шизофренией и синдромом раннего детского аутизма, при стационарировании ученика специальной школы в связи с нарушениями поведения.

Следует отметить, что иногда патопсихологу в его практической деятельности приходится решать задачи, традиционно относящиеся к компетенции психолога, работающего в специальном образовании, например, давать оценку обучаемости ребенка при установлении или снятии диагноза «умственная отсталость».

Прикладное значение патопсихологии трудно переоценить. Практические задачи, стоящие перед патопсихологом, ориентированы на решение ряда вопросов психиатрической практики.

Одна из важнейших **задач практической патопсихологии** - получение дополнительных данных о психическом состоянии больного: состоянии его познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности в целом. Эти данные необходимы врачу при решении вопроса о диагнозе заболевания. Специальное экспериментально-психологическое исследование помогает выявить многие признаки психических нарушений, определить их структуру и взаимосвязь. Устанавливая структуру нарушенной познавательной деятельности и личности, патопсихологическое исследование дает в руки клинициста дополнительные диагностические данные.

Другой важной задачей, которую решает патопсихолог, является проведение экспериментально-психологического исследования с целью **психиатрической экспертизы** (трудовая, воинская, судебная). В ходе подобного экспертного исследования психолог может решать задачу либо установления структуры нарушений и их соотношения с сохранными сторонами психической деятельности, либо дифференциальной диагностики. Сложность такого исследования для психолога заключается в том, что больной заинтересован в результатах исследования, а поэтому он может преуменьшать выраженность болезненных нарушений (диссимуляция), усиливать тяжесть имеющихся нарушений (аггравация) или даже симулировать болезненные проявления психики, для того чтобы избежать ответственности или получить инвалидность.

Еще одной сложной практической задачей патопсихолога становится исследование измененной психической деятельности под влиянием терапии. В этих случаях неоднократное исследование больного однотипным набором методик позволяет установить динамику изменений психики под влиянием лечения и таким образом продемонстрировать его эффективность. В последнее десятилетие патопсихология стала все шире применяться для решения еще двух задач.

Во-первых, это участие психолога в реабилитационных мероприятиях, во время которых особое внимание уделяется выявлению сохранных сторон психики и личности больного, а также изучению его социального окружения, характера отношений в социальной среде, трудовых или учебных установок. Цель подобного исследования - разработка рекомендаций, способствующих трудовой и социальной реабилитации больного.

Во-вторых, самостоятельной задачей психолога в психиатрической клинике становится его участие в системе психотерапевтических мероприятий. К сожалению, вопрос о месте психолога в психотерапии еще недостаточно регламентирован нормативными документами.

Патопсихология как самостоятельная отрасль психологической науки начала формироваться в начале XX в. В литературе тех лет она обозначается как «патологическая психология» (В.М. Бехтерев, 1907). Именно в работах В. М. Бехтерева содержались наиболее четкие представления о предмете и задачах патопсихологии на начальных этапах ее становления: «...изучение ненормальных проявлений психической сферы, поскольку они освещают задачи психологии нормальных лиц». В организованном В. М. Бехтеревым Психоневрологическом институте читались курсы общей психопатологии и патологической психологии. Таким образом, уже на заре становления патопсихологии она не отождествлялась с психопатологией.

Для отечественной патопсихологии с самых ее истоков характерны прочные естественнонаучные традиции. На формирование ее принципов и методов большое влияние оказал И. М. Сеченов и его работа «Рефлексы головного мозга» (1863). И.М.Сеченов придавал большое значение сближению психологии и психиатрии и указывал на своевременность разработки «медицинской психологии». Преемником И. М. Сеченова на этом пути стал В. М. Бехтерев, который и является основоположником патопсихологического направления в отечественной психологической науке. Представителями школы В. М. Бехтерева были разработаны многие методики экспериментально-психологического исследования душевнобольных, которые до настоящего времени широко используются патопсихологами, сформулированы основные принципы патопсихологического исследования: использование комплекса методик, качественный анализ расстройств психики, личностный подход, соотнесение результатов изучения больных с данными о здоровых лицах соответствующего пола, возраста, культурного уровня. В работах бехтеревской школы накоплен богатый материал о расстройствах психических процессов.

Большой вклад в развитие методологии патопсихологии внес А. Ф. Лазурский. В клинику был внедрен разработанный им для нужд педагогической психологии естественный эксперимент. Он применялся при организации досуга больных, их занятий и трудовой деятельности.

Значительным этапом в развитии патопсихологии стала работа Г. И. Россолимо «Психологические профили. Метод количественного исследования психологических процессов в нормальном и патологическом состояниях» (1910), получившая широкую известность в России и за рубежом. Это была одна из первых попыток тестовых исследований: предлагалась система обследования психических процессов и оценки их по 10-балльной шкале. Это был еще один шаг по превращению патопсихологии в точную науку, хотя в дальнейшем предложенный подход оказался недостаточно состоятельным.

На дальнейшее развитие патопсихологии большое влияние оказали идеи Л.С.Выготского о прижизненном формировании психик ребёнка путём присвоения культурно-исторического опыта в процессе общения, обучения и воспитания. Важнейшие идеи Л.С.Выготского были развиты в трудах А.Н.Леонтьева. Непосредственно разрабатывали методологию и формулировали основные положения патопсихологии в школе видного отечественного психолога Б.В.Зейгарник.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПСИХОЛОГА ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Основная форма деятельности патопсихолога - экспериментально-психологическое изучение больных, осуществляемое им с помощью психологических методик.

Все методики условно можно разделить на нестандартизированные и стандартизированные. **Основными для патопсихолога являются нестандартизированные методы исследования - экспериментально-психологические методики.** Эти методики направлены на выявление определенных видов нарушений психических процессов и подбираются индивидуально для каждого больного в зависимости от задач, поставленных перед психологом. Стандартизированные методики (тесты, опросники) имеют шкалу нормативных оценок и позволяют оценивать состояние определенных характеристик психической деятельности по сравнению с нормой. Стандартизированные методики при патопсихологическом обследовании используются в качестве дополнительных.

Содержание и объем работы патопсихолога зависят от задач, которые перед ним ставятся. Такими задачами являются:

- экспериментально-психологическое исследование особо трудных, сложных в дифференциально-диагностическом отношении больных для получения дополнительных данных о состоянии их психики;
- психологический анализ и оценка степени и структуры нарушений психики при проведении психиатрической экспертизы (трудовой, военной и др.);
- объективизация динамики психического состояния в процессе терапии с целью учета эффективности разных видов лечебного воздействия;
- психологическое обоснование выбора наиболее целесообразных видов профессиональной деятельности для восстановления трудоспособности больных;
- психологический анализ особенностей интеллектуальной сферы для обоснования и выбора учебных и трудовых рекомендаций с целью профилактики инвалидизации психически больных детского и молодого возраста;
- психологический анализ структуры нарушений психической деятельности при заболеваниях, возникших в результате различных вредных воздействий, интоксикаций, инфекций, стрессов и т. д.

Иногда психиатрическая практика ставит перед патопсихологом и некоторые другие задачи по **психокоррекционной и социотерапевтической работе**, проводимой как с психически больными, так и с их ближайшим окружением (родственники, друзья, коллектив).

Вопрос о направлении больного к патопсихологу решается лечащим врачом, руководствующимся при этом практическими соображениями о той пользе, которую может принести исследование в каждом конкретном случае. Врач оформляет заявку, в которой указывает фамилию, имя, отчество больного, год рождения, отделение, в котором лечится данный человек, номер истории болезни. В заявке врачу необходимо четко сформулировать цель, ради которой проводится обследование, указать предварительный диагноз или круг дифференциальной диагностики. Все эти данные нужны патопсихологу для того, чтобы он мог заранее обдумать стратегию обследования и правильно подобрать экспериментальные методики.

Заявка регистрируется лаборантом в специальном журнале, где помимо ранее перечисленных данных целесообразно также указать дату окончания обследования или же причину, по которой оно не состоялось. Все эти данные оказываются очень полезными при составлении отчетов. Каждому патопсихологу полезно вести индивидуальный журнал регистрации всех обследованных им больных.

Обследованию больного предшествует специальная подготовка. Необходимо заранее подготовить помещение, аппаратуру, стимульный материал, опросники, бланки ответов и т.п., исключить возможность прерывания обследования, если оно не предусмотрено инструкцией. Помещение должно быть светлым, изолированным от шума и всего, что отвлекает внимание.

До встречи с больным патопсихолог изучает историю его болезни, знакомится с анамнестическими данными, с особенностями возникновения и течения заболевания, результатами других лабораторных исследований, психическим статусом больного. Необходимо помнить, что в процессе знакомства с историей болезни у психолога иногда непроизвольно формируется определенная установка по отношению к больному, что может явиться причиной неправильного выбора стратегии обследования, а также отразиться на заключении. Изучая историю болезни, психолог проводит психолого-биографический анализ (Б. В. Зейгарник, Б. С. Братусь, 1980), позволяющий экспериментатору уточнить поставленную задачу и наметить предварительный план обследования.

Организация и принципы патопсихологического исследования

Патопсихологическое исследование включает в себя ряд компонентов: анализ истории болезни, беседу с больным, наблюдение, обследование пациента с помощью различных методик, сопоставление экспериментальных данных с анамнестическими сведениями, интерпретацию результатов.

Для того чтобы лучше разобраться в особенностях психологических исследований, необходимо кратко остановиться на методологических подходах общей психологии, так как именно они в разное время определяли стратегию и тактику психологических исследований в психиатрических и неврологических клиниках.

Долгое время в клинической практике господствовал метод количественного измерения психических процессов. Теоретической основой такого подхода была функциональная психология (В. Вундт, Г. Эббингауз и др.), разделившая психику на отдельные функции - память, восприятие, внимание и т. д. Психологическое исследование в соответствии с такими представлениями сводилось к измерению каждой психической функции, к установлению ее количественной характеристики.

Принцип количественного измерения отдельных психических функций был положен в основу психологических методов исследования в клинике. Исследование распада функции состояло в установлении степени количественного отклонения от «нормального стандарта». Ярким примером реализации такого подхода является система, разработанная Г. И. Россолимо, который предложил ряд приемов, позволяющих устанавливать уровень отдельных психических функций -«психологический профиль субъекта». Изменения состояния мозга, по мнению автора, вызывали типичные изменения этих профилей.

Метод количественного измерения отдельных психических функций наиболее полно выражен в тестовых исследованиях Бине -Симона, которые базировались на теоретических представлениях о том, что умственные способности ребенка предопределены наследственными факторами, а от обучения и воспитания зависят в меньшей степени. В то же время задачи, предлагавшиеся ребенку, требовали определенного запаса знаний и навыков, т. е. результаты тестирования позволяли судить о количестве приобретенных знаний. Важнейшим недостатком тестирования является то, что подобные исследования не позволяют прогнозировать дальнейшее развитие ребенка. При исследовании больных методами, направленными на измерение функций, не могут быть учтены ни особенности умственной деятельности, ни возможности компенсации, анализ которых необходим для организации психокоррекционной работы. Путем измерений выявляется лишь конечный результат, а все многообразие качественных особенностей деятельности остается скрытым от исследователя.

В противоположность узкофункциональному подходу, опирающемуся на количественные измерения, **одним из ведущих принципов патопсихологического исследования является качественный системный анализ нарушений психической деятельности. Этот принцип обусловлен теоретическими положениями отечественной общей психологии,** согласно которым психические процессы формируются прижизненно в процессе деятельности человека, его общения с другими людьми (Л. С. Выготский, С. Я. Рубинштейн, А. Н. Леонтьев и др.). Поэтому патопсихологический эксперимент должен быть направлен не на измерение отдельных психических процессов, а на человека, совершающего реальную деятельность (Б. В. Зейгарник), на качественный анализ различных форм распада психики, механизмов нарушений деятельности и возможностей ее восстановления.

Например, при исследовании нарушений познавательных процессов эксперимент необходимо построить так, чтобы показать, как распадаются мыслительные операции и в какой форме можно использовать старые, образовавшиеся в прежнем опыте связи. Направленность экспериментально-психологических приемов на раскрытие качественной характеристики психических нарушений особенно важна при исследовании детей с нарушениями развития. При любой степени психического недоразвития или заболевании всегда происходит (пусть замедленное или искаженное) дальнейшее развитие ребенка. Психологический эксперимент должен не ограничиться констатацией имеющихся у ребенка нарушений, а выявить имеющиеся у него потенциальные возможности.

Использование качественного анализа не предполагает отказа от количественных оценок и статистической обработки данных там, где этого требует поставленная задача, но количественный анализ должен занимать второстепенное место, уступив главную роль качественной характеристике распада психики. Это особенно важно, так как характер нарушений психической деятельности в основном не является специфическим для того или иного заболевания. Один и тот же патопсихологический симптом может быть вызван разными механизмами и являться показателем разных состояний. Например, снижение умственной работоспособности может выявляться и у детей с признаками раннего органического поражения мозга, и у больных шизофренией и эпилепсией, и при сосудистых заболеваниях. Таким образом, каждый патопсихологический симптом может быть оценен только в комплексе с результатами целостного психологического исследования и в сопоставлении с клиническими данными.

Еще одним важным принципом построения патопсихологического исследования является обязательная апелляция к личности больного. Эксперимент должен актуализировать не только умственные операции больного, но и его личностное отношение. В. Н. Мясищев указывал, что психологическое явление может быть понято только на основе учета мотивов, целей, отношения человека к самому себе, к результату своей деятельности.

Система отношений человека связана со структурой его личности, потребностями, эмоциональными и волевыми особенностями. В материальных и духовных потребностях человека выражается его связь с окружающим миром.

Анализируя личность, мы прежде всего характеризуем круг интересов человека, содержание и мотивы его поступков. О патологическом изменении личности можно говорить, если под влиянием болезни меняется отношение человека к себе и окружающим, отсутствует адекватная оценка своих возможностей, действия лишаются целенаправленности.

Особое значение приобретает патопсихологическое исследование при решении психокоррекционных задач. Важнейшим принципом патопсихологического исследования является его направленность на выявление оставшихся сохранными форм психической деятельности.

А. Р. Лурия подчеркивал, что успешность восстановления нарушенных сложных психических функций зависит от того, насколько восстановительная работа опирается на сохранные звенья психической деятельности. Восстановление нарушенной психической деятельности должно идти по типу перестройки функциональных систем.

Такой же вывод делают специалисты, работающие в области восстановления речи. В. М. Коган, Л. С. Цветаева указывают, что восстановительная работа должна базироваться на оживлении сохранившихся знаний. При восстановлении функции (в данном случае речи) должна быть актуализирована вся система связей, активность личности, хотя и болезненно измененной.

Патопсихологическое исследование уже несет в себе элементы психокоррекционной работы. Многие больные расценивают эксперимент как экспертную ситуацию, включающую проверку их интеллектуально-мнестических способностей. Поэтому патопсихолог должен быть внимательным, терпимым и тактичным, умеющим ободрять, стимулировать веру больного в свои возможности, в успех лечения, а при необходимости создать для него щадящие условия, *постепенно* усложняя задания.

Итак, основными принципами построения патопсихологического исследования являются:

системный качественный анализ нарушений психической деятельности;
апелляция к личности больного, актуализация его личностных отношений;

выявление не только нарушенных, но и оставшихся сохранными функций для опоры на них в психокоррекционной работе.

Основным методом патопсихологических исследований является эксперимент.

Патопсихологический эксперимент

В рамках этого эксперимента происходит изучение нарушенных психических процессов и личности в специально созданных условиях, обеспечивающих максимальное проявление имеющихся нарушений. Патопсихологический эксперимент осуществляется с помощью конкретных приемов изучения психических функций - экспериментально-психологических методик. Разнообразные экспериментально-психологические методики, апробированные многолетней практикой применения в клинике, описаны в работах С. Я. Рубинштейн (1970), Б. В. Зейгарник (1986), Ю. Ф. Полякова (1974).

