

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования «Витебский государственный
университет имени П.М. Машерова»
Кафедра психологии

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Курс лекций

*Витебск
ВГУ имени П.М. Машерова
2024*

УДК 159.9:61(075.8)

ББК 88.7я73

М42

Печатается по решению научно-методического совета учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». Протокол № 6 от 25.06.2024.

Составители: доцент кафедры психологии ВГУ имени П.М. Машерова, кандидат биологических наук, доцент **Т.Ю. Крестьянинова**; преподаватель кафедры психологии ВГУ имени П.М. Машерова, кандидат психологических наук **М.М. Морожанова**

Р е ц е н з е н т :

профессор кафедры теории и методики физической культуры и спортивной медицины ВГУ имени П.М. Машерова, доктор медицинских наук, профессор *Э.С. Питкевич*

Медицинская психология : курс лекций / сост.: Т.Ю. Крестьянинова, М.М. Морожанова. – Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2024. – 156 с.

ISBN 978-985-30-0181-5.

Данное учебное издание предназначено для студентов дневной и заочной форм получения образования специальностей 6-05-0313-01 Психология, 6-05-0921-01 Социальная работа. В нем содержатся таблицы, графический материал, облегчающий и улучшающий качество подготовки специалистов.

УДК 159.9:61(075.8)

ББК 88.7я73

ISBN 978-985-30-0181-5

© ВГУ имени П.М. Машерова, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
Тема 1. Предмет, задачи и методы исследования в медицинской психологии	5
Тема 2. Виды психологической помощи	9
Тема 3. Психическое здоровье и психическая болезнь	13
Тема 4. Основные теоретические подходы в медицинской психологии	16
Тема 5. Общие вопросы патопсихологии	22
Тема 6. Патопсихологическая характеристика органических поражений мозга	27
Тема 7. Патопсихологическая характеристика тревожных расстройств	31
Тема 8. Патопсихологическая характеристика диссоциативных расстройств	36
Тема 9. Патопсихологическая характеристика расстройств настроения	42
Тема 10. Патопсихологическая характеристика расстройств личности	45
Тема 11. Патопсихологическая характеристика шизофрении	50
Тема 12. Патопсихологическая характеристика зависимости от психоактивных веществ	55
Тема 13. Нарушение психического развития	60
Тема 14. Кризисное вмешательство	71
Тема 15. Психосоматические расстройства	76
Тема 16. Возрастные особенности соматических больных	86
Тема 17. Нейропсихология	94
Тема 18. Отдельные вопросы нейропсихологии высших психических функций	105
Тема 19. Психологическая экспертиза	121
Тема 20. Психологическая реабилитация	135
Тема 21. Психология взаимоотношений «врач–больной»	149
ЛИТЕРАТУРА	154

ВВЕДЕНИЕ

Медицинская психология – отрасль психологической науки, направленная на решение теоретических и практических задач, связанных с психопрофилактикой заболеваний, диагностикой болезней и патологических состояний, а также на решение вопросов, связанных с психокоррекционными формами влияния на процесс выздоровления, решение различных экспертных вопросов, социальной и трудовой реабилитации больных людей. Целью освоения учебной дисциплины «Медицинская психология» является раскрытие возможности применения психологических знаний к вопросам возникновения, диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

Задачи учебной дисциплины: определить предмет, задачи и методы исследования в медицинской психологии; познакомить обучающихся с этическими и правовыми нормами в работе медицинского психолога, рассмотреть современные психологические подходы к психическим и соматическим расстройствам, кризисным состояниям и нарушениям развития, обучить студентов навыкам проведения психодиагностических исследований в условиях клиники и синдромному анализу получения данных, выработать у обучающихся базовые навыки оказания психологической помощи.

В результате освоения учебной дисциплины обучающийся должен знать: основные теоретические подходы в медицинской психологии, объясняющие возникновение и динамику течения заболеваний; базовые подходы к определению нормы и патологии; специфику и методы патопсихологической диагностики; ключевые направления и методы психологической помощи; особенности нарушения личности и психических процессов при различных заболеваниях. Уметь: ориентироваться в основных теоретических парадигмах современной медицинской психологии; проводить патопсихологическую диагностику и составлять заключения по данным патопсихологического исследования; оказывать психологическую помощь. Владеть: психологическими методами в целях профилактики заболеваний; различными методами проведения психологической реабилитации больных.

Курс лекций предназначен для студентов дневной и заочной форм получения образования специальностей 6-05-0313-01 Психология, 6-05-0921-01 Социальная работа. Он содержит таблицы, графический материал, облегчающий и улучшающий качество подготовки специалистов. Издание может быть полезно практикующим психологам и специалистам по социальной работе, преподавателям.

Тема 1. Предмет, задачи и методы исследования в медицинской психологии

План:

1. Различные подходы к определению предмета медицинская психология.
2. Структура медицинской психологии.
3. Практическая работа медицинского психолога.
4. Основные методы исследования в медицинской психологии.

1. Различные подходы к определению предмета медицинская психология

Определение предмета медицинской психологии вызывает определенные трудности. Ключевым здесь является вопрос об отнесении медицинской психологии к области психологической или медицинской науки: одни авторы относят ее к области медицины, другие – к области психологии. Рассмотрим содержание предмета с разных аспектов.

Психологическая наука	Медицинская наука	Междисциплинарный аспект
Медицинская психология изучает не болезни сами по себе, а их влияние на личность, трудоспособность, семью, психологическое благополучие больного. При этом здоровье и болезнь рассматриваются как психосоциальные явления	В медицинской психологии пациент рассматривается преимущественно как носитель определенного заболевания, а не как личность, поскольку основной целью данной дисциплины является изучение и лечение болезней. Медицинская психология изучает проблемы пациента и его взаимоотношений с врачом, а также способы психологической профилактики заболеваний, влияние психики на болезнь и влияние болезни на психику. Большинство представителей медицинской науки под медицинской психологией понимают не самостоятельную область науки, а совокупность психологических знаний, которые могут быть полезны для практикующих врачей	Медицинская психология решает проблемы медицины психологическими средствами. В центре ее – личность пациента, а не организм больного. В соответствии с проблемами, которые решает медицинская психология, она является медицинской наукой, а в соответствии с теоретическими предпосылками и методами исследования должна быть отнесена к психологии. Базовыми дисциплинами для медицинской психологии являются: социальная психология, психология труда, социология, психиатрия и общая психология

Клиническая психология
Целостная научная и практическая психологическая дисциплина, предмет которой: анализ психологических факторов в контексте того или иного заболевания. Базовыми дисциплинами для клинической психологии выступают психиатрия и общая психология

Нет согласия и в вопросе о том, какова степень теоретического обобщения, достигаемая в медицинской психологии. Одни говорят, что это – прикладная наука, другие выделяют в ней прикладной и теоретический компоненты (Ю.Ф. Поляков): в первом случае она является психологической наукой, изучающей закономерности изменения и восстановления психической деятельности при различных заболеваниях и аномалиях развития, а также закономерности влияния психологических факторов на состояние здоровья; во втором случае – это область профессиональной деятельности психолога в целях охраны и укрепления здоровья населения.

Следуя Ю.Г. Фроловой, мы определим **медицинскую психологию** как область психологической науки, изучающей психологические факторы, связанные с возникновением, диагностикой, лечением и профилактикой болезней.

2. Структура медицинской психологии

Основными разделами медицинской психологии являются «Клиническая психология», «Психология медицинской среды» и «Психология больного». Самым крупным по содержанию разделом является «Клиническая психология». Внутри раздела «Клиническая психология» выделяют несколько подразделов.