При организации патопсихологического эксперимента соблюдается несколько правил:

- эксперимент должен моделировать психическую деятельность, осуществляемую человеком в труде, учебе, общении;
- в эксперименте необходимо обнаружить структуру не только нарушенных, но и оставшихся сохранными форм психической деятельности;
- построение экспериментальных приемов должно учитывать возможность поиска решений самим больным, а также позволять патопсихологу вмешиваться в деятельность больного для выяснения того, как больной воспринимает помощь экспериментатора и может ли ею воспользоваться;
- экспериментально-психологические приёмы следует направить на раскрытие качественной характеристики психических нарушений;
- результаты экспериментально-психологического исследования нужно точно и объективно фиксировать.

Раздел 3. Нейропсихология: теоретические основы, методы и практическое значение.

Нейропсихология – основное направление клинической психологии, сформировавшееся изначально в неврологической клинике локальных поражений мозга, но затем, как большинство направлений клинической психологии, расширившее своё предметное содержание. На сегодняшний день **нейропсихологию можно определить как науку, изучающую факты закономерности, механизмы психической деятельности с точки зрения её мозговой организации, как в условиях нормы, так и в условиях аномалии.** Проблема мозговой организации (локализации) психической деятельности красной нитью проходит через всю историю развития нейропсихологии. Более традиционно эту проблему обозначают как проблему соотношения мозга и психики и она всегда была в центре внимания естественных наук и философии. К настоящему времени нейропсихология – единственная небиологическая наука, которую относят к группе нейронаук, т.е. наук, непосредственно изучающих головной мозг и нервную систему в целом. Развитие мировой и отечественной нейропсихологии связано с научной школой выдающегося отечественного учёного А.Р.Лурия, который на основе многолетних исследований, проведённых вместе со своими сотрудниками, обосновал и разработал в конце 50-х – начале 60-х годов XX века теорию системной динамической локализации высших психических функций (ВПФ). Эту теорию можно считать методологической основой всех направлений современной нейропсихологии и не только отечественной, но и мировой. Весь понятийный и терминологический аппарат нейропсихологии структурировался благодаря основным положениям этой теории.

Теория системной динамической локализации высших психических функций.

Отечественная нейропсихология сформировалась на основе положений общепсихологической теории, разработанной в советской психологии Л. С. Выготским и его последователями — А. Н. Леонтьевым, А. Р. Лурия, П. Я. Гальпериним, А. В. Запорожцем и другими психологами.

Основные положения этой теории вошли в теоретический понятийный аппарат, в котором можно выделить два класса понятий. Первый — это понятия, общие для нейропсихологии и общей психологии; второй — это собственно нейропсихологические понятия, сформированные в самой нейропсихологии и обусловленные спецификой ее предмета, объекта и методов исследования.

К первому классу понятий относятся такие, как «психическая деятельность», «психологическая система», «психологический процесс», «речевое опосредование», «значение», «личностный смысл», «образ», «операция», «действие» и др.

Второй класс понятий составляют соответственно психологические понятия, в которых нашло отражение применение общепсихологической теории к нейропсихологии — конкретной области знания, предметом которой является изучение особенностей нарушения психических процессов, состояний и личности в целом при локальных поражениях мозга.

Понятие «высшие психические функции» — центральное для нейропсихологии — было введено в общую психологию и нейропсихологию Л. С. Выготским, а затем подробно разработано А. Р. Лурия. Под высшими психическими функциями (ВПФ) понимаются сложные формы сознательной психической деятельности, осуществляемые на основе соответствующих мотивов, регулируемые соответствующими целями и программами и подчиняющиеся всем закономерностям психической деятельности. ВПФ обладают тремя основными характеристиками: они формируются прижизненно, под влиянием социальных факторов; опосредованы по своему психологическому строению с помощью речевой системы и произвольны по способу осуществления. Высшие психические функции — сложные системные образования, которые, по словам Л. С. Выготского, создаются «путем надстройки новых образований над старыми с сохранением старых образований в виде подчиненных слоев внутри нового целого»⁸.

На первых этапах формирования ВПФ представляют собой развитую форму предметной деятельности, которая опирается на относительно элементарные сенсорные и моторные процессы, затем они «свертываются», приобретая характер автоматизированных умственных действий. Высшие психические функции, или сложные формы психической деятельности, системны по своему психологическому строению, имеют сложную психофизическую основу в качестве многокомпонентных функциональных систем.

Наиболее важными, собственно нейропсихологическими, понятиями являются следующие:

«нейропсихологический симптом» — нарушение психической функции, возникающее вследствие локального поражения головного мозга;

«первичные нейропсихологические симптомы» — нарушения психических функций, непосредственно связанные с нарушением (выпадением) определенного фактора;

«вторичные нейропсихологические симптомы» — нарушения психических функций, возникающие как следствие первичных нейропсихологических симптомов по законам системной взаимосвязи с первичными нарушениями;

«нейропсихологический синдром» — закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, связанное с выпадением (или нарушением) определенного фактора (или нескольких факторов);

«нейропсихологический фактор» — физиологическое понятие, обозначающее принцип физиологической деятельности определенной мозговой структуры (участка мозга), нарушение которого ведет к появлению нейропсихологического синдрома;

«нейропсихологическая диагностика» — исследование больных с локальными поражениями головного мозга с помощью нейропсихологических методов с целью установления места поражения мозга (постановка топического диагноза);

«функциональная система» — физиологическое понятие, используемое для объяснения физиологической основы высших психических функций. Различные по содержанию высшие психические функции (гностические, мнестические, интеллектуальные и др.) обеспечиваются качественно различными функциональными системами;

«мозговые механизмы высших психических функций» — совокупность морфологических структур (зон, участков) в коре больших полушарий и в подкорковых образованиях и протекающих в них физиологических процессов, входящих в единую систему и необходимых для осуществления психической деятельности;

«локализация высших психических функций» — синоним «мозговой организации высших психических функций»;

«норма функции» — понятие, на котором основано нейропсихологическое изучение нарушений высших психических функций. Показатели реализации функции, которые характеризуют среднюю норму в данной популяции (показатели, характерные для подавляющего большинства здоровых людей);

«межполушарная асимметрия мозга» — неравноценность, качественное различие того «вклада», который делает левое и правое полушарие мозга в каждую психическую функцию;

«межполушарное взаимодействие» — особый механизм объединения левого и правого полушария в единую интегративно целостно функционирующую систему, формирующийся в онтогенезе.

Перечисленные понятия входят в основной понятийный аппарат теории системной динамической локализации высших психических функций человека, разработанной в советской нейропсихологии Л. С. Выготским и А. Р. Лурия. Проблема функциональной асимметрии мозга продолжает оставаться наиболее важной и пока ещё недостаточно разработанной.

Межполушарная асимметрия мозга

В настоящее время получено большое количество данных о неравнозначности левого и правого полушарий головного мозга. К ним относятся анатомические и физиологические данные, а также материалы наблюдений за больными, имеющими сходные поражения левого и правого полушарий.

Проблема функциональной асимметрии полушарий по отношению к вербальным и невербальным функциям изучается прежде всего как проблема функциональной специфичности полушарий, т. е. как проблема специфичности того вклада, который дает каждое полушарие в любую психическую функцию.

Если левосторонняя, по преимуществу мозговая, организация речевых функций является давно установленным фактом, так же как и преимущественное участие правого полушария в невербальных гностических процессах, то в меньшей степени изучена функциональная специфичность полушарий по отношению к другим познавательным и эмоциональным процессам.

Специальным направлением исследований проблемы межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия являются исследования закономерностей онтогенеза парной работы полушарий⁴. Было показано, что функциональная неравнозначность полушарий проявляется уже на самых ранних ступенях онтогенеза. Поражение левого и правого полушарий приводит к различным по характеру расстройствам высших психических функций, как это наблюдается и у взрослых людей.

Однако у детей нарушения речевых процессов проявляются менее отчетливо, чем у взрослых, и в наибольшей степени в вербально-мнестических процессах. В ходе онтогенеза роль левого полушария в обеспечении речевых функций возрастает по мере изменения психологической структуры самой речевой деятельности (обучение грамоте, письму, чтению).

В то же время поражение правого полушария в детском возрасте приводит к более грубым пространственным нарушениям, чем у взрослых. Для детского мозга характерна высокая пластичность, вследствие чего нейropsychологические симптомы поражения левого или правого полушарий отчетливо проявляются лишь при быстро развивающихся патологических процессах или непосредственно после мозговых поражений.

Иначе протекают у детей и процессы межполушарного взаимодействия. При нарушении межполушарного взаимодействия вследствие патологического очага в мозолистом теле у детей «синдром расщепления» не возникает, что объясняется недоразвитостью у них структур, объединяющих левое и правое полушария.

Таким образом, в ходе онтогенеза изменяется как функциональная спецификация полушарий, так и механизмы их взаимодействия, что указывает на то, что парная работа полушарий формируется под влиянием и генетических, и социальных факторов.

Накопление знаний о специфике работы левого и правого полушарий мозга и закономерностях их взаимодействия с помощью как экспериментальных, так и клинических исследований подтверждает справедливость основного положения этой теории, согласно которому в осуществлении любой психической функции (как относительно элементарной, так и сложной) принимает участие весь мозг в целом — и левое и правое полушария.

Однако разные мозговые структуры и разные полушария выполняют различную дифференцированную роль в осуществлении каждой психической функции. Одним из проявлений функциональной неравнозначности различных отделов левого полушария мозга в детском возрасте являются преобладание нарушений объема слухоречевой памяти при поражениях левой височной доли. В перцептивной сфере функциональная неравнозначность различных отделов левого полушария проявилась в высокой связи нарушений зрительного восприятия с поражением затылочной доли и нарушений зрительно-конструктивной деятельности с поражением теменной доли. В этом дифференцированном участии различных мозговых образований и разных полушарий в реализации психических функций и состоит системный характер мозговой организации психической деятельности. Ни одно из полушарий не может рассматриваться как доминирующее по отношению к какой бы то ни было психической деятельности или функции в целом.

Каждое полушарие доминирует по свойственному ему принципу работы, по тому вкладу, который оно вносит в общую мозговую организацию любой психической деятельности или функции.

Как писал А. Р. Лурия, «мы должны отказаться от упрощенных представлений, согласно которым одни (речевые) процессы осуществляются только левым (у правшей) полушарием, в то время как другие (неречевые) — только правым полушарием... существует тесное взаимодействие обоих полушарий, причем роль каждого может меняться в зависимости от задачи, на решение которой направлена психическая деятельность, и от структуры ее организации».

Феноменология и типология основных нейропсихологических синдромов в клинике локальных поражений мозга.

Агнозии

Большинство авторов выделяют из клинической феноменологии 6 основных форм нарушения зрительного гнозиса:

— **предметная агнозия** — одна из самых распространенных форм нарушения зрительного гнозиса, которая в той или иной степени встречается у*больных с поражением теменно-затылочных отделов мозга (18, 19-е поля). Она характеризуется тем, что больной видит как будто-бы все, он может описать отдельные признаки предмета, но не может сказать, что это такое. У больных с предметной агнозией грубо изменяются временные характеристики зрительного восприятия, а это указывает на большие сложности в переработке зрительной информации;

При **оптико-пространственной агнозии** у больных теряется возможность ориентации в пространственных признаках окружающей среды и изображений объектов. У них нарушается левоправая ориентация, они перестают понимать ту символику рисунка, которая отражает пространственные качества предмета. Больные не умеют передать на рисунке пространственные признаки объектов (дальше-ближе, больше-меньше, слева-справа, сверху-снизу). Так, больные, рисуя человека, отдельно изображают части его тела. В ряде случаев (как правило, при правополушарных очагах) наблюдается односторонняя оптико-пространственная агнозия. Такие больные, даже копируя рисунок, изображают только одну сторону предмета или грубо искажают изображение с одной (чаще левой) стороны.

Оптико-пространственные нарушения влияют иногда и на навык чтения. В этих случаях возникают трудности прочтения таких букв, которые имеют «левоправые» признаки— «З-В»;

— специальную форму составляет **буквенная агнозия**, когда больные не могут правильно назвать буквы, совершенно правильно их копируя. У таких больных распадается навык чтения (первичная алексия);
J ^

—**цветовая агнозия** составляет самостоятельный тип зрительных гностических расстройств, у больных с цветовой агнозией затруднена категоризация цветовых ощущений;

— особую форму зрительной агнозии составляет **симультанная агнозия**. Она впервые была описана Балентом. Это нарушение зрительного гнозиса состоит в том, что больные не могут одновременно воспринимать два изображения, так как сужается объем зрительного восприятия. Это вызвано нарушениями движений глаз, которые называют «атаксией взора». Взор становится неуправляемым;

—**лицевая агнозия** — особая форма нарушения зрительного гнозиса, которое состоит в том, что у больного теряется способность распознавать реальные лица или изображения на фотографиях и рисунках.

Особый интерес для изучения механизмов зрительных агнозий представляет исследование движения глаз при различных формах нарушения зрительного восприятия.

Апраксии

К сложным двигательным расстройствам относятся нарушения, связанные с поражением коркового уровня двигательных функциональных систем. Этот тип нарушений в неврологии и нейропсихологии получил название «апраксия», под которыми понимается такое нарушение произвольных движений и действий, которое не сопровождается четкими элементарными двигательными расстройствами — параличами и парезами, а представляет собой нарушения произвольных движений и действий, совершаемых с предметами. А. Р. Лурия выделил 4-е формы апраксий:

— **Кинестетическая апраксия**. Возникает при поражении нижних отделов постцентральной области коры (1, 2-й, частично 40-е поле, преимущественно левого полушария).

Страдает кинестетическая основа движений, они становятся недифференцированными, плохо управляемыми (симптом — «рука-лопата»), у больных нарушается движение при письме, они не могут показать предмета, как совершается то или иное действие, например, как наливают воду в стакан. В этих случаях при сохранности внешней пространственной организации движений нарушается проприоцептивная кинестетическая афференция двигательного акта. При усилении зрительного контроля движение можно в определенной степени | скомпенсировать.

—Вторая форма апраксий — **пространственная апраксия** (или апрактоагнозия) возникает при поражении теменно-затылочных отделов коры на границе 19 и 39-го поля, особенно при поражении левого полушария. В основе данной формы апраксий лежит расстройство зрительно-пространственных синтезов, нарушение пространственных представлений («верх-низ», «правая-левая»)- У больных наблюдаются трудности выполнения пространственно-ориентированных движений (например, они не могут застелить постель, одеться). Усилия зрительного контроля им не помогают. К этому типу расстройств относится и конструктивная апраксия — трудности конструирования целого из отдельных элементов кубики Кооса). При левостороннем поражении темен-но-затылочных отделов коры нередко возникает оптико-пространственная аграфия из-за трудностей правильного написания букв, различно ориентированных в пространстве.

—Третья форма — **кинетическая апраксия** — связана с поражением нижних отделов премоторной области коры больших полушарий (6-го, 8-го полей, т. е. передних отделов коркового ядра двигательного анализатора). Кинетическая апраксия входит в премоторный синдром, т. е. протекает на фоне нарушения автоматизации различных психических функций, и проявляется в виде распада, нарушения последовательности, временной организации двигательных актов. Для этой формы апраксии характерны двигательные персеверации, проявляющиеся в неконтрольном продолжении раз начавшегося движения. Кинетическая апраксия проявляется в нарушениях различных двигательных актов — предметных действий, рисования, письма, в трудностях графических проб, особенно при серийной организации движения.

—Четвертая форма апраксии — **регуляторная** или **префронтальная**, возникает при поражении префронтальной коры спереди от премоторных отделов и проявляется в виде нарушений программирования движений, отключения сознательного контроля за их выполнением, замена нужных движений моторными стереотипами. Для этой формы апраксии характерны системные персеверации, т. е. персеверация не элементов двигательной программы, а всей программы в целом. Такие больные, после письма под диктовку, на предложение нарисовать треугольник обводят контур треугольника движениями, характерными для письма. В основе данного дефекта лежит нарушение произвольного контроля за движениями, нарушение речевой регуляции двигательных актов. Данная форма апраксии наиболее характерна при поражении левой префронтальной области мозга.

Афазии

Большой класс речевых расстройств носит название «афазии». В современной нейропсихологии под афазиями понимаются нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры левого полушария (у правшей) и представляют собой системное расстройство различных форм речевой деятельности. Афазии проявляются в виде нарушений фонематической, морфологической и синтаксической структуры собственной речи и понимания обращенной речи при сохранности движений речевого аппарата, обеспечивающих членораздельное произношение, и элементарных форм слуха.

Зоны коры левого полушария (у правшей), поражение которых приводит к той или иной форме афазии, носит название «речевых зон». В соответствии с классификацией А. Лурия существует 7 форм афазии, каждая из которых связана с нарушением одного из факторов, на котором основана речевая система, и наблюдается при определенной локализации патологического процесса.

При выпадении афферентных звеньев речевой функциональной системы возникают следующие формы афазии:

— **Сенсорная афазия** связана с поражением задней трети височной извилины левого полушария (у правшей). В ее основе лежит нарушение фонематического слуха, т. е. способности различать звуковой состав слова.

Речевой слух является всецело прижизненным образованием, он образуется в определенной речевой среде и формируется по законам этой речевой среды.

Речевой слух — это фонематический слух, т. е. способность к анализу и синтезу речевых звуков, различению фонем данного языка. В русском языке фонемами являются все гласные и все согласные. Смена гласных или их ударности и смена согласных по звонкости и твердости меняют смысл слова. Поэтому фонематический слух является основой всей сложной речевой системы и потеря слуха вообще ведет у детей к недоразвитию всей речевой системы (глухонемого).

Речевой слух как сложное образование имеет два уровня восприятия звукового состава речи: имитация звуков и классификация звуков.

Моторная эфферентная афазия возникает при поражении нижних отделов коры премоторной области — полей 44-го и частично 45-го. Это зона Брока. Моторная зона речи. При полном разрушении этой зоны больные не могут произнести ни одного слова. В то же время они могут понимать обращенную к ним речь. При менее грубых поражениях моторная эфферентная афазия протекает иначе. Звуковой анализ слова и возможность артикуляции сохранены. Центральным дефектом этой формы афазии являются трудности переключения с одного движения на другое, трудности выполнения серийных двигательных навыков. При попытках произнести слово больные не могут переключиться от одного слога к другому, возникают речевые персеверации. Трудности в плавности протекания активной устной речи, в нарушении ее автоматизации приводят к вторичному нарушению других форм речевой деятельности — письма, чтения и даже понимания речи.

— **Динамическая афазия** связана с поражением областей, расположенных вблизи зоны Брока — 9, 10 и 46-е поля. Поражения этих средне- и заднелобных (премоторных) отделов левого полушария приводит к речевой адинамии, «дефекту речевой инициативы». Больные самостоятельно почти ничего не высказывают, часто повторяя в ответе слова вопроса. В то же время у них отсутствуют нарушения речевой моторики, понимания устной речи.

В основе этой формы афазии лежат нарушения организации речевого высказывания, т. е. страдает способность дать развернутое речевое высказывание (устное или письменное). Один из методов, выявляющий этот дефект,— это метод заданных ассоциаций, когда больных просят назвать 5—7 однотипных предметов (например, красного цвета) или перечислить животных, обитающих на севере, и т. п. Они обычно называют один-два предмета или называют те предметы, которые перед ними.

Раздел 4. Психосоматика в системе междисциплинарных связей.

Краткая ретроспектива развития психосоматической проблемы

Психосоматическая медицина, или **психосоматика** — это область дисциплинарных исследований (философии, физиологии, психологии, медицины и других наук), направленных на изучение психики и тела — души и тела (*греч.* psyche — душа; soma — тело), то есть психосоматической проблемы.

Задолго до возникновения внимания к этой проблеме в науке она существовала как область обыденной жизни человека или бытовой психологии. Люди обнаружили связь между особенностями строения тела человека и особенностями его психики и заметили, как самочувствие или душевное состояние человека влияет на его тело. Эту зависимость использовали на практике представители религии, педагогики, медицины. Каждый из них решал свои задачи воздействия на человека, вырабатывал особую технику влияния на него, например, и в религии, и в педагогике, и в медицине есть такие способы воздействия на тело человека, как позы — для осуществления религиозных обрядов; поза во время уроков; повторяющиеся движения, например, в лечебной физкультуре.

Наука относительно недавно стала интересоваться этой проблемой, а само понятие "психосоматика" было введено И. Хайротом в 1918 году, а через 10 лет К. Якоби впервые использовал родственное понятие "соматопсихика".

В настоящее время исследователи называют три научных направления, которые способствовали становлению психосоматики как науки. Это психоанализ, теория кортико-висцеральной патологии и концепция мобилизации Кеннона. Сюда же надо отнести и теорию Ганса Селье вместе с обширными исследованиями по проблемам стресса.

Основной областью, в какой развивалась психосоматика как в отечественной, так и в западной науке, стала медицина. Возникли такие области знания, которые сегодня называются психосоматической медициной или психосоматическим направлением в медицине, появились термины, которые описывают связь психических и телесных процессов.

В работах А. Лоуэна, В. Райх, Б.Д. Карвасарского, В.В. Николаевой, А.Ш. Тхостова, Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкого говорится о психосоматическом соотношении, о психосоматическом взаимодействии, о психосоматическом единстве.

Например, в работе Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкого¹ описываются нарушения основных сфер жизнедеятельности семьи как источник психической травматизации личности, который приводит к психосоматическим заболеваниям. Авторы пользуются классификацией типов родительских семей у больных с психосоматическими расстройствами, разработанной Г. Штирлин (1978). Это такие типы:

1. «**Связывание**» — семья с жесткими стереотипами коммуникаций; при этом дети становятся инфантильными, отстают в эмоциональном развитии. Формула общения в такой семье: "Делай, как я тебе сказал".
2. "**Отказ**" ("**отвержение**") — ребенок как бы "отказывается" от себя, от своей личности. У него развивается аутизм и тенденция к автономности.
3. "**Делегирование**" — у родителей потеряно реалистическое восприятие достижений своих детей; они воспринимают своих детей как продолжение себя, возлагают на них надежды на осуществление своих несбывшихся планов.

Психосоматическая феноменология.

Приведем несколько примеров заболеваний, в развитии которых роль психосоматических факторов, связанных с типом семьи, признается большинством исследователей этих болезней (по данным Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкого). Прежде всего этого **бронхиальная астма**. В ее появлении существенное значение имеют истерические черты личности, повышенная ипохондричность, осознаваемая тревога. В симптомах бронхиальной астмы усматривают символическое выражение личностного конфликта между потребностью больного человека в нежности и страхом перед ней, а также противоречивость в решении проблемы "брать и давать". Чаще всего в семьях таких больных родители стремятся к контролированию и подавлению инициативы своих детей, запрещению их спонтанных эмоциональных проявлений (считают, что неприлично проявлять свои истинные чувства).

Другая болезнь — **туберкулез легких**. Многие авторы склонны считать, что это психосоматическое заболевание, так как выявляется выраженная акцентуированность личности у этих больных в подростковом и юношеском возрасте. Они отличаются повышенной чувствительностью к оценкам окружающих, ранимостью в ситуациях лишения любви.

Гипертоническая болезнь. Ее исследование показывает, что у больных этой болезнью наблюдается внутриличностный конфликт между агрессивными импульсами и потребностью в зависимости от значимых лиц, а также стремлением к достижению высоких социальных целей и высоких стандартов социальной жизни. Это ведет к хроническому стрессу, так как люди мало адаптированы к стрессовым ситуациям, возникающим при изменении жизненных стереотипов.

Ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда. Изучение людей с такой болезнью показало, что они характеризуются торопливостью в ведении дел, нетерпением, чувством постоянной нехватки времени, чувством высокой ответственности за порученное дело. Они обладают неуверенностью в себе, эмоциональной лабильностью.

Телесность как психологический феномен.

В.В. Николаева и Г.А. Арина считают, что исследованиям в области психосоматики препятствует предрассудок, один из видов научных мифов о том, что психическое в человеке ограничено психикой. Реальность организма при таком подходе полностью исчезает из поля зрения психологов; они ограничиваются данными естественных наук — анатомии, физиологии, биологии.

На сегодняшний день возникает задача поиска собственного предмета исследования в психосоматике как особой области знания. Поиск этот связан с пониманием специфики **телесности человека** как особого явления, как особого объекта теоретического анализа и экспериментального исследования.

Можно видеть в телесности человека его качества как культурного тела и увидеть проявление его символической природы, которая неоднократно обсуждалась в литературе, например в философской (Кассирер), в искусствоведческой (М. Бахтин, М. Волошин), в психологической (А. Лоуэн, Ф. Александер).

Символическая природа тела человека дает возможность исследовать тело человека в свете тех традиций, которые разрабатываются в отечественной психологии как культурно-историческая теория. Именно она может быть основой для понимания того, что надо изучать, когда речь идет о психосоматических отношениях.

Предметом психологии телесности будут являться закономерности развития телесности человека на разных этапах онтогенеза, а также ее структура и психологическая закономерность ее функционирования в качестве человеческого, то есть культурно-детерминированного феномена в норме и патологии, условия и факторы, влияющие на формирование телесности.

Самый наблюдаемый из феноменов телесности — осанка человека, особенность его движения при ходьбе. Народная мудрость давно отметила взаимное соответствие внутреннего состояния человека и манеры держаться. К примеру, в слове "крест" объединены два значения: предмет соответствующей формы и душевное бремя, тяжесть, которая давит на плечи человека, сгибает его позвоночник, когда он "несет свой крест".

Все знают, что в горе человек может уйти в себя — ссутулиться, потупить взор, прятать глаза. Ему не хочется ни с кем общаться, он стремится свести к минимуму поверхность своего тела, с которой может быть осуществлен контакт. Напротив, если человек идет уверенной походкой, голова поднята, взгляд открыт, он готов воспринимать все новое, все открыто ему. Уверенность, сила человека проявляются не только в осанке и походке, но и в его неподвижной позе.

Если ориентироваться на психологический онтогенез телесности, то есть на то, как с момента рождения тело приобретает символическую функцию, как оно начинает проявлять в себе особенности индивидуальной психической жизни, то можно попытаться понять психосоматическое развитие как *социализацию телесности*. В индивидуальной истории жизни человека происходит как закономерное развитие регуляция разных телесных функций (дыхания, пищеварения, выделения и т.п.) и проявление в этой регуляции знаково-символической функции сознания. Осуществляющиеся телесные функции влияют на строение сознания, например, можно проследить, как освоение речи действует на регуляцию функций выделения.

Механизмы психосоматических взаимоотношений.

В свое время французский исследователь Жули так формулировал закон возникновения психосоматических синдромов: возникновение заболеваний можно понять на основе вытесненных влечений, которые проявляются через расстройство функции или органа. Если эта тенденция конверсии на орган обратима, то это истерия, если не поддается обратному развитию, то это нарушение, характерное для органического процесса.

Гипотеза о связи психических и физических симптомов получила позже название гипотезы психосоматической специфичности. Эту гипотезу развивал З.Фрейд в рамках концепции символической конверсии и которая являлась составной частью его психоаналитической теории. Гипотеза превратилась как бы в основной объяснительный принцип психосоматической медицины, которая сегодня решает три главных вопроса:

- 1) вопрос о тиггерном, пусковом механизме патогенного* процесса в начальном этапе его развития;
- 2) вопрос о том, почему один и тот же сверхсильный раздражитель у одного человека вызывает болезнь, а у другого — нет;
- 3) почему психическая травма у разных людей приводит к заболеванию разных органов и систем.

Идея о конверсии на орган решала эти вопросы так: пусковой механизм вызывает психодинамический сдвиг, который фиксирует аффективный конфликт.

Современная психодинамическая теория рассматривает заболевание как результат нарушения биологических и социальных механизмов адаптации к общеприродной и социальной среде.

Причины индивидуальных различий в реализации силы Я, через защитные механизмы; поражение той или иной системы или органа зависит от содержания бессознательного конфликта. Например, артроз сустава пальца возник перед набиранием номера телефона для неприятного разговора.

Работы Ф. Александера и Ф. Данбар подвергли сомнению символическое значение психосоматических нарушений, считая конверсию сопутствующей аффекту. По их мнению, если эмоция не получила соответствующего ей выражения, то хроническое напряжение выливается в сопутствующие хронические вегетативные сдвиги. Изучение большого числа случаев привело Ф.Данбар к выводу о том, что у больных одной нозологии есть общие личностные черты («артрическая личность», «язвенная личность», «коронарная личность»), которые были описаны подробно.

В 1934 году ещё один ученик Фрейда Фердинанд Александер сформулировал гипотезу специфичности. Она заключается в том, что психологические факторы, ведущие к соматической болезни, представляют собой установки больного по отношению к себе или к окружающему миру. Александер считает, что специфичными для болезни являются психодинамические объединения разных факторов, среди которых – тревога, подавленные враждебные эротические импульсы, фрустрация, подчинённые желания, чувства вины и неполноценности.

Большой интерес представляет учение об **алекситимии**, которое предполагает, что в основе психосоматических заболеваний лежит ограничение способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, из адекватной вербализации и экспрессивной передаче.

Для понимания психосоматической проблематики важно, что связь между содержанием эмоции и состоянием тела человека прослеживается на разных уровнях исследования: от наблюдения до клеточного биохимического анализа.

Актуальными сегодня являются исследования саногенных факторов, влияющих на соматическое состояние человека.

Психосоматические отношения являются сегодня предметом многих исследований, и их следует учитывать при анализе жизни человека. Схему психосоматических отношений можно представить следующим образом:



Участие психолога в постановке психосоматического диагноза может преследовать разные цели, которые надо знать, прежде чем приступать к исследованию больного.

Внутренняя картина болезни (ВКБ) как сложный психосоматический феномен.

Сегодня понятие ВКБ в отечественной психологии и медицине становится одним из способов мышления о психосоматической проблеме. Оно охватывает разнообразные стороны субъективной стороны заболевания и, по мнению В.В. Николаевой, включает несколько уровней отражения болезни в психике заболевшего человека. Перечислим их:

— **чувственный уровень ощущений;**

— **эмоциональный**, связан с различными видами реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия;

— **интеллектуальный или когнитивный**, который связан с представлением, знанием больного о своем заболевании, размышлениями о его причинах и возможных последствиях, то есть собственная концепция болезни, которую человек начинает развивать по отношению к заболеванию;

— **мотивационный, связанный с отношением больного к своему заболеванию**, с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению ВКЗ.

Между этими компонентами возможны различные соотношения. В современных работах по изучению ВКБ анализируются переживания человека как особый вид активности, возникающий при формировании ВКБ.

Суть этой активности состоит в том, чтобы преодолеть диссонанс, вызванный болезнью как в организме, так и в психике человека, этот диссонанс еще называют соматопсихическим.

Переживание, связанное с построением ВКБ, направлено на упорядочение своего внутреннего мира, чтобы восстановить душевное равновесие, нарушенное болезнью, справиться с критической ситуацией. ВКБ и отражает достижение этого равновесия за счет переживания.

Если воспользоваться классификацией типов реагирования на болезнь, в частности той, которую предлагают Р. Конечный и М. Боухал¹, то можно с ее помощью описать еще такие варианты реакций, как типы отношений к болезни:

- нормальное (соответствует объективной тяжести болезни);
- пренебрежительное (недооценка тяжести болезни);
- отрицающее (игнорирование факта болезни);

- нозофобное (имеет место понимание того, что опасения преувеличены, но преодолеть своих опасений больной сам не может);
ипохондрическое (уже упомянутый уход в болезнь);
- нозофильное (больной получает удовлетворение от того, что болезнь освобождает его от обязанностей);
- утилитарное (получение выгоды от болезни — моральной или материальной).

Каждый из этих вариантов воплощается в поведении и системе установок, ценностей, ожиданий человека, в готовности и возможности сотрудничать с врачом по преодолению болезни, вести внутренний диалог для создания отношения к своей болезни.