Клиническая психология изучает закономерности нарушения и восстановления личности и психических процессов при психических расстройствах, аномалиях развития и повреждениях головного мозга	Патопсихология – изучает нарушения личности и психической деятельности при различных заболеваниях и нарушениях поведения (патологические привычки, суицидальное поведение и пр.), исходя из закономерностей развития и структуры психики в норме, а также психологические факторы, связанные с возникновением данных расстройств
	Клиническая нейропсихология – изучает закономерности нарушения и восстановления психических функций при различных поражениях головного мозга
	Психосоматика – изучает роль психологических факторов в развитии соматических заболеваний
	Теория и практика психологической помощи – в теоретическом аспекте – изучает психологические факторы развития заболеваний и нарушений поведения с целью разработки методов психологического воздействия, в практическом аспекте – применение различных методов психологической помощи в сфере здравоохранения

Психология медицинской среды	Исследует психологические факторы, влияющие на профессиональную деятельность медицинских работников (психологические аспекты постановки диагноза, взаимодействия врача и пациента и др.). Этот раздел тесно связан с такими научными дисциплинами, как социология медицины, социальная психология, организационная психология, психология труда, этика
Психология больного	Изучает проблемы самосознания и саморегуляции поведения в ситуации болезни, субъективные представления о болезни, способы реакции на стресс, связанный с возникновением симптомов и их лечением. Исследования психологии больного опираются на концепции, разработанные в психологии личности, общей психологии (психология познавательных процессов, психология эмоций и мотивации и др.), социальной психологии

Термины «клиническая» (от греч. *kline* – больничная койка, постель) и «медицинская психология» близки по смыслу и содержанию. Многие специалисты предпочитают понятие «клиническая психология», так как оно подчеркивает значение психологических факторов в клинике различных заболеваний и обеспечении помощи больному. Клиническая психология, не подменяя собой психиатрию, тем не менее тесно связана с ней, прежде всего с такими разделами, как пограничные психические расстройства и общая психопатология. При этом, несмотря на обширную зону общих интересов и взаимосвязь клинической психологии и психиатрии, у каждой дисциплины имеются свои задачи, методы исследования, в какой-то мере – свои понятия и терминология.

3. Практическая работа медицинского психолога

Практическая работа медицинского психолога может иметь следующие направления:

- психодиагностика, в том числе судебно-психологическая экспертиза и экспертиза трудоспособности;
- психологическая помощь больным, их родственникам, а также людям с психологическими проблемами;
- консультирование медицинского персонала в целях повышения эффективности профессиональной деятельности и коммуникации с больными, предотвращения врачебных ошибок;
- психологическое просвещение, обучение методам саморегуляции и профилактики заболеваний.

Медицинские психологи работают в психиатрических клиниках, в психологических консультациях, в службах экстренной психологической помощи, в центрах здоровья, в реабилитационных центрах, в Государственной службе медицинских судебных экспертиз.

В медицинских учреждениях работа психолога регламентируется:

- Законом Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи», от 1 июля 2010 г. № 153-З;
- Законом Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. № 184-З «Об изменении Закона Республики Беларусь «Об оказании психологической помощи»»;
- Инструкцией о порядке и условиях применения методов и методик оказания психологической помощи (утверждена постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерством образования Республики Беларусь от 30 июля 2012 г. № 115/89).

В своей деятельности психологи должны руководствоваться этическими принципами, предписанными Законом о здравоохранении (конфиденциальность, добровольность оказания помощи, уважение к пациенту), а также нормами профессиональной этики.

4. Основные методы исследования в медицинской психологии

Исследование в медицинской психологии может проводиться с различными целями:

- для определения возможных психологических факторов в развитии заболевания;
- для оценки распространенности того или иного психического расстройства и выделения групп риска, для дифференцированного описания нарушений личности и психических процессов при различных заболеваниях, для оценки эффективности психологической помощи.

Медицинская психология использует классификацию методов исследования (*У. Бауманн, М. Перре*), в основе которой лежат различные критерии.

Критерии	Методы исследования
Число сборов информации для определения методов исследования	Лонгитюдные исследования (проспективные) Фиктивные долговременные исследования (когорты с разными временными параметрами) Ретроспективные исследования Срезовые исследования
Селекция выборки	Выборки из нормальной популяции с/без предварительной селекции Группы риска Клинические группы
Точность отображения феномена/обследования	Клинические исследования Опыт по аналогии
Число обследованных лиц	Изучение отдельных случаев Групповые исследования
Мера влияния исследователя	Лабораторные исследования Полевые исследования
Форма анализа исследования	Анализ взаимозависимости Анализ зависимости

На основании различий в дизайне исследования выделяют анализ единичных случаев (кейс-метод), корреляционное и экспериментальное исследования.