К отличительным чертам ВКБ относятся подвижность ее элементов и существование в самой структуре конкурирующих моделей. Отдельные компоненты ВКБ могут возникать и исчезать, перестраиваться, вытесняться. Параметры ВКБ можно не только выделять, но и дифференцировать.

Патологическое развитие ВКБ может быть связано как с церебральной патологией, так и с информационными искажениями на личностном уровне. Для развития заболевания не исключен вариант и адекватного формирования ВКБ, которую человек контролирует сознательно

Раздел 5. Психология аномального развития.

Закономерности психического дизонтогенеза у детей.

Закономерности психических заболеваний у детей, особенности их психопатологических проявлений обусловлены онтогенетическими факторами, т. е. своеобразием реагирования незрелой нервной системы ребенка на патогенные вредности и их последствия.

При исследовании психически больного ребенка в центре внимания детского психолога обычно стоит вопрос о психологической квалификации основных психических расстройств, их структуры и степени выраженности. Особое значение при патопсихологической оценке психических нарушений придается учету отклонений от стадии возрастного развития, на которой находится больной ребенок, т. е. особенности дизонтогенеза, вызванного болезненным процессом либо его последствиями.

Важным моментом в изучении как нормального, так и аномального онтогенеза явилось выделение Л. С. Выготским двух взаимосвязанных линий развития: биологической и социально-психологической. Болезнь, вызывая прежде всего нарушение биологической линии развития, создает препятствия для социально-психического развития — усвоения знаний и умений, формирования личности ребенка.

Л. С. Выготский считал, что психологическое изучение аномального ребенка выдвигает задачи от изучения симптомов дизонтогенеза к изучению его синдромов и далее — к типу дизонтогенеза. Только в таком структурно-динамическом изучении аномального развития, вскрытии его патопсихологических механизмов Л. С. Выготский видел путь к дифференцированной коррекции нарушения развития.

Эти положения Л. С. Выготского легли в основу выделяемого В. В. Лебединским ряда патопсихологических параметров, определяющих характер психического дизонтогенеза.

— **Первый параметр** связан с функциональной локализацией нарушения. В зависимости от нарушения выделяются два основных вида дефекта: частный (недоразвитие или повреждение отдельных анализаторных систем) и общий (нарушения регуляторных систем, как подкорковых, так и корковых).

— **Второй параметр** дизонтогенеза связан с временем поражения. Характер аномалии развития будет различным в зависимости от того, когда возникло повреждение нервной системы. Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее явления недоразвития.

В то время как для позднего нарушения нервной системы характерны явления с распадом структуры психической функции. Временной фактор определяется не только хронологическим моментом возникновения нарушения, но и длительностью периода развития функции в онтогенезе. Чаще повреждаются функции, имеющие подкорковую локализацию, формирование которых в онтогенезе завершается относительно рано. Коровые же функции, имеющие более длительный период развития, при раннем воздействии вредности чаще либо стойко не развиваются, либо временно задерживаются в своем развитии.

С параметром времени связана и другая вероятность поражения той или иной функции. Как известно, в ходе психологического развития каждая функция в определенное время проходит через **сензитивный период**, который характеризуется не только наибольшей интенсивностью развития, но и наибольшей уязвимостью и неустойчивостью по отношению к вредности. Сензитивные периоды характерны не только для развития отдельных психических функций, но и для психического развития ребенка в целом. К основным сензитивным периодам детства относятся: возрасты от 0—3 года и 11—15 лет. В эти периоды особенно велика возможность психических нарушений. Период от 4 до 11 лет более устойчив по отношению к различным вредностям.

Неустойчивость психических функций, характерная для сензитивного периода, может обусловить явления регресса — возврата функции на более ранний возрастной уровень, как временного, функционального, так и стойкого, связанного с повреждением функции. Чем тяжелее поражение нервной системы, тем более стойки явления регресса. Поэтому профиль психического развития аномального ребенка часто будет состоять из сохранных, поврежденных и в разной степени задержанных в своем формировании психических функций.

—**Третий параметр** дизонтогенеза характеризует взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом. Исходя из идеи о системном строении дефекта, Л. С. Выготский предложил различать в аномальном развитии две группы симптомов: первичные — нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни (нарушения слуха и зрения при поражении анализаторов, детские церебральные параличи, локальные поражения определенных корковых зон и т. д.), и вторичные, возникающие опосредованно в процессе аномального социального развития.

Первичный дефект может иметь характер недоразвития или повреждения. Вторичный дефект является основным объектом в психологическом изучении и коррекции аномального развития.

В процессе развития изменяется иерархия между первичными и вторичными, биологическими и социально обусловленными нарушениями. Если на первых этапах основным препятствием к обучению и воспитанию является первичный дефект, то затем вторично возникшие явления психического недоразвития, а также личностные установки, вызванные неудачами в школе, нередко начинают занимать ведущее место в отношении к обучению и препятствовать адекватной социальной адаптации.

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

Сюда следует отнести механизмы изоляции, патологической фиксации, временные и стойкие регрессии, играющие большую роль в формировании различных видов асинхронии развития.

Перечисленные параметры по-разному выступают при различных вариантах дизонтогенеза интеллектуальной, моторной, сенсорной и эмоциональной сферы.

Типология и феноменология психического дизонтогенеза.

По мнению В. В. Лебединского, психический дизонтогенез может быть представлен следующими вариантами:

- 1) недоразвитие;
- 2) задержанное развитие;
- 3) поврежденное развитие;
- 4) дефицитарное развитие;
- 5) искаженное развитие;
- 6) дисгармоничное развитие.

Предполагаемая классификация дифференцирует отдельные варианты аномалий исходя из основного качества нарушения развития. Выделяется группа аномалий, вызванных отставанием развития: недоразвитие, задержанное развитие; группа аномалий, в которых ведущим признаком является диспропорциональность (асинхрония) развития: искаженное и дисгармоничное развитие; и группа аномалий, вызванных поломкой отдельных функций; поврежденное и дефицитарное развитие.

Для дизонтогенеза по типу **общего стойкого недоразвития** наиболее типично раннее время поражения, когда имеет место выраженная незрелость мозговых систем, в первую очередь наиболее сложных, обладающих длительным периодом развития. Типичным примером стойкого недоразвития является олигофрения.

К психическому дизонтогенезу по типу **задержанного развития** относится развитие, характеризующееся замедлением темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Задержка развития эмоциональной сферы проявляется в различных клинических вариантах инфантилизма (конституционального, соматогенного, психогенного, церебрально-органического). Замедление же темпа познавательной деятельности при соматических заболеваниях будет связано с хронической астенией, при психогенных формах — в большей степени с явлениями микросоциальной и педагогической запущенности.

Поврежденное развитие имеет ту же этиологию (наследственные заболевания; внутриутробные, родовые и послеродовые инфекции, интоксикации и травмы ЦНС), что и органическое недоразвитие психики либо задержанное. Основное отличие патогенеза связано с более поздним (после 2—3 лет) патологическим воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем уже сформировалась. Характерной моделью поврежденного развития является органическая деменция.

Особый вид дизонтогенеза представляет **дефицитарное развитие**, связанное с тяжелыми нарушениями отдельных анализаторных систем у детей. Данный вид дизонтогенеза характерен для большой группы детей, которые традиционно являются объектом профессиональной деятельности дефектологов. Это дети с нарушениями зрения, слуха и моторики (опорно-двигательного аппарата).

При **искаженном развитии** наблюдаются сложные сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие к ряду качественно новых патологических образований. Наиболее характерной моделью является дизонтогенез при синдроме детского аутизма.

Дисгармоническое **развитие** при своей структуре в определенной мере напоминает искаженное развитие.

Отличие дисгармонического развития от искаженного развития состоит в том, что основой этого типа дизонтогенеза является не текущий болезненный процесс, создающий на разных этапах различные виды искаженных межфункциональных связей, а врожденная, либо рано приобретенная, стойкая диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере.

Моделью дисгармонического развития является ряд психопатий, а также так называемые патологические формирования личности в результате неправильных условий воспитания.

Дети с общим психическим недоразвитием (врождённая умственная отсталость).

У умственно отсталых детей отмечаются трудности в воспроизведении образов восприятия — представлений. Недифференцированность, фрагментарность, уподобление образов и иные нарушения представлений отрицательно влияют на развитие познавательной деятельности. Для того чтобы обучение детей протекало успешней и носило творческий характер, необходимо достаточно развитое воображение. У умственно отсталых оно отличается фрагментарностью, неточностью и схематичностью.

При олигофрении сильно страдает произвольное внимание, однако преимущественно недоразвита именно его произвольная сторона. Это связано с волевым напряжением, направленным на преодоление трудностей, которые умственно отсталые и не пытаются преодолевать.

Умственная отсталость проявляется не только в нарушении познавательной деятельности, но и в нарушении эмоциональной сферы. Чем выраженнее умственная отсталость, тем менее дифференцированы эмоции, нет оттенков переживаний, эмоции неустойчивые, переживания неглубокие и поверхностные.

Нарушения высшей нервной деятельности, недоразвитие психических процессов являются причиной ряда специфических особенностей личности умственно отсталых, характеризующихся ограниченностью представлений об окружающем мире, примитивностью интересов, элементарностью потребностей и мотивов, сниженности активности всей деятельности, трудностью формирования отношений со сверстниками и взрослыми.

Причинами олигофрении могут быть различные факторы экзогенного (внешнего) и эндогенного (внутреннего) характера, вызывающие органические нарушения головного мозга.

1) Классификация поражений головного мозга по времени возникновения:

- пренатальные (до родов);
- интранатальные (в период родов);
- постнатальные (после родов).

2) Классификация поражений головного мозга по патогенным факторам:

- гипоксические (из-за кислородной недостаточности);
- токсические (нарушение обмена веществ);
- воспалительные (энцефалит и менингит при краснухе, токсоплазмозе);
- травматические (несчастные случаи, а также сдавливание мозга во время родов, с кровоизлияниями);
- хромосомно-генетические (болезнь Дауна, болезнь Феллинга);
- внутрисекреторно-гормональные;
- дегенеративные;
- внутричерепные новообразования (опухоли).

Особо следует отметить группу факторов, также приводящих к умственной отсталости,— это алкоголизм, наркомания и токсикомания. Во-первых, продукты распада алкоголя и наркотиков (токсины) благодаря общей системе кровообращения матери и плода отравляют развивающийся плод. Во-вторых, длительное употребление алкоголя и наркотиков (а также их заменителей) вызывает необратимые патологические изменения в генетическом аппарате родителей и является причиной хромосомных и эндокринных заболеваний ребенка.

По глубине дефекта умственная отсталость при олигофрении традиционно подразделяется на три степени: идиотия, имбецильность и дебильность.

Идиотия — самая глубокая степень умственной отсталости. У таких детей почти отсутствует речь, окружающих они не узнают, выражение лица бессмысленное, внимание почти ничем не привлекается. Отмечается резкое снижение всех видов чувствительности. Ходить начинают поздно, движения плохо координированы. На чужую мимику и жестикуляцию не реагируют, неопытны в естественных отправлениях и неспособны к самообслуживанию. Иногда наблюдаются стереотипные движения—маятникообразные раскачивания головой или туловищем из стороны в сторону.

При идиотии средней и легкой степени отмечается умение смеяться и плакать, некоторое понимание чужой речи, мимики и жестикуляции. Их лексикон ограничен несколькими десятками слов. Дети-идиоты не обучаются и находятся (с согласия родителей) в специальных учреждениях (детских домах для глубоко умственно отсталых), а по достижении 18-летнего возраста они переходят в специальные интернаты для хроников.

Имбецильность является более легкой по сравнению с идиотией степенью умственной отсталости. Дети этой категории обладают определенными возможностями к овладению речью, усвоению отдельных несложных трудовых навыков. Словарный запас крайне беден. Они понимают чужую речь, мимику и жестикуляцию в пределах их постоянного обихода. Наличие грубых дефектов восприятия, памяти, мышления, моторики и эмоционально-волевой сферы делает этих детей практически необучаемыми даже во вспомогательной школе. В правовом отношении эти дети, так же как и идиоты, являются недееспособными и над ними устанавливается опека родителей или лиц, их заменяющих. В последнее время учеными-дефектологами для части этой категории детей, имеющих более легкую степень, разработана специальная программа, предусматривающая овладение навыками чтения, письма и счета, а также простейшими трудовыми навыками.

Дебильность — наиболее легкая степень умственной отсталости. Однако сниженный интеллект и особенности эмоционально-волевой сферы детей-дебиллов не позволяют им овладеть программой общеобразовательной массовой школы. У них нередко отмечаются дефекты речи в виде шепелявости, сигматизма, аграмматизма. Недот развитие аналитико-синтетической функции высшей нервной деятельности и нарушение фонетического слуха вызывают большие трудности в овладении устной и письменной речью, навыками счета. Дифференцированная моторика развита недостаточно и в сочетании с физической ослабленностью и соматическими нарушениями, а также особенностями эмоционально-волевой сферы все это значительно ограничивает круг их последующей трудовой деятельности.

Дети с задержкой психического развития (пограничное состояние развития).

В отличие от умственной отсталости (олигофрении) с ведущей симптоматикой недоразвития высших психических функций, личности в целом, при пограничных формах интеллектуальной недостаточности страдают в первую очередь память, внимание, работоспособность, "аффективно-волевая сфера, что препятствует полноценному использованию и развитию интеллектуальных возможностей ребенка.

Под термином «**задержка развития**» понимаются синдромы временного отставания развития психики в целом или отдельных ее функций (моторных, сенсорных, речевых, эмоционально-волевых), замедленного темпа реализации закодированных в генотипе свойств организма. Являясь следствием временно и мягко действующих факторов (ранней депривации, плохого ухода и др.), задержка темпа может иметь обратимый характер. В этиологии задержки психического развития играют роль конституциональные факторы, хронические, соматические заболевания, органическая недостаточность нервной системы, чаще резидуального (остаточного) характера.

Исследования М. С. Певзнер и Т. А. Власовой позволили выделить две основные формы задержки психического развития:

— задержку психического развития, обусловленную психическим и психофизическим инфантилизмом (неосложненным и осложненным недоразвитием познавательной деятельности и речи, где основное место занимает недоразвитие эмоционально-волевой сферы);

— задержку (возникшую на ранних этапах жизни ребенка), обусловленную длительными астеническими и церебрастеническими состояниями.

Задержка психического развития в виде неосложненного психического инфантилизма рассматривается как более благоприятная, чем при церебрастенических расстройствах, когда необходимы не только длительная психолого-коррекционная работа, но и лечебные мероприятия.

Исходя из этиологического принципа В.В.Лебединским было выделено четыре основных варианта (синдрома) **задержки психического развития** :

1 задержка психического развития **конституционального** происхождения;

2 задержка психического развития **соматогенного** происхождения;

3 задержка психического развития **психогенного** происхождения;

4задержка психического развития **церебрально-органического генеза.**

В клинико-психологической структуре каждого из перечисленных вариантов задержки психического развития имеется специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы.

При задержке психического развития конституционального происхождения (гармонический, психический и психофизический инфантилизм) инфантильности часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики. Эмоциональная сфера этих детей находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более раннего возраста.

Соматогенная задержка психического развития характеризуется эмоциональной незрелостью, которая обусловлена длительными, хроническими заболеваниями, врожденными и приобретенными пороками соматической сферы, в первую очередь сердца. В замедлении темпа психического развития значительная роль принадлежит стойкой астении, снижающей не только общий, но и психический статус.

Дети с искажённым развитием

В системе негативных изменений психики, входящих в структуру шизофренического дефекта, особое место занимает так называемый синдром раннего детского аутизма, отличающийся от всех аномалий развития наибольшей сложностью и дисгармоничностью как клинической картины, так и психологической структуры нарушений.

Клинико-психологическая структура раннего аутизма, как особой формы недоразвития, впервые была описана Л. Каннером и характеризуется следующими признаками:

- 1) аутизм как предельное («экстремальное») одиночество ребенка, формирующее нарушение его социального развития вне связи с уровнем интеллектуального развития;
- 2) стремление к постоянству, проявляемое как стереотипные занятия, сверхпристрастие к различным объектам, сопротивление изменениям в окружающем;
- 3) особая характерная задержка и нарушение развития речи, также вне связи с уровнем интеллектуального развития ребенка;
- 4) раннее проявление (до 2,5 года) патологии психического развития (причем эта патология, в большей степени связывается с особым нарушением психического развития, чем его регрессом).

Раздел 6. Учение о неврозах.

Невроз как социокультурный феномен и вариант пограничных психических расстройств.

Понятие **пограничных психических расстройств** возникло в нозоцентрическом подходе к определению состояния здоровья, в котором любое отклонение от какой-либо нормы трактуется в терминах патологии и болезни. По мере развития клинической психологии многие не столь существенные (в сравнении с грубыми нарушениями психической деятельности) отклонения от нормы нозоцентрически мыслящие психиатры начали расценивать как промежуточные состояния между здоровьем и тяжелым психическим заболеванием. Пограничные, с этой точки зрения, значит находящиеся на грани между нормой и патологией, здоровьем и болезнью, т. е. *нерезко выраженные* нарушения психической деятельности.

Пограничные состояния объединяют группу расстройств, в которых преобладает т. н. «невротический уровень» нарушений психической деятельности или поведения, при которых:

- а) сохраняется критическое отношение человека к своему состоянию;
- б) болезненные изменения происходят преимущественно в эмоциональной сфере личности и сопровождаются нарушением вегетативных функций;
- в) нарушение вызвано психологическими (характерологические особенности личности), а не органическими причинами.

Эти расстройства отличаются отсутствием **психотических симптомов**, нарастающего слабоумия и деструктивных личностных изменений, поскольку имеют не органическую, а **психогенную природу**. К числу таких расстройств относятся **неврозы, психопатии, кратковременные невротические реакции, а также личностные аномалии**. Кроме в ряд пограничных расстройств также включают **субпсихотические нарушения** (квазипсихозы — идео-обсессивные, помешательство сомнений, истерические, сенесто-ипохондрические, паранойяльные).

Проблема заключается в том, что при нарушениях биологического гомеостаза (органические психические нарушения); действует такой же механизм невротических реакций (отсюда попытки выделить в отдельные таксономические единицы — сопутствующие синдромы — неврозоподобные и психопатоподобные состояния, возникающие при различных заболеваниях).

Невротические реакции, невротические состояния и невротические развития личности являются узловыми пунктами динамики пограничных психических расстройств. Общая схема их развития такова: психическая травма (действие личностно значимой, отрицательно эмоционально окрашенной информации) приводит к невротической реакции; в свою очередь, при сохранении психотравмирующих ситуаций такие реакции складываются в стабильные состояния и приводят к дезадаптации социальной системы личности, в результате чего невротическое реагирование расширяется на другие стимулы; со временем психические переживания соматизируются. При наличии же конституциональной предрасположенности возникают патологические изменения в личности (психопатии). Однако сами по себе психопатические черты характера не являются болезненными проявлениями. Они становятся таковыми только под влиянием дезадаптирующих воздействий, когда происходит декомпенсация системы взаимодействия личности и среды.

Основная методологическая проблема в связи с пограничными психическими состояниями заключается в том, что на практике и невроты, и психопатии, и органически обусловленные личностные изменения при различных соматических состояниях имеют сходные нейрофизиологические механизмы развития и сходные поведенческие формы выражения (симптомы). При этом патологические нарушения поведения внешне ничем не отличаются от нормальных поведенческих реакций человека в текущих ситуациях психоэмоционального напряжения.

Типология и феноменология невротических расстройств, механизмы неврозогенеза.

В изолированном виде симптомы пограничных расстройств встречаются очень редко. По ведущим признакам традиционная отечественная клиническая психология выделяет **основные типы невротозов: неврастению, истерию, психастению и навязчивые состояния.**

Однако деление это достаточно условное и проблематичное, поскольку в каждом конкретном случае симптомы всегда группируются и взаимодействуют друг друга в зависимости от личностных особенностей человека.

Понятие невроза было разработано в рамках биомедицинской модели психических болезней. Первоначально неврозом во французской школе психиатрии и клинической психологии называли нарушения нервной деятельности («болезнь нервов»). Затем этим термином стали обозначать целый спектр различных психических нарушений, для которых не удавалось обнаружить какого-либо органического расстройства в качестве ведущей причины наблюдаемого дефекта (отклонения в поведении). При этом всегда полагалось, что органическое расстройство непременно имеется, однако его трудно обнаружить и доказать причинно-следственные отношения между ним и видимым отклонением.

Начиная с работ З. Фрейда, неврозом (иногда — психоневрозом, чтобы провести четкое разграничение между неврологическим и функциональным нарушением) называют разнородную по своим проявлениям группу функциональных расстройств, имеющих общую характеристику — **выраженное состояние тревоги**. Сюда были отнесены такие нарушения психики и поведения, которые хотя и доставляли дискомфорт пациентам, были болезненными и мучительными для них, однако протекали легко, поскольку они не искажали базовых процессов восприятия и мышления, удерживая людей от грубых нарушений социальных норм.

В качестве основной причины невроза З. Фрейд видел внутриличностный бессознательный конфликт, который служит причиной хронического тревожного состояния и заставляет пациента прибегать к использованию защитных психологических механизмов. Проявление вытесненного содержания внутриличностного конфликта в конечном счете и выражалось в психических и поведенческих симптомах.

В рамках психодинамической концепции невроза выделяют следующие его виды:

- *тревожный*;
- *фобический*;
- *обсессивно-компульсивный (невроз навязчивых состояний)*;
- *истерический*;
- *(псих-) астенический*;

- ипохондрический;
- депрессивный (невротическая депрессия);
- деперсонализированный;
- невроз характера;
- нарциссический невроз;
- невроз внутреннего органа (конверсионный) и т. д.

В отечественной науке базовым является определение невроза, данное психиатром В. А. Гиляровским:

Невроз — это болезненно переживаемые и сопровождаемые расстройствами в соматической сфере срыва личности в ее общественных отношениях, вызванные психическими факторами и не обусловленные органическими изменениями, с тенденцией к переработке (преодолению) возникшей ситуации и компенсации нарушений.

В этом определении акцент делается на длительной переработке личностью неразрешимой проблемной ситуации и неспособности адаптироваться к имеющимся условиям. Неспособность адаптации к сложным жизненным обстоятельствам складывается, по мнению отечественных авторов, из «слабости» психофизиологических механизмов (органического дефекта), особенностей развития личности, а также провоцирующих факторов, вызывающих сильное психическое напряжение. Особое значение в отечественных и психодинамических концепциях невроза придается **процессу личностного развития**. В качестве причинных факторов выделяют задержки психологического развития на различных возрастных этапах. Например, в качестве личности, склонной к невротическим реакциям, в психоанализе выделяют взрослого человека с «анальным характером». Личность с «анальным характером» — это человек, задержавшийся на анальной стадии развития личности по З. Фрейду и устойчиво демонстрирующий свойственные этой стадии характеристики поведения (упрямство, скупость, чрезмерная аккуратность). Возникающая в результате задержки на одном из этапов негибкая стратегия поведенческих реакций на изменяющиеся социальные ситуации (поскольку репертуар реакций оказывается ограниченным) и приводит к невротизации — развитию какого-либо невроза.

Другим причинным фактором невроза считают **«психическую травму»**, тяжелую соматическую болезнь, эмоциональную депривацию в процессе общения со значимыми людьми (в первую очередь родителями, если речь идет о ребенке).

Критическими возрастaми, предрасполагающими к развитию невротических реакций и неврозов, является период 7—11 лет, когда начинает активно формироваться *аффективная сфера* личности, и период 11—14 лет, когда активно развивается *идеаторная* (имеющая отношение к идеям, когнитивная) *сфера* личности.

Для этапа формирования *аффективной сферы*, личности характерны непосредственность и неустойчивость эмоциональных реакций, их быстрая смена, преимущественный интерес к текущим событиям и недостаточная оценка будущего. Если в этом возрасте (7-11 лет) ребенок переживает психическую травму (потеря родителей, конфликт между папой и мамой, развод родителей, длительная отлучка одного из родителей, соматическое заболевание, связанное с длительным пребыванием в больнице), то высока вероятность задержки аффективного развития. В дальнейшем эта задержка приведет к развитию в структуре личности эмоциональной неустойчивости, непосредственности реагирования на внешние события и, соответственно, к трудностям адаптации, к снижению способности адекватной оценки ситуации и построения планов на будущее.

На этапе развития *идеаторной сферы* личности сознание ребенка обогащается различными понятиями, развивается способность к умозаключениям, к построению долгосрочных планов действий. Подросток начинает самостоятельно мыслить, подвергать обсуждению те или иные факты, вскрывать закономерности социальной жизни. При возникновении пси-хотравмирующих ситуаций в этом возрасте (11-14 лет) может снижаться интерес к окружающему, наблюдаться подавление эмоциональной связи с происходящими событиями из-за неприятных переживаний по поводу возникающих. мыслей, идеи становятся оторванными от реальности. Внешне подросток с психотравмой кажется окружающим рано повзросевшим, сдержанным, он стремится много читать, рассуждать о сложных проблемах. Однако на самом деле такое развитие создает предрасположенность к формированию в будущем невроза навязчивых состояний.

Большую роль в возникновении отклонений в развитии личности, могущих привести к развитию неврозов, играет **система отношений в семье ребенка и характер воспитания**, принятый в этой семье.

В *психодинамическом подходе* больший акцент делается на характере детско-родительских отношений как ведущей причине неврозов. Отношение к ребенку рассматривается в глобальном аспекте принятия/непринятия (принятия/отвержения).

С глобальным отношением к ребенку связано удовлетворение его базовых потребностей. В отношениях принятия и адекватной заботы, истинной любви (когда родители реагируют не только на витальные нужды, такие, как голод, жажда, удовлетворение телесных потребностей, — но и на эмоциональные нужды ребенка), ребенок не испытывает тревоги за свое будущее, адекватно познает мир и научается конструктивному взаимодействию с ним. Постоянное проявление заботы является особенно важным для развития такой функции «Я», как способность без опаски откладывать удовлетворение потребностей (*postpone gratification*) вследствие развития у личности уверенности в мире и доверия к нему. Способность откладывать удовлетворение потребностей позволяет человеку строить зрелые межличностные отношения, защищенные от срывов и чрезмерных эмоциональных переживаний.

В **отечественной психологии** больший акцент в объяснении факторов, предрасполагающих к развитию неврозов, делается на системе воспитательных мероприятий. При этом под неадекватным воспитанием понимается не столько сам стиль, сколько шаблонное, негибкое использование какого-либо одного из вариантов воспитательных воздействий без учета реальных обстоятельств. Наиболее частой причиной - невротического развития личности считается воспитание в виде *гиперопеки* (гиперпротекции), которая может проявляться как «доминирующая» или «потворствующая», а также *противоречивый стиль* воспитания.

Воспитание в виде **доминирующей гиперопеки** обязательно включает особую систему *разрешительного* или *ограничительного контроля* над поведением ребенка. Родители исходят из предпосылки, что они лучше, чем ребенок, знают жизнь, опытнее его, поэтому в любых обстоятельствах заранее стремятся обеспечить ему наилучшее решение любых проблем и преодоления препятствий, беря все трудности на себя и лишая ребенка права выбора. При доминирующей гиперопеке родители сами выбирают ребенку друзей, организуют его досуг, навязывая свои вкусы, интересы, нормы поведения. Эмоциональные отношения здесь обычно сдержанные. Строгость, контроль, подавление инициативы ребенка мешают развитию отношений привязанности и формируют только страх и почитание обладающих властью.

К доминирующей гиперопеке относится и воспитание в условиях **высокой моральной ответственности**.

Здесь повышенное внимание к ребенку сочетается с завышенными требованиями по отношению к его личности и поведению. Эмоциональные отношения с родителями при этом более теплые, однако ребенок ставится в условия, когда он должен во что бы то ни стало ради этой любви оправдывать завышенные ожидания родителей. В результате такого воспитания возникает страх перед испытаниями, что вызывает неадекватное ситуации психическое напряжение.

В воспитании по типу **потворствующей гиперопеки («кумир семьи»)**, напротив, любые желания ребенка оказываются в центре внимания, проступки ребенка не замечаются. В результате у ребенка формируется эгоцентризм, завышенная самооценка, непереносимость трудностей и препятствий на пути к удовлетворению желаний. Такая личность испытывает сильные отрицательные переживания при столкновениях с реальностью, поскольку лишение привычной атмосферы почитания и незатрудненного удовлетворения желаний вызывает социальную дезадаптацию.

Наконец, невротическому развитию личности способствует **противоречивый стиль воспитания**, когда в одной и той же ситуации к ребенку предъявляются противоположные требования. Противоречивый стиль воспитания характеризуется **альтернирующими (перемежающимися) эмоциональными отношениями** между родителями и ребенком и **неконгруэнтностью общения**. Перемежающиеся эмоциональные отношения — это непоследовательные, немотивированные эмоциональные проявления, когда похвала или упрек зависят исключительно от настроения родителя, а не от ситуации и поведения ребенка. Неконгруэнтность общения — несоответствие слов родителей интонации и мимике (часто встречается в случае скрываемого эмоционального отвержения ребенка). Для противоречивого стиля воспитания также характерна постоянная, не зависящая от содержания ситуаций смена воспитательных тактик или наличие разных воспитательных тактик у разных членов семьи.

Общим результатом перечисленных воспитательных тактик становится формирование напряженной и неустойчивой внутренней позиции ребенка, что приводит к перенапряжению нервных процессов и невротическому срыву под влиянием даже незначительных психотравм.

Неустранимым недостатком как **отечественной**, так и **психодинамической концепций невроза** является то, что отклонения в процессе личностного развития с равной долей вероятности приводят не только к неврозам или психопатиям, а могут служить и одним из факторов развития аддиктивных, психосоматических, когнитивных, субпсихотических и многих других психических расстройств. При этом многие симптомы невротического расстройства в той или иной степени включаются и в другие самостоятельные болезни (например, неврозоподобная шизофрения).

Трудности в четком разделении специфической симптоматики перечисленных нарушений, условность выделения невротических расстройств, множественность причинных факторов для одного и того же нарушения, неоднозначное использование понятия невроза разными психологами и психиатрами, невозможность выделить специфическую невротическую характеристику, отделяющую невроз от других психических нарушений, в конечном итоге привело к отказу от использования этого термина в современной клинко-психологической практике.

В современной клинической психологии вместо термина **«невроз»** принято говорить о связанных со стрессом расстройствах, которые по традиции называют **«невротическими»**. Употребление термина **«невротические расстройства»** вместо термина **«невроз»** освобождает нас от необходимости подгонять симптомы нарушений под какие-то иные строго определенные причинные факторы, кроме стресса (психической травмы). Невротические расстройства скорее выступают не «пограничными» по отношению к психозам, а являются отражением некоторых общих закономерностей изменения психической деятельности личности под влиянием стрессовых факторов.

К невротическим расстройствам сегодня относят (согласно МКБ-10 код F4):

- фобические расстройства;
- тревожные расстройства;
- навязчивости (обсессивно-компульсивное расстройство);
- острую реакцию на стресс;
- посттравматическое стрессовое расстройство;
- расстройства приспособительных реакций (адаптации);
- диссоциативные (конверсионные) расстройства;
- соматоформные расстройства;

- неврастению;
- синдром деперсонализации.

Несомненно, что понятие невроза окончательно не выйдет из употребления, поскольку с ним связан обширный объем психологической и медицинской литературы, кроме того, оно широко используется в обыденной речи.

Следует отличать понятие пограничных психических расстройств в отечественной клинической психологии от созвучного термина «пограничный тип эмоционально неустойчивого расстройства личности (пограничное расстройство личности)», который принят в международной классификации психических расстройств и нарушений поведения. Под пограничным расстройством личности понимается тотальная неспособность человека к установлению стабильных межличностных отношений, устойчивого образа «Я», поддержанию устойчивого позитивного эмоционального баланса. Оно получило такое название, поскольку по своим проявлениям занимает промежуточное место между невротическими и психотическими изменениями в личности. При пограничном личностном расстройстве отмечаются нарушения самостоятельности, аффективного контроля, а также развиваются чрезвычайно сильные отношения привязанности.