Анализ случаев	Корреляционное исследование	Экспериментальное исследование
Анализ случая позволяет оценить новую терапевтическую технику, выделить характеристики редкого психического расстройства, лучше понять проблему, возникшую в клинической практике. Медицинская история случая включает в себя 3 части: анамнез; описание динамики состояния больного и особенностей лечения; катамнез. Значимость кейс-метода оценивается по-разному в зависимости от ориентации на номотетический или идиографический подход к исследованию, т.е. на обобщение или индивидуализацию знания	Направлено на выявление взаимосвязи между различными переменными и требует значительного количества испытуемых. Оно позволяет определить особенности личности больных с различными психическими расстройствами, изучить факторы, predisposing к развитию заболевания	Манипулирование переменными и наблюдение эффектов, производимых этим воздействием на другие переменные. Типичной ошибкой при проведении медикопсихологических исследований является выбор в качестве единственной контрольной группы психически здоровых людей, что не дает основания для вынесения суждений о специфичности того или иного эффекта для конкретного заболевания. Так, если обнаружена статистически значимая связь между пессимистической оценкой будущего и уровнем депрессии, необходимо показать, что подобное явление нехарактерно или характерно лишь в незначительной степени для пациентов с другими психическими расстройствами. В противном случае исследователь демонстрирует и без того достаточно очевидное различие между больными и здоровыми людьми

Тема 2. Виды психологической помощи

План:

1. «Бригадная» модель оказания медицинской помощи. Роль психолога в медицинских учреждениях.
2. Виды психологической помощи.
3. Специфические черты психокоррекционного процесса.

1. «Бригадная» модель оказания медицинской помощи. Роль психолога в медицинском учреждении

Участники «бригадной модели» оказания медицинской помощи			
Лечащий врач	Психотерапевт	Психолог	Специалист по социальной работе

Следует отметить, что психолог в медицинском учреждении – это специалист, который может работать не только в клиниках, но и в учреждениях другого профиля: образования, социальной защиты и других учреждениях, в которых необходимо углубленное изучение личности человека и оказание ему психологической помощи.

Предметом деятельности психолога в медицинском учреждении можно считать психические процессы и состояния, индивидуальные и межличностные особенности, социально-психологические феномены, проявляющиеся в различных областях человеческой деятельности.

Цели деятельности медицинского психолога в медицинском учреждении, учреждении социальной защиты:			
1) повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека	2) гармонизация психического развития	3) охрана здоровья	4) профилактика и психологическая реабилитация

Виды деятельности клинического психолога	
Выполняет деятельность	Не выполняет деятельность
1) диагностическую; 2) экспертную; 3) коррекционную; 4) профилактическую; 5) реабилитационную; 6) консультативную; 7) научно-исследовательскую и др.	1) не ставит психиатрический диагноз; 2) не прописывает лекарственную терапию; 3) не обязательно является психоаналитиком или психотерапевтом

2. Виды психологической помощи

Виды психологической помощи	
Психотерапия	В узком понимании термина является системой комплексного лечебного вербального и невербального воздействия на эмоции, суждения, самосознание человека при различных заболеваниях (психических, нервных, психосоматических). В широком понимании рассматривается как процесс психологического упорядочения прошлого, настоящего и будущего, достижение гармонии с собой и миром в настоящем (В.В. Макаров, 1999). Основной своей задачей ставит купирование психопатологической симптоматики, посредством чего предполагается достижение внутренней и внешней гармонизации личности. Относится к сфере деятельности врача-психиатра и психотерапевта в силу того, что, с одной стороны, она ориентируется на симптомы и синдромы (т.е. болезненные проявления психической деятельности), а с другой, в связи с возможностью развития неблагоприятных последствий оказания психотерапевтической помощи. Для применения психотерапии обязательно учитываются показания и противопоказания