Раздел 7. Базовые методы современной психотерапии в клинической психологии.

Специфика психотерапии как направления практической психологии и медицины

В развитых странах, а теперь уже и у нас, рассматриваются две модели психотерапии: в первом случае психотерапия является врачебной специальностью, к занятию которой допускаются медики и лишь некоторое число психологов, во втором — психотерапия выступает как самостоятельная гуманитарная профессия, которой могут заниматься специалисты, окончившие полный курс профессиональной специальной подготовки.

Под психотерапией традиционно понимают более глубокое в сравнении с консультированием и психокоррекцией психологическое воздействие на психику, а через нее и на весь организм человека или на группу людей с целью лечения или профилактики заболеваний и состояний дезадаптации, развития здоровья или достижения других целей [Карвасарский, 1985]. Однако за последние годы интенсивное развитие психотерапии в нашей стране и за рубежом значительно расширило границы данного выше определения. Психотерапия успешно распространяет свое влияние на широкий круг проблем и областей нашей жизни, психотерапевтические знания и даже некоторые техники представляют интерес не только для узких специалистов, но и для каждого человека. сегодня уже можно говорить о формировании особого психотерапевтического мировоззрения, центром которого является целостная самоактуализирующаяся и развивающаяся личность.

Долгое время существующая как область медицины, психотерапия шагнула далеко за ее пределы. Профессионалы из разных, далеких от медицины областей жизнедеятельности (например, педагогика, менеджмент и др.) успешно используют психотерапевтические принципы и подходы. Все разнообразие развивающейся психотерапии В. В. Макаров объединил шестью моделями — медицинской, психологической, педагогической, философской, социальной и недифференцированной:

1. Модель медицинской (клинической) психотерапии, будучи исторически более зрелой, является источником развития других зарождающихся моделей, она предназначена для лечения и предупреждения заболеваний.

Наибольшее развитие эта модель получила в психиатрии для лечения пограничных состояний, в наркологии при терапии некоторых форм зависимостей, в психосоматической медицине. Но наиболее широкое применение психотерапия нашла в клинике неврозов, последствий реактивных состояний, расстройств личности. В этих областях психотерапия выступает основным средством лечения в комплексе с фармакотерапией. Специфика работы в рамках данной психотерапевтической модели налагает определенные требования на подготовку специалистов, основным из которых является наличие медицинского (врачебного) образования или специализации «медицинский (клинический) психолог».

2. Психологическая модель психотерапии работает в области психологического здоровья, полноценного личностного развития, самоактуализации, решения проблем межличностного взаимодействия. Психотерапия как психологическая специальность относится к сфере практической психологии, и ее основные задачи связаны с обеспечением психологического здоровья личности, с оказанием психологической помощи и поддержки в условиях нарушения адаптации, напряженных и неуспешных взаимодействий в личных и профессиональных отношениях. При этом профессиональная деятельность психотерапевта оказывает особо выраженное влияние на личность клиента, равно как и на личность самого профессионала. Поэтому психотерапевтическая подготовка и принципы работы психолога в сфере психотерапии несколько отличаются от всех других форм психологического воздействия.

3. Педагогическая модель терапии предполагает ее направленность на процессы обучения и воспитания, она работает с обучающимися, педагогами, родителями. В этой модели могут быть успешны лица с базовым психологическим или педагогическим образованием.

4. В философской модели психотерапия предназначена для достижения понимания собственной личности, объяснения устройства мира, своего места в нем. Она оказывает влияние на формирование и изменение мировоззрения. Концепция личности в психоаналитическом или экзистенциально-гуманистическом направлениях психотерапии дает ее последователям четкое представление о мире, человеке и их взаимодействии.

5. Социальная (политическая) модель используется для манипулирования человеком или группой, одним из аспектов этой модели является участие психотерапевтов в политических выборных процессах.

6. Недифференцированная (эклектическая) модель объединяет в себе элементы пяти вышеописанных моделей.

Лучшие приемы консультативной работы — те, которые помогают человеку выразить себя естественно и свободно настолько, насколько это возможно. Консультант сознательно старается воздерживаться от любой активности или любого высказывания, которое может каким-то образом направлять течение беседы и привносить в нее иное содержание.

Принцип эмпатического понимания, умения тонко и адекватно сопереживать чувствам и настроениям другого, как полагают многие практикующие психологи, — самое трудное, чему нужно научиться в процессе психотерапевтического взаимодействия с клиентом. Эмпатия как реакция на чувства вместо реакции на смысловое содержание — это искусство чутко воспринимать и реагировать на выражение чувств клиента в отличие от внимания, направленного исключительно на смысловой аспект информации. К сожалению, большинство взрослых приучены близко воспринимать идеи, никак не чувства. Осознавать и способствовать выражению этих скрытых отношений — эффективная помощь психотерапевтическому воздействию. Вполне может быть, что умение отражать эмоциональные переживания клиента — отчасти интуитивные качества. Но анализ обучения консультированию показывает, что это навык, который можно развивать и которому вполне можно научиться.

Однако этим принципом не исчерпывается весь арсенал разнообразных методов и приемов, применяемых в индивидуальной психотерапевтической работе. В зависимости от направлений психотерапии и их теоретических обоснований в практической работе используются соответствующие техники и методы индивидуальной психотерапии.

Основные направления, методы и техники психотерапии.

Следует различать методы и формы (техники) психотерапии. Под методом понимается общий принцип лечения, вытекающий из понятия сущности (патогенеза) заболевания. Так, например, понятие невроза как заблуждения ума, ошибочного мышления породило метод рациональной психотерапии (Дюбуа). Представление о неврозе как о расстройстве, вызванном застреванием в бессознательной сфере аффекта, пережитого в прошлом, вызвало к жизни метод катарсиса, а понимание невроза как проявления вытесненного в бессознательное инфантильно-сексуального влечения породило психоанализ (Фрейд).

Способ применения того или иного метода психотерапии называется формой психотерапевтического лечения. Так, например, метод рациональной психотерапии может применяться в форме индивидуальной беседы с больным, в форме беседы с группой или в форме лекции. Метод внушения может применяться в бодрствующем состоянии или в гипнозе. Психоанализ применяется в форме наблюдения потока свободных ассоциаций, исследования ассоциаций, анализа сновидений, в форме ассоциативного эксперимента и т. д.

Одна и та же форма психологического воздействия может служить различным методическим установкам. Так, гипноз может быть использован и с целью внушения, и с целью катарсиса.

Комплекс различных методов психотерапии, объединенных общим принципиальным подходом к лечению, образует систему, или направление, психотерапии. Принято говорить об отдельных направлениях психотерапии, в их рамках выделять отдельные методы, а уже внутри каждого метода — различные методики и приемы. За рубежом наибольшее распространение получили три психотерапевтических направления: 1) психоаналитическое; 2) бихевиористское; 3) экзистенциально-гуманистическое (недирективная психотерапия, гештальттерапия и др.).

В отечественной психотерапии в последние годы выделяют следующие основные направления: 1) личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию (Карвасарский); 2) суггестивную психотерапию; 3) поведенческую психотерапию; 4) эмоционально-стрессовую психотерапию (Рожнов).

Существует практически необозримое количество классификаций психотерапевтических методов лечения. Одна из них, разработанная И. З. Вельвовским и соавт. (1984), приводится ниже в некотором сокращении.

1. Психотерапия в естественном состоянии бодрствования (рассудочно-ассоциативные формы и приемы; эмоцио-нально-питиетивные и игровые методы; тренировочно-волевые формы; суггестивные формы).

2. Психотерапия в особых состояниях высших отделов головного мозга (гипноз-отдых по К- К. Платонову; внушение в гипнозе; постгипнотическое внушение; различные формы аутогипноприемов; методы аутогенной тренировки; релаксация по Джекобсону; наркогипноз; гипносуггестия при электросне и др.).

3. Психотерапия при стрессе, вызванном: 1) психическим путем — испугом, острым положительным или отрицательным переживанием; 2) фармакологическими (никотиновая кислота и др.) или болевыми (долорин и др.) агентами; 3) физическими агентами (прижигание термокаутером); 4) «нападением врасплох», посредством эфирной маски, по А. М. Свядошу, усиленным гиперпноэ, по И. З. Вельвовскому и И. М. Гуревичу.

Из всего многообразия методов психотерапии среди практических врачей сейчас наиболее распространены следующие: 1) суггестивная психотерапия (внушение в состоянии бодрствования, естественного сна, гипноза, эмоционально-стрессовая психотерапия, наркопсихотерапия); 2) самовнушение (аутогенная тренировка, метод Куэ, метод Джекобсона); 3) рациональная психотерапия; 4) групповая психотерапия; 5) игровая психотерапия; 6) семейная психотерапия; 7) условно-рефлекторная психотерапия. Все чаще применяются психоанализ, трансактный анализ, гештальттерапия и др.

Внутри каждого из этих методов существуют десятки, а то и сотни методик, которые, по меткому выражению Шкоды, не столько определяют оригинальность этих методик, сколько являются «мечтой каждого честолюбивого психотерапевта внести свой вклад в историю психотерапии». Систематизируют психотерапию по характеру воздействия (прямая — косвенная); по этиопатогенетическому принципу (каузальная — симптоматическая); по цели воздействия (седативная, активирующая, амнезирующая); по участию в ней больного (мобилизующе-волевая) и т.п.

Раскроем содержание основных направлений современной психотерапии. Классификации направлений и методов современной психотерапии весьма различны и многообразны в зависимости от их теоретических и методических обоснований, принадлежности к определенному теоретическому направлению или психологической школе. С достаточной условностью можно выделить два направления: первое основывается на выделении одного из методов психотерапии западноевропейской или американской школы психологии, второе в основание кладет эклектический метод, не придерживаясь строго какого-то одного метода работы.

Первое направление может быть представлено такими психологическими школами и соответствующими им методами психотерапии, как психоанализ, гештальттерапия, бихевиоральная терапия, гуманистическая терапия, экзистенциальная терапия, когнитивная терапия и рационально-эмотивная терапия. Предлагаем краткое описание содержания методов индивидуальной психотерапии каждой из выделенных психологических школ.

Психоанализ относится скорее к медицинской модели психотерапии, в основе которой лежит исследование бессознательного. Основателем этого направления в психологии является австрийский психиатр и врач Зигмунд Фрейд (1856—1939). Психоанализ первоначально возник как метод лечения и изучения истерических неврозов, но затем превратился в психологическую теорию, в основе которой лежит идея о том, что поведение человека определяется не только и не столько его сознанием, сколько бессознательным. Подавленные желания, конфликт влечения и запреты — причина тех сложностей, страданий, которые испытывает человек в психологическом плане. Задача психоаналитика — помочь страдающему человеку понять истинную картину его страданий, скрытую в бессознательном, вспомнить те травматические переживания, которые были вытеснены, перевести их в сознание и как бы заново прожить. Это, по Фрейду, приводит к эффекту катарсиса, т.е. очищения и освобождения. Выявить скрытое, сделать бессознательное содержание осознаваемым, а значит, доступным осмыслению и отчасти контролю, — задача психоанализа как терапевтического метода.

Одна из центральных идей современной психотерапии, основанной на психоанализе, — идея психологической защиты (приписывание другим собственных скрытых свойств, регрессивные формы поведения, оговорки, описки, ошибки, рационализация), среди которых наиболее адекватным способом защиты выступает, в сущности, лишь сублимация, т.е. перенесение, перевод нереализованной энергии в другие области (творчество, труд, религия). Не всеми разделяются теоретические объяснения, предложенные Фрейдом, но именно его метод лег в основу большинства терапевтических систем. В настоящее время психоанализ имеет много других направлений в западной психологии, идущих от учеников и последователей Фрейда. Но поскольку психоаналитические методы терапии требуют гораздо больше времени и весьма трудоемки по сравнению с другими методами, в настоящее время они не являются столь популярными, и к тому же это самая дорогая форма индивидуальной психотерапии.

Бихевиоризм — также одно из влиятельных направлений в западной психологии, существующее с начала XX в. Его основателем был американский исследователь Джон Уотсон (1878—1958). Согласно бихевиористам, такие понятия, как «осознание», «переживание», не могут считаться научными и быть зафиксированными объективными средствами. Предметом изучения может быть только поведение, активность, которые описываются через понятие реакции. Отсюда и научная программа — научиться управлять поведением. Бихевиоральная терапия базируется на принципах изменения поведения: хорошее поведение клиента вознаграждается, а нежелательное игнорируется и не прощается. Основным методом бихевио-ральной психотерапии — метод классического обуславливания — успешно претворяется в жизнь в клиниках, занимающихся лечением психических расстройств.

Другая разновидность бихевиоральной психотерапии — систематическая десенсибилизация — терапевтический метод снятия страхов, основанный на классическом обуславливании; проводится поэтапно с постепенным нарастанием интенсивности стимуль-ного воздействия. Иными словами, предполагается возможность | управления поведением: формирование в процессе терапии нужных реакций и исправление ошибочных.

Гештальттерапия — одно из важных психологических направлений, связано с именами немецких исследователей М. Вертгей-мера (1880-1943), К. Коффки (1886-1941) и В. Келера (1887-1967). Гештальтпсихологи выдвинули идею целостности образа, свойства которого не сводимы к сумме свойств элементов. Идея целостности широко проникла в психотерапевтическую практику и стала одним из видов гуманистической психотерапии, принимающей за основу связь между поведением и внутренними переживаниями индивида. В соответствии с Ф. Перлсом (1893—1970), основателем гештальттерапии, психотерапевты должны внимательно слушать, что и как говорит клиент: жесты и внутренние переживания всегда соответствуют друг другу. Перле считал, что любой аспект поведения есть проявление целого, т.е. бытия человека. Контакт Перлс считал формированием гештальта, уход — завершением. Проблемы невротика состоят в том, что он находится в ситуации незавершенных гештальтов, т.е. незавершенных, «неотреагированных» проблем, что заставляет его жить не «здесь и сейчас», а ориентироваться на прошлое или уходить в мир фантазий. Главное препятствие на пути личностного роста — незавершенность ситуаций прошлого, возможность отреагировать на это через психотерапевтические сеансы знаменует возрождение личности.

Гештальттерапия менее трудоемка, чем психоанализ, и требует меньшего объема времени и средств.

Гуманистическая психотерапия — одно из ведущих направлений современной зарубежной психологии. Возникновение названия и формулировка основных принципов связаны с именем американского психолога Абрахама Маслоу (1908—1970). В центре гуманистической психологии — понятие становления личности, представление о необходимости максимальной творческой самореализации, что означает истинное психическое здоровье. Приверженцы гуманистической психотерапии предпочитают называть человека, которому оказывается психотерапевтическая помощь, не пациентом, а клиентом, поскольку слово «пациент» несет в себе оттенок беспомощности, а приемы гуманистической психотерапии подразумевают активное сознательное участие в процессе лечения каждого индивидуума.

Целью гуманистической психотерапии является повышение самооценки человека и стимулирование его личностного роста. Поскольку главной задачей является повышение самооценки клиента, ориентированная на клиента психотерапия сфокусирована не на отрицательных, а на положительных аспектах его жизни. Сторонником и основателем клиент-центрированной терапии как одного из видов гуманистической психотерапии является американский психолог и психотерапевт-практик Карл Роджерс (1902—1987). Центральным понятием в концепции К. Роджерса является **самоактуализация** — та сила, которая заставляет человека развиваться и достигать высот на самых разных уровнях. Задача психолога — открыть эти позитивные тенденции к самореализации у человека, которые на глубоких уровнях присутствуют у всех. Хорошо думающий о себе человек может быстрее решить свои проблемы. Независимость также приветствуется. Конечной целью, по Роджерсу, является не стабилизация внешних оценок, но верность собственным чувствам. Единственный путь поддержки самоактуализации ребенка, полагает Роджерс, «безусловное принятие» его, позитивное отношение к ребенку, выражение ему любви. Первоначально К. Роджерс обозначал свою психотерапию как «недирективную», что означало отказ в психотерапевтическом воздействии от советов, предписаний, рекомендаций. В дальнейшем такую терапию стали называть терапией, центрированной на клиенте, или клиент-центрированной терапией.