Психокоррекция	Занимает промежуточное положение между психотерапией и консультированием, поскольку косвенно может влиять на физическое состояние человека и провоцировать ухудшение здоровья. Следовательно, при проведении некоторых психокоррекционных мероприятий целесообразен медицинский или психиатрический контроль (В.Д. Менделевич, 1998). Термин «психокоррекция» используется в научной литературе для обозначения специфического вида деятельности психолога-практика. Нередко определение психокоррекции подменяется понятием психотерапии, указывая на тождественность терминов «психокоррекция» и «психологическое вмешательство». Термин «психологическое вмешательство» употребляется в зарубежной литературе как синоним психокоррекции. В общих чертах психокоррекцию определяют, как систему мероприятий, направленных на исправление психологических изъянов и поведения человека с помощью специальных средств психологического воздействия, поэтому психокоррекции должны быть подвергнуты недостатки, не имеющие органической основы, и не представляют устойчивых качеств, которые формируются довольно рано и в дальнейшем практически не меняются. Психокоррекция – это психоизменение устоявшихся характеристик субъекта, стабилизированных в процессе жизнедеятельности, имеет целью актуализацию внутреннего потенциала «Я» субъекта; анализ целостных явлений психики в единстве сознательного и бессознательного аспектов психики субъекта
Психологическое консультирование	Данная профессиональная деятельность возникла в ответ на потребности людей, которые, не имея клинических нарушений всё же искали психологическую помощь. Именно поэтому, специалисты по психологическому консультированию помогают прежде всего людям, испытывающим трудности в повседневной жизни, деятельности, общении и т.д. Противопоказаний для психологического консультирования практически нет. Цели психологического консультирования зависят от конкретной психологической школы. Обобщённо говоря, цель психологического консультирования – помочь клиенту в решении его проблемы. Осознать и изменить малоэффективные модели поведения для того, чтобы принимать важные решения, разрешать возникающие проблемы, достигать поставленных целей, жить в гармонии с собой и окружающим миром. По направленности цели психологического консультирования разделяют на цели, связанные с исправлением (коррекцией) и цели, связанные с обеспечением роста и развития, хотя такое разделение не всегда возможно произвести достаточно чётко. Реализация целей психологического консультирования в значительной степени детерминирована обоюдной активностью как консультанта, так и клиента. Можно говорить о том, что результат консультирования – их единое совместное творчество. Вместе с тем, способы отношения к данной цели у них могут различаться в силу того, что они занимают различные позиции в психологическом консультировании

3. Специфические черты психокоррекционного процесса

К специфическим чертам психокоррекционного процесса относятся:

1. Ориентировка на клинически здоровую личность людей, имеющих в повседневной жизни психологические трудности, проблемы, жалобы невротического характера, а также на людей, чувствующих себя хорошо, однако желающих изменить свою жизнь либо ставящих перед собой цель развития личности.

2. Ориентировка на здоровые стороны личности независимо от степени нарушения.

3. Ориентировка на настоящее и будущее клиентов.

4. Ориентировка на среднесрочную помощь.

5. В психокоррекции акцентируется ценностный вклад психолога, хотя отклоняется навязывание определенных ценностей клиенту.

6. Психокоррекционные воздействия направлены на изменение поведения и развитие личности клиента.

Различия между психотерапией и психологическим консультированием:

– В психотерапии делается акцент на изменении в личности, в то время как в психологическом консультировании на использовании имеющихся у клиентов ресурсов.

– В психологическом консультировании, как правило, большее, чем в психотерапии значение придаётся информированию и объяснению.

– Психотерапевты, как правило, имеют дело с более тяжёлыми расстройствами, более глубинными проблемами, а «психотерапия» является более медицинским термином, чем «консультирование».

Критерии, свидетельствующие о том, что цели психологического консультирования достигнуты:

– Удовлетворённость клиента. В частности, удовлетворённость не стоит понимать только таким образом, что клиенту должно стать лучше, чем было до консультации. Удовлетворённость клиента – один из критериев того, что помощь была оказана эффективно, однако многое определяется характером проблемы клиента.

– Принятие клиентом ответственности за происходящее с ним.

Виды психологического консультирования			
Семейное	Групповое	Профессиональное (карьерное)	Индивидуальное

Процессы	Этапы психологической консультации					
	Предварительный	Установление контакта	Выяснение запроса	Поиск решения	Работа с клиентами	Завершение работы
	Вовлечение в работу	Подстройка, настрой клиента на работу	Вовлечение в работу Перестройка из негативных эмоций Формулировка запроса	Вовлечение в работу Вывод из позиции жертвы Поиск решения	Создание ресурсного состояния Решение затруднений клиента	Вовлечение в работу Создание намерения

Тема 3. Психическое здоровье и психическая болезнь

План:

1. Понятие «психическое здоровье».
2. Критерии психического здоровья.
3. Психическое расстройство, подходы к классификации психических расстройств.
4. Категории психических расстройств.

1. Понятие «психическое здоровье»

Определение здоровья опирается на важные для любой культуры понятия идеала, гармонии, блага, оно является основой для понимания болезни.

Долгое время в медицине здоровье и болезнь рассматривались лишь с биологических позиций. Однако в последние десятилетия XX – начала XXI в. наблюдается постепенный переход к биопсихосоциальной модели, которая подчеркивает важную роль личности и других социально-психологических факторов в поддержании хорошего здоровья.

Определение, предложенное Всемирной организацией здравоохранения: «Здоровье – это состояние полного физического, психологического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни». Данная формулировка подчеркивает необходимость рассматривать человека не просто как биологический организм, но и как разумное социальное существо.

2. Критерии психического здоровья

М. Ягода указывает на шесть критериев психического здоровья:

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

Часто, когда речь идет о психическом здоровье, имеется в виду соответствие состояния человека определенным нормативным показателям. Обычно под нормой понимается либо какое-то признанное обязательным, узаконенное состояние, либо мера, средняя величина. А.В. Снедков считает, что для характеристики нормы используются в основном количественные показатели, а для описания здоровья – качественные.

Различные варианты подходов к определению психической нормы

Название критерия	Содержание критерия
Адаптационный	Способность приспосабливаться к изменяющимся условиям окружающей среды
Негативный	Отсутствие симптомов болезни
Позитивный	Наличие определенных способностей или качеств
Социальный	Соответствие поведения человека социальным требованиям
Статистический	В науке: определяется на основе формальных статистических критериев. В обыденном сознании: нечто широко распространенное, обычное
Субъективный	Норма определяется исходя из субъективной ситуации, потребностей и самочувствия человека
Релятивистский	Конкретного определения нормы не дается. Утверждается, что норма – это условное и изменчивое понятие, зависящее от культурного контекста
Функциональный	Способность успешно достигать поставленных целей, продуктивность деятельности

3. Психическое расстройство, подходы к классификации психических расстройств

Согласно определению Американской психиатрической ассоциации, под психическим расстройством понимается «клинически значимый поведенческий паттерн», который связан с имеющимся дистрессом или недееспособностью, значительным риском смертельного исхода, болью или утратой свободы. Этот симптом или паттерн не должен быть ожидаемой или культурно санкционированной реакцией на конкретное событие.

В Международной классификации болезней психическое расстройство описывается как клинически определенная группа симптомов, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию. Под симптомом при этом понимается клиническое проявление болезни, а под синдромом – система связанных в патогенезе симптомов.

В качестве синонима понятию «болезнь» используют понятие «патология». Вместе с тем следует учитывать, что континуум «норма – патология» характеризует лишь индивидуальную степень готовности к образованию синдрома. Превращение патологии в болезнь обуславливается действием целого ряда психологических, социальных и биологических факторов.

Первая классификация психических расстройств была предложена Эмилем Крепелином в 1883 г. Постепенно были сформированы основные требования к диагностическим системам. Они должны иметь высокую практическую ценность, отличаться теоретической обоснованностью, надежностью и валидностью. Степень надежности определяется частотой получения одинаковых результатов при повторном измерении одного и того же параметра. В отношении психических расстройств надежность означает, что точка зрения различных наблюдателей относительно наличия диагноза у какого-либо человека совпадает. Под валидностью понимается качество измерения того или иного параметра при использовании конкретного метода. Как правило, высокая валидность предполагает высокую надежность, но не наоборот.