Клиент-центрированная терапия — один из видов гуманистической психотерапии, при использовании которого клиент сам берет на себя инициативу самоактуализации без боязни какой-либо критики в свой адрес.

Роджерс развивал также «лично-центрированную терапию», где главное внимание уделяется личности как таковой, а не социальным ролям или идентичности. Принципы ее распространились далеко за пределы психотерапии в традиционном понимании этого слова и легли в основу групп встреч, охватили проблемы обучения, развития семьи, межнациональных отношений и другие проблемы.

Когнитивная терапия основывается на утверждении о том, что все психологические проблемы возникают вследствие предубеждений. Аарон Бек (род. в 1921 г.), ведущий специалист в области когнитивной психотерапии, утверждает, что практически все депрессии происходят от необоснованно низкой самооценки, от мрачных мыслей о своем будущем и вообще о всей жизни в целом. Психотерапия нацелена на выявление этих негативных мыслей и замену их более реалистичными. От пациентов требуется, чтобы они записали свои мысли и заново оценили их. Психотерапевты, отстаивающие позиции когнитивной психотерапии, утверждают, что если изменится мышление, изменится и отношение к жизни, и поведение человека.

Целью когнитивной психотерапии является изменение образа мыслей пациента методом психотерапевтических бесед. Таким образом, когнитивная психотерапия — направление психотерапии, в основу которой положен метод коррекции нерациональности мышления. Одним из вариантов когнитивной терапии в настоящее время является рационально-эмотивная терапия.

Рационально-эмотивная терапия, по мнению ее основателя американского ученого Альберта Эллиса (род. в 1915 г.), эффективна только для работы с людьми, интеллектуальный уровень которых выше среднего, и этот метод совершенно неприемлем для работы с психически больными людьми.

Задача психотерапевта в рационально-эмотивной терапии состоит в том, чтобы научить пациента мыслить логично и рационально. Обычно это достаточно краткосрочный курс терапии в отличие от психоанализа или когнитивной психотерапии. Психотерапия на рационально-эмотивном уровне основывается на тезисе когнитивной психологии, что все иррациональные и негативные мысли, посылки человек приобретает в юности.

Например, многим кажется, что произойдет нечто ужасное, если он провалится на экзамене. В результате этих переживаний они подавляют, ограничивают себя и боятся каких бы то ни было изменений. Психотерапевты помогают таким людям поколебать свою неуверенность в успехе дела, убедить их в том, что одна неудача не влечет за собой полнейшую катастрофу. Пациенты обычно получают задание на дом, которое содержит преодоление какого-то барьера, страха неудачи. Ряд таких заданий и их выполнение позволяют приобретать позитивный опыт, изменять свои иррациональные мысли. Таким образом, рационально-эмотивная терапия — разновидность психотерапии, помогающая людям начать мыслить рационально и научиться избегать негативно заряженных мыслей.

Наряду с указанными выше основными направлениями и методами психотерапевтического воздействия внутри каждого из них можно выделить ряд отдельных форм и частных методик, позволяющих на практике осуществлять оказание психологической помощи и построение созидательных взаимоотношений с клиентом. Среди них можно выделить методы игровой терапии, которые включают индивидуальную и групповую формы, арттерапию, сказ-котерапию, психодраму, психогимнастику, музыкальную терапию, библиотерапию, натуртерапию, логотерапию, имаготерапию, мо-ритатерапию и др. Опишем кратко перечисленные психотерапевтические методы.

Игровая терапия — одна из наиболее распространенных в 30-е годы XX в. эффективных терапевтических техник и процедур коррекции личностного развития. Обобщена в двух основных формах — игротерапии и арттерапии. Игротерапия часто применяется как техника терапии детского возраста. Выделяют две формы игротерапии — направленную и ненаправленную, которые по-разному предполагают степень активности и участие в игре взрослого с целью актуализации в символической форме бессознательных подавленных тенденций у ребенка и проигрывание их в направлении социально приемлемых стандартов и норм. В снискавшей высокую оценку классической работе Х. Джайнотт цель игровой терапии определяется как воздействие на базовые изменения в интрапсихическом равновесии ребенка для установления баланса в структуре его личности [Джайнотт, 1970]. В практике игротерапии сформулированы основные требования, регламентирующие процедуры и методы ее применения. Различают индивидуальную и групповую формы игротерапии.

Так, наилучшей формой коррекции личностных нарушений в общении будет групповая игротерапия. Набор игр, применяемых в игротерапии, включает игры со структурированным игровым материалом и сюжетные игры. Среди них выделяют сказкотерапию и куклотерапию.

Раздел 8. Психодиагностика и экспертные методы в психодиагностике.

Методический инструментарий, направления и методы диагностики.

Наиболее широкая сфера реализации прикладных возможностей практической психологии — **психодиагностика**. Практическая психология сегодня обладает огромным арсеналом методического инструментария, разнообразных методик, психодиагностических тестов и опросников, применение которых требует определенной систематизации и классификации в зависимости от области применения, целей и задач обследования, а также возрастных особенностей испытуемых и условий проведения психодиагностических процедур.

Психодиагностические методики получили распространение и внедрение в практике прогноза развития организаций, отбора и расстановки кадров, оптимизации обучения и освоения профессиональных навыков, определения норм психического развития и прогноза развития отдельных психических качеств личности и др. Они нашли применение в медицинской практике и судебно-психиатрической экспертизе. Однако их грамотное и корректное использование в соответствии с определением сферы допустимого целевого назначения, особенностей интерпретации результатов предполагает не только знание правил применения психодиагностических методик, но и представление о четкой классификации их по направленности, целям исследования и прогностическим результатам.

В настоящее время имеется несколько достаточно обоснованных классификаций психодиагностических методик.

Системы классификации методов диагностических процедур призваны облегчить практическому психологу выбор метода, максимально соответствующего целям психологического обследования и задачам постановки психологического диагноза. Критерии решения этих задач предопределяют, как правило, выбор диагностируемых свойств, а на их основе и выбор диагностических методик, выявляющих эти свойства. Систематизация и классификация наиболее общих показателей направленности, **надежности, валидности** различных методик может стать основой разработки новых диагностических программ в различных областях практической психологии.

С другой стороны, строгая классификация и систематизация психодиагностических процедур необходима в целях предупреждения нередкого в настоящее время неоправданно широкого использования некоторых недостаточно апробированных и не вполне надежных методик, абсолютизации полученных с их помощью результатов, формулирования малообоснованных диагнозов и прогнозов. Особенно это актуально, как отмечает Л. Ф. Бурлачук, в случае работы с тестами, созданными за рубежом [Бурлачук, Морозов, 1989]. По отношению ко многим из этих тестов сложился сугубо потребительский подход, когда вне поля зрения исследователя остаются методологические и теоретические позиции их авторов, а научный анализ подменяется декларативными ссылками на отечественные концепции личности, якобы «приспособленные» для интерпретации полученных результатов.

В настоящее время нет единой общепринятой классификации психодиагностических методик, но существует большой класс методик, обладающих так называемой прагматической ценностью, и методик, обладающих универсальностью.

Прагматические методики применяются для решения совершенно определенного вида задач, например, корректурная проба Бурдона исследует степень концентрации и устойчивости внимания. Для определения скорости переключения и распределения внимания используется модификация таблиц Шульте, предложенная Ф. Д. Горбовым [Горбов, 1964].

Универсальные методики могут применяться для решения задач различного типа, например методика Векслера наиболее широко используется для измерения уровня интеллектуального развития, но отдельные субтесты могут применяться

в качестве диагностического обучающего эксперимента, например субтест «кубики Кооса» или субтест «шифровка» могут быть полезны для изучения степени усвоения зрительно-двигательных навыков, а субтест «повторение цифровых рядов» направлен на исследование оперативной памяти и внимания. Наряду с выделением этих двух больших классов методического инструментария существует несколько достаточно обоснованных классификаций [Общая психодиагностика, 1987].

Во-первых, различают диагностические методы, основанные на заданиях, предполагающих правильный ответ, это тесты интеллекта, тесты специальных способностей, диагностика некоторых личностных черт, и диагностические методы, относительно которых правильных ответов не существует, они состоят из заданий, которые характеризуются лишь частотой ответа, но ни его правильностью, это тест 16 факторов Р. Кэттелла.

Во-вторых, различают вербальные и невербальные психодиагностические методики. Вербальные методики опосредованы речевой активностью обследуемого, например ассоциативный словесный тест или проективная методика тест-фильм Жилия. Невербальные методики включают речевую способность только в плане понимания инструкций, само же выполнение заданий опирается на невербальные способности — перцептивные, моторные, интеллектуальные (например, тест исследования интеллекта Гарднера или методика исследования уровня умственного развития — прогрессивные матрицы Равена, связанная с дифференциацией и идентификацией основных элементов структуры и раскрытием связей между ними).

В-третьих, отличительным критерием служит характеристика того основного методического принципа, на котором базируется данный диагностический прием. По этому основанию обычно различают:

1. Объективные тесты.
2. Стандартизированные самоотчеты.
3. Проективные техники.
4. Диалогические техники.

Объективные тесты. Это методики, в которых предполагается правильное выполнение задания. Важным этапом является подбор контрольных задач, связанных с планируемой для данного теста **валидностью и надежностью.**

Надежность теста - это независимость его результатов от действия всевозможных случайных факторов (таких, как условия тестирования, личности экспериментатора и испытуемого, наличие предыдущего опыта тестирования и т. д.). Валидность - это соответствие теста измеряемому психическому свойству или процессу. По характеру объективные тесты, как правило, представляют собой типичные **психометрические тесты**, имеющие весьма жесткую регламентацию процедуры обследования, обработки и интерпретации данных. Для группового применения могут быть приспособлены и отдельные объективные аппаратные тесты, особенно при условии введения в диагностическую систему компьютерной обработки информации. Под эту категорию подпадает большинство тестов на интеллект, специальные способности, а также тесты достижений. Сюда можно отнести тест интеллектуального развития Векслера, тест Выготского—Сахарова для исследования мышления и способности формирования понятий и др.

Каждый из этих тестов обрабатывается по ключу, заданному в форме объективного социокультурного норматива, т.е. имеются объективно «правильные» и «неправильные» ответы. Для правильной интерпретации количественных показателей, особенно в случае сравнительных психодиагностических исследований, имеют значение сведения об ошибке измерения, отражающие точность индивидуального результата, сведения о надежности и валидности этих методик. Эти тесты в большинстве случаев отличаются высокой корреляцией с результатами других достаточно хорошо известных тестов интеллекта.

Стандартизированные самоотчеты. В самоотчетах используются вербальные способности испытуемого, а также обращение к его мышлению, воображению, памяти. Примером может быть личностный опросник самоотношения, предложенный В. В. Сталиным (1985). Они включают:

- тесты-опросники;
- открытые опросники, предполагающие последующий контент-анализ;
- шкальные техники, построенные по типу семантического дифференциала Ч. Осгуда, и методики классификации;
- индивидуально-ориентированные техники типа ролевых репертуарных решеток.

Тесты-опросники предполагают выбор пунктов, относительно которых испытуемый выносит суждения либо утверждения, с которыми он может согласиться либо не согласиться. Ответы даются либо в свободной форме (опросники открытого типа), либо выбираются из вариантов, предлагаемых в опроснике (опросники закрытого типа).

Различают **опросники-анкеты** и **личностные опросники**. **Опросники-анкеты** предполагают возможность получения информации об обследуемом, не отражающей непосредственно его личностные особенности. Таковыми являются биографические опросники, в ряде случаев — опросники интересов и опросники установок.

Среди опросников-анкет выделяются биографические опросники, в которых наиболее типичные вопросы относятся к уровню и характеру образования, специальным навыкам и др. По мнению А. Анастаси (1982), такие опросники оказались валидными для предсказания результатов деятельности в разных сферах. В психодиагностике они облегчают получение необходимой информации для достоверной интерпретации показателей тестов, используемых в психодиагностическом обследовании.

Опросники интересов, так же как и опросники установок, предназначены для измерения интересов и в зависимости от степени насыщенности личностными показателями могут быть отнесены как к опросникам личностным, так и к опросникам-анкетам.

Проективные техники. Они основаны на том, что недостаточно структурированный материал, выступающий в качестве стимула, при соответствующей организации всего эксперимента в целом порождает процессы фантазии, воображения, в которых раскрываются те или иные характеристики субъекта. Наиболее существенным признаком проективных методик является использование в них неопределённых, неоднозначных, слабоструктурированных стимулов, которые испытуемый должен конструировать, развивать, дополнять, интерпретировать.

Диалогические техники. Они могут быть вербальными (интервью, беседа) и невербальными (игра как невербальная диагностическая процедура). В диалоге психолог, вступая в доверительный контакт с испытуемым, достигает наилучших диагностических результатов за счёт специфических особенностей этого контакта, выступая одновременно в роли консультанта и психотерапевта.

Особенности организации психодиагностического процесса в клинической и экспертной практике.

Построение экспериментально-психологического обследования в клинике отличается многообразием, большим количеством применяемых методик.

Это необходимо, так как процесс распада психики проходит неоднозначно, практически не бывает, чтобы у больного был нарушен только один психический процесс. Разнообразие применяемых методик позволяет выявить многообразие нарушений и понять их соотношение. Кроме того, так как в эксперименте с больным ход опыта может меняться, при интерпретации результатов обязательно сопоставление данных, полученных разными методиками.

Программа исследования больного в клинике не может быть стандартной, так как она зависит от клинической задачи и особенностей больного. Например, при дифференциальной диагностике шизофрении от сходных состояний основное внимание обращается на изучение расстройств мышления. Для обследования при этом выбираются методики «Классификация предметов», «Пиктограмма» и т. п. При изучении больного с последствиями черепно-мозговой травмы особое внимание следует уделить умственной работоспособности, памяти, выявлению нарушений праксиса, письма, счета, поэтому выбор методик будет другим.

Особенно внимательно надо отнестись к подбору методик для патопсихологического обследования ребенка. В этом случае выбор определяется возрастом ребенка, уровнем его интеллектуального развития, наличием или отсутствием речевых, двигательных или сенсорных нарушений.

Основные экспериментально-психологические методики описаны С. Я. Рубинштейн в ее работе «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике» (1970). Среди них особую популярность получили такие методики, как «Кубики Кооса», «Исключение предметов», «Последовательность событий», «Опосредованное запоминание по Леонтьеву», «Пиктограмма» и др. Многие методики имеют модификации для разных возрастных групп, некоторые из них адаптированы для лиц с нарушениями анализаторов.

Следует учитывать, что с помощью каждой из экспериментальных методик может быть получен материал, позволяющий судить о различных особенностях психики. Например, с помощью «Пиктограммы» можно исследовать память, абстрактное мышление, личностные особенности.

При решении задач **судебной и воинской экспертизы** в обследование желательно включить тесты интеллекта для объективизации данных, полученных с помощью экспериментально-психологических методик,

а также методики обследования личности для более углубленного изучения системы личностных отношений. Большую помощь при решении задач реабилитации лиц, утративших трудоспособность, и при разработке системы психокоррекционных мероприятий могут оказать данные обследования с помощью личностных опросников и проективных методов.

В отличие от экспериментально-психологических методик тесты и многие личностные опросники существуют в компьютерных вариантах, что облегчает труд психолога при обработке данных. Поэтому на современном этапе продуктивно сочетание экспериментально-психологических и стандартизированных методик в рамках одного обследования. Удельный вес тех или других зависит от задач исследования и некоторых иных факторов.

В клинической практике при обследовании и детей, и взрослых широкое распространение получил тест Векслера, позволяющий оценивать интеллект человека с помощью количественного показателя - коэффициента интеллектуального развития. Достаточно широко в практику патопсихологии вошли такие тесты, как «Прогрессивные матрицы Ра-вена», тест структуры интеллекта Амтхауэра.