Подходы к классификации психических расстройств

Категориальный подход	Соответствует подходу, принятому в других областях медицины. Предполагается: • что все виды человеческого поведения можно разделить на здоровые и патологические; • внутри обширной категории патологического поведения существуют отдельные непересекающиеся классы, каждый из которых характеризуется определенной клинической однородностью
Многомерный подход	Основан на предположении, что поведение человека необходимо рассматривать на основе нескольких различных параметров, а не одного. Утверждается, что люди отличаются друг от друга по степени выраженности этих параметров; возможно построить профиль определенных психологических проблем, однако навряд ли на основе такого подхода удастся отнести индивида к группе конкретных больных
Прототипический подход	Требует выделения прототипов психических расстройств, являющихся иерархическими комбинациями определенных симптомов, которые в большинстве случаев проявляются совместно

4. Категории психических расстройств

В Республике Беларусь используется Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10). ВОЗ в 2023 году приняла МКБ-11. МКБ-11 отличается подробностью кодировок деталей, таких как распространение рака или точное место и тип перелома. Новая версия также включает обновленные диагностические рекомендации по психическим заболеваниям и цифровую документацию справок о COVID-19. Обновленная версия имеет полностью электронный формат и может быть интегрирована в приложения и информационные системы здравоохранения.

Основные категории психических расстройств согласно МКБ-10

Шифр	Категория
F0	Органические расстройства
F1	Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ
F2	Шизофрения, шизотипическое и бредовое расстройство
F3	Расстройства настроения
F4	Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства
F5	Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (нервная анорексия, нервная булимия, расстройства сна, половые дисфункции, послеродовые расстройства, расстройства личности при физических заболеваниях, злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость)
F6	Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых
F7	Умственная отсталость
F8	Нарушения психологического развития
F9	Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в подростковом возрасте

Для выделения диагностических категорий используются различные критерии. Например, первая категория – органические расстройства – выделена по критерию причины, наличие заболевания мозга; четвертая – по основным клиническим проявлениям, а десятая – по возрасту, в котором впервые проявляется расстройство.

Психолог в процессе клинической диагностики в большей степени ориентируется на понятия нормы и патологии, нежели здоровья и болезни. Диагностика состояния болезни в свою очередь является задачей врача.

Тема 4. Основные теоретические подходы в медицинской психологии

План:

1. Биологический подход.
2. Психоаналитический подход.
3. Поведенческий подход.
4. Когнитивный подход.
5. Экзистенциальный и гуманистический подходы.
6. Критический подход.
7. Социальный подход.
8. Интегративный подход в медицинской психологии: биопсихосоциальная модель.

Оценивая теоретическое поле медицинской психологии, целесообразно говорить не столько о концепциях возникновения психических расстройств, сколько о дифференцированных психологических подходах,

к определению закономерностей, возникновения и развития заболеваний, каждый из которых основан на специфическом понимании болезней и методов их лечения.

Биологический подход	Теория стресса является современным вариантом биологического подхода, позволяющим учитывать психологические факторы в развитии болезней наряду с физиологическими. Стресс можно определить как целостную реакцию живого существа в ответ на какое-либо воздействие, превышающее адаптационные способности индивида. Стресс представляет собой процесс взаимодействия между индивидом и окружающей средой, который начинается с оценки и сопоставления собственных возможностей индивида и требований внешней ситуации. При несовпадении первых и вторых разворачивается синдром стресса. Влияние стресса на здоровье человека объясняется массивными физиологическими, психологическими и поведенческими перестройками. Оно может быть прямым и косвенным. Прямое обычно связано с вызванными стрессом физиологическими изменениями. Косвенное влияние осуществляется через изменение поведения. Среди биологических факторов уязвимости можно выделить: • биохимический дисбаланс нейротрансмиттеров и гормонов; • генетические аномалии, при этом между генами и средой существуют двусторонние отношения, а неблагоприятная наследственность заключается в совместном действии многих генов; • врожденная или приобретенная физическая патология, в том числе головного мозга; • депривация физиологических потребностей. К психологическим факторам уязвимости можно отнести недостаток опыта по преодолению стрессовых ситуаций, особенности личностной сферы и познавательных процессов, среди социальных факторов уязвимости важнейшими являются социальная поддержка и социоэкономический статус индивида
Психоаналитический подход	В психоанализе разделяют примитивные защитные механизмы и защитные механизмы высшего порядка. Примитивные защитные механизмы отличаются недостаточным учетом принципа реальности, они трансформируют все психическое пространство индивида, включающее когниции, эмоции, поведение, и действуют на границе между «Я» и внешним миром. Защитные механизмы высшего порядка действуют на внутренних границах «Я» и трансформируют не всю психическую сферу, а отдельные ее компоненты. При рассмотрении психоаналитического подхода нельзя не остановиться на ключевых терминах, которые используются для обозначения психических расстройств. Ранний психоанализ в основном концентрировался на исследовании неврозов. Невроз рассматривался как психогенное расстройство, символически выражающее бессознательный конфликт. В современном психоанализе принято выделять три уровня развития личности, каждый из которых определяет тяжесть психической патологии, возникающей в результате декомпенсации: невротический, пограничный и психотический.