Тест «Прогрессивные матрицы Равена» был предложен Л. Пенроузом и Дж. Равеном в 1936 г. В ходе работы испытуемый должен был выявлять отношения между абстрактными фигурами. Распространены два варианта теста - черно-белый и цветной; черно-белый предназначен для обследования испытуемых 8-14 и 20-65 лет, цветной - 5-11 лет. В черно-белом варианте испытуемый последовательно работает с 60 узорами или композициями, в которых отсутствует часть узора или один из элементов; необходимо из предложенных вариантов отобрать отсутствующую деталь. Эти 60 заданий сгруппированы по 5 серий. В первой нужно найти недостающую часть изображения, в следующей - аналогии между парами фигур, в третьей - уловить принцип развития, изменения фигур, в четвертой - понять принцип перестановки фигур, в пятой - закономерности взаимоотношений и взаимодействий между фигурами по горизонтали и вертикали. Внутри каждой серии сложность заданий возрастает. Более легкий цветной вариант содержит 3 серии заданий.

Тест структуры интеллекта Амтхауэра используется также в различных редакциях: первая предложена Р. Амтхауэром в 1953 г., последняя - в 1973-м. Данный тест содержит 8 субтестов:

- 1) логического отбора (закончить предложение одним из приведенных слов);
- 2) определения общих черт (найти лишнее из 5 слов, где 4 объединены общей связью);

- 3) аналогии (предлагается пара слов и третье слово; нужно найти слово, так относящееся к третьему, как второе - к первому);
- 4) классификации (обозначить два слова общим понятием);
- 5) задания на счет (решение арифметических задач);
- 6) рядов чисел (установить закономерности и продолжить числовые ряды);
- 7) выбора фигур (предъявляются изображения частей фигуры; из предложенных фигур нужно найти ту, которую можно сложить из этих частей);
- 8) заданий с кубиками (предъявляется изображение куба с разнообразно окрашенными сторонами; предлагается найти аналогичный куб среди предъявленных изображений с учетом того, что он мог изменить свое положение).

Личностные опросники, как это явствует из названия, предназначены для измерения личностных особенностей. Среди них выделяют несколько групп. Наиболее распространены типологические опросники, которые разрабатываются на основе определения типов личности (ряд теорий личности предполагает такую возможность) и позволяют отнести обследуемых к тому или иному типу, отличающемуся качественно своеобразными проявлениями. К типологическим относятся, например, **опросники Г. Ю. Айзенка**, определяющие тип личности в зависимости от выраженности двух независимых факторов - экстраверсии и эмоциональной нестабильности (нейротизм). В различных вариантах опросника обследуемым предъявляется опросный лист с набором вопросов, на которые предлагают ответить «да» или «нет» (иногда допускается ответ «не знаю», но не во всех вариантах опросника). Часть вопросов направлена на диагностику экстраверсии, часть - нейротизма.

Другим известным опросником, также часто относимым к типологическим, является **Миннесотский многоаспектный личностный опросник**, часто называемый по аббревиатуре его англоязычного названия - **ММРІ**. В основном варианте он состоит из 550 утверждений, соответствующих IQ, диагностическим шкалам и трем контрольным. Опросник создавался на клиническом материале и применяется в различных областях психодиагностики. Обследование на основании ММРІ завершается построением «профиля личности». Основным интересом при интерпретации представляют не показатели по отдельным шкалам, а их соотношение; по типу профиля делаются основные выводы об особенностях личности.

Впрочем, в практике в качестве самостоятельных опросников используются и отдельные вопросы, соответствующие основным и дополнительным шкалам ММРІ, например шкала проявлений тревожности Дж. Тейлор.

От типологических опросников отличают **опросники черт личности**, измеряющие выраженность черт - устойчивых личностных признаков. Одним из наиболее распространенных является **16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла** (впервые опубликован в 1950 г.). Под фактором понимается глубинная личностная характеристика, определяющая группу устойчивых поведенческих проявлений, и относительно независимая от других характеристик того же порядка. Факторы в системе Кеттелла имеют «технические» и «бытовые» названия; в качестве примеров приведем несколько бытовых: «высокий интеллект - низкий интеллект», «совестливость - недобросовестность», «смелость - робость». Каждая пара обозначает один фактор через обозначения «плюсов».

При психологическом изучении личности подростков и юношей (14-18 лет) широко применяется **патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО)**, разработанный под руководством А. Е. Лиуко. Этот опросник предназначен для определения типов характера при конституциональных и органических психопатиях, патологических развитиях личности, при акцентуациях характера. Пользуясь описаниями известных психиатров, авторы опросника составили наборы фраз, отражающих отношения представителей разных типов психопатий и акцентуаций к ряду жизненных проблем, актуальных для подросткового возраста. Принцип отношений был заимствован из психологии отношений (В. Н. Мясищев).

В клинической практике широко используются проективные методики (техники). Наибольшее распространение получили тест фрустрационной толерантности Розенцвейга, тест тематической апперцепции (ТАТ), тест Роршаха, тест цветовых предпочтений Люшера. На основании ряда формальных показателей, присущих этим методикам, выделяются следующие признаки:

- относительная свобода в выборе ответа и тактики поведения испытуемого;
- отсутствие каких-либо внешних показателей оценочного отношения к испытуемому со стороны экспериментатора;
- общая оценка взаимоотношения личности с ее социальным окружением, - обобщенная оценка ряда личностных свойств, а не измерение какой-либо отдельной психической функции.

Тест Розенцвейга - проективная методика исследования личности. В качестве стимульного материала используются 24 рисунка, на которых изображены лица, находящиеся во фрустрационной ситуации. Персонаж, изображенный слева, произносит слова, которыми описывается фрустрация - собственная или другого индивида. Над персонажем справа имеется пустой квадрат, в который обследуемый должен вписать первые пришедшие на ум ответы. Черты и мимика персонажей в рисунках отсутствуют. Ситуации, изображенные на рисунках, могут быть разделены на две группы:

- 1) ситуации-препятствия;
- 2) ситуации-общения.

Оценка полученных ответов осуществляется по направлению реакции и ее типу. По направлению реакции подразделяются:

экстрапунитивные — направлены на окружение, осуждается внешняя причина фрустрации и подчеркивается ее степень, иногда разрешения ситуации требуют от другого лица;

интропунитивные - направлены на самого себя с принятием вины или ответственности за исправление возникшей ситуации, фрустрирующая ситуация не подлежит осуждению;

импунитивные - отсутствуют обвинения.

По определенной программе выделяются скрытые мотивы поведения.

Существует детский вариант этого теста - тест детской апперцепции, в котором персонажами являются дети или дети во взаимодействии со взрослыми, в некоторых модификациях животные. В этом случае ответы могут даваться устно.

Тест Роршаха - одна из самых популярных проективных методик. Стимульный материал теста состоит из 10 стандартных таблиц с черно-белыми, цветными, симметричными, слабоструктурированными изображениями (так называемые «пятна» Роршаха). Обследуемому предлагается ответить на вопрос: «Что изображено на рисунке, на что это похоже?» Производится дословная запись всех высказываний испытуемого с учетом контекста (предъявляемого рисунка, сопутствующего элемента поведения и т.п.). Полученные ответы формализуются с помощью специально разработанной системы символов по категориям:

-локализация (в ответе фигурирует все изображение или отдельные его части);

-детерминанты (учет доминирующей в описании формы изображения, цвета, формы совместно с цветом и т. д.);

-уровень формы (оценка того, насколько адекватно форма изображения отражена в ответе);

-содержание (ответы касаются людей, животных, неодушевленных предметов и т. д.);

-оригинальность - популярность.

Помимо диагностики общей направленности личности («тип переживания») тест позволяет получить данные о степени реалистичности восприятия действительности, эмоциональном отношении к окружающему миру, тенденции к беспокойству, тревожности.

Тест тематической апперцепции, сокращенно ТАТ - по первым буквам его англоязычного названия. Наряду с тестом Роршаха считается одним из наиболее авторитетных и распространенных.

Материал теста - таблицы с картинками, изображающими неопределенные ситуации, допускающие различное понимание и толкование.

Вместе с тем каждый рисунок предполагает актуализацию переживаний определенного типа и отношений к определенным ситуациям. Испытуемым по каждой картинке (всего их 30 и одна пустая таблица, на которой можно изобразить любую картинку; в обследовании, как правило, предъявляются 20) предлагается составить рассказ, в котором описывались бы события, приведшие к этой ситуации, происходящее в настоящее время (мысли, чувства, отношения персонажей) и завершение истории. Осуществляется дословная запись рассказа, фиксируются время, паузы, особенности поведения, интонирования, мимики и др.

При анализе выясняется, с каким «героем» соотносит себя обследуемый, определяются его важнейшие характеристики, среди которых ведущее место занимают потребности, особенности влияния среды на «героя» (так называемые прессы и давления) и соотношение потребностей и прессов; в итоге создается представление об особенностях потребностной сферы, внутренних и внешних конфликтах, способах защиты и др.

Тест цветовых предпочтений Люшера в классическом варианте представлен в двух основных формах: полный (73 цветные таблицы) и краткий, использующий 8 цветов. Первый вариант достаточно сложный в проведении и интерпретации и применяется, как правило, в тех ситуациях, когда требуется углубленное обследование, а другие методы недостаточно адекватны. Второй вариант менее трудоемкий, легко обрабатываются результаты обследования и проста процедура интерпретации.

Восьмицветовой набор включает в себя 4 основных цвета и 4 дополнительных. Четыре основных цвета (синий, зеленый, красный, желтый) играют особую роль, и каждый из них имеет свое значение, выражает одну из основных потребностей.

Обследование протекает следующим образом: испытуемому предлагается выбрать из предложенных восьми цветов наиболее предпочитаемый (тот, который ему больше всех нравится), при этом стараться не ассоциировать эти цвета с какими-либо предметами. После первого выбора предлагается повторить процедуру - выбрать наиболее предпочитаемый из оставшихся семи цветов, шести, пяти и т.д. Через 1-2 мин процедуру следует повторить, предварительно изменив в случайном порядке расположение цветов. При этом необходимо обратить внимание обследуемого на то, что опрос направлен не на изучение его памяти и он может выбрать те цвета, которые ему нравятся в данный момент.

После первого и второго опросов психолог производит интерпретацию результатов обследования. По результатам тестирования можно установить основной способ действия, цель, к которой стремится испытуемый, незадействованные особенности личности, подавленные потребности, актуальные проблемы и ряд других показателей, характеризующих личность испытуемого.

Заключение

Настоящее методическое пособие должно способствовать формированию базовых знаний в области клинической психологии. При его разработке использовались современные образцы учебной и научной литературы по клинической психологии и смежным дисциплинам, вышедшим за последние 2-3 года.

К сожалению, в силу ряда причин в настоящее учебное пособие не вошли некоторые актуальные разделы современной клинической психологии, в частности психология отклоняющегося поведения. Мы планируем в ближайшее время подготовить отдельное учебно-методическое пособие для студентов по этому разделу клинической психологии.

Усвоение содержания, отражённого в пособии, позволит студенту-психологу сформировать представление о :

- принципах организации психической деятельности;
- роли личностного фактора в генезе психических аномалий и патологий;
- роли сознания и бессознательного в феноменологии психических состояний;
- основных критериях выделения специфического и неспецифического подхода в психосоматике;
- внутренней картине болезни (ВКБ), как сложном психосоматическом феномене;
- мозговой организации психической деятельности в норме и аномалии;
- закономерностях нарушения развития психической деятельности;
- закономерностях функционирования психической деятельности в условиях протекания психической и соматической патологии;
- закономерностях функционирования психической деятельности в экстремальной и стрессогенной ситуации;
- принципах оказания психологической помощи в различных ситуациях.

Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М., Геррус, 2000
2. Анастаси А. Психологическое тестирование. Том 1, глава 9-10, М., Педагогика, 1982
3. Антология современного психоанализа. М., Институт психологии РАН, 2000
4. Батаршев А.В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения. – М., 2004.
5. Бауэр Т. Психическое развитие младенца. М., 1979.
6. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ). Руководство, опросники и ключи. М., 1996.
7. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. Л., 1992.
8. Бизюк А.П. Основы нейропсихологии. – СПб., 2005.
9. Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988.
10. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. М., 1956.
11. Запорожец А.В. Избранные психологические труды. Т.1,2. М., Педагогика, 1986.
12. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. Л., 1988
13. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1986.
14. Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения). – М., 2003.
15. Детская и подростковая психиатрия и медицинская психология / под ред. Ю.С.Шевченко и А.Л.Венгера – М., 2006.
16. Кисова В.В., Конева И.А. Практикум по специальной психологии. – СПб, 2006.
17. Киппер Д. Клинические ролевые игры и психодрама. ТОО «Класс», 1986

- 18.Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. – М., 2010.
- 19.Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М., МГУ, 1985
- 20.Личко А. Психопатии и акцентуации характера у детей и подростков. Л., 1983

- 21.Лурия А.Р. Основы нейропсихологии М., 1973
- 22.Маховер К. Проективный рисунок человека. М., 1996
- 23.Менделевич В.Д., Соловьёва С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М., 2002.
- 24.Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л., ЛГУ, 1960.
- 25.Общая психодиагностика. М., 1989
- 26.Патопсихология.Психоаналитический подход:Теория и клиника:Учеб.пособие для студ. / Под ред. Ж.Бержере – М., 2008.
- 27.Пезешкиан Н. Позитивная психотерапия. М., 1992
- 28.Перлз Ф. Гештальт-подход и свидетель психотерапии. М., Либрис, 1996
- 29.Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов н/ Д, 2003.
- 30.Роджерс К.С. Клиентоцентрированная терапия. Ваклер, 1997
- 31.Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы. Теория и практика. М., 1990
- 32.Сандберг Н., Уайнбергер А., Таплин Дж. Клиническая психология.- СПб: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005.- 384 с.
- 33.Сирота Н.А. и соавт. Наркомания: программа профилактики среди детей, подростков, молодёжи. // НИИ Наркологии, МЗ РФ, М., 1998
- 34.Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. М., МГУ, 1980
- 35.Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. М., 1999
- 36.Телесность человека: междисциплинарные исследования. / под ред. В.В. Николаевой, П.Д. Тищенко. М.,1993
- 37.Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1990.
- 38.Фрейд З. Введение в психоанализ. М., 1989.
- 39.Фрейд А. Эго и механизмы защиты. // Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. Том 1. М., Эксмо-Пресс, 1999
- 40.Хомская Е.Д. Нейропсихология, 3-е изд. СПб.: Питер, 2003.
- 41.Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М., Прогресс 2000.

42. Хрестоматия по телесноориентированной психотерапии и психотехнике. М., Смысл, 2000

Дополнительная литература:

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб, Речь
2. Бассин Ф.В. Проблема бессознательного. М., Медицина, 1968
3. Блейхер В.М., Круг И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология. – М., 2002.
4. Запорожец А.В. Избранные психологические труды. Т.1,2. М., Педагогика, 1986.
5. Захаров А.И. Психотерапия неврозов детей и подростков. Л., 1982.
6. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. М., МГУ, 1971
7. Зейгарник Б.В. Патология мышления. М., МГУ, 1962
8. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология Л., 1982
9. Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1990.
10. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М., 1985
11. Корсакова М.К. Московичуте Л.И. Клиническая нейропсихология М., МГУ, 1988
12. Куттер П. Современный психоанализ. СПб, Б.С.К., 1997
13. Леонтьев Д.А. Тематический Апперцептивный Тест. Практикум по психодиагностике. Конкретные психодиагностические методики. М., 1989
14. Николаева В.Л. Влияние хронической болезни на психику М., МГУ, 1987
15. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – СПб., 2002.
16. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. СПб, 1998
17. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М., 1979
18. Соколова Е.Т., Николаева В.Л. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях М., 1995
19. Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов. М., 1988

- 20.Фрейд А. Эго и механизмы защиты. // Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. Том 1. М., Эксмо-Пресс, 1999
- 21.Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. М., Просвещение, 1989
- 22.Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. М., 1985
- 23.Фромм Э. Душа человека. М., Республика, 1992