	Необходимо разделять классический (ортодоксальный) психоанализ, эго-психологию, психологию объектных отношений, психологию самости или сэлф-психологию. Так, в ортодоксальном психоанализе патология объясняется фиксацией (задержка либидо на инфантильных целях и влечениях) на раннем этапе развития, на котором индивид был травмирован, в эго-психологии патология объясняется слабым, недифференцированным Эго, которое не может приспосабливаться к требованиям реальности, недостаточным разнообразием защитных механизмов. В сэлф-психологии речь идет о недостаточном удовлетворении потребности в нормальной идеализации и самоуважении. Таким образом, в психоанализе психическое расстройство понимается как результат нарушений в процессе индивидуального развития. Эти нарушения определяют уровень функционирования личности, степень ее уязвимости и особенности ее реагирования на неблагоприятные воздействия. 3. Фрейд полагал, что полезность и надежность психоаналитической теории определяются успехом ее применения в клинической практике, так как психоанализ – это наука о психологической помощи
Поведенческий подход	Ключевым для поведенческого подхода является понятие научения – процесса и результата приобретения индивидуального опыта. Выделяют три основных вида научения: классическое, оперантное и социальное. При классическом научении ранее нейтральный стимул приобретает способность вызывать биологически адаптивные реакции благодаря систематическому сочетанию с безусловным стимулом. При оперантном обусловливании индивид научается достигать желаемой цели через поведение. При социальном научении большую роль играют процессы подражания. Современные варианты поведенческого подхода уделяют большое внимание когнитивным переменным, связанным с тем или иным патологическим поведением. Особенно важными признаются понятия воспринимаемой самооффективности и воспринимаемого контроля. Альберт Бандура рассматривает самооффективность как важный фактор, воздействующий на поведение человека и его результаты посредством когнитивных, мотивационных, аффективных, селективных и физиологических процессов. Высокая воспринимаемая самооффективность изменяет мышление, способствуя увеличению количества самоодобряющих суждений. В формировании самооффективности особую роль играют четыре фактора: переживание собственных успехов в деятельности; пример других людей; социальное убеждение; переживание эмоциональных и физиологических состояний, связанных с осуществлением каких-либо действий. Перед началом поведенческой психотерапии проводится функциональный анализ, направленный на описание жалобы пациента в виде психологической проблемы и выявление основных условий, способствующих ее возникновению и поддержанию.

	Психологи В. Мейер и Э. Чессер, называют три основных метода, которые могут использоваться при лечении психических и поведенческих расстройств: • обусловливание противоположных реакций. Основано на принципе переучивания. Задачей терапевта является формирование и подкрепление новой реакции, противоположной существующей. Это приводит к исчезновению патологической реакции; • непосредственное переучивание в реальной жизненной ситуации. Основано на постепенном изменении границ или интенсивности стимула, вызывающего страх. При этом стимулы упорядочены в зависимости от их интенсивности; • систематическая десенсибилизация в воображении. Метод основывается на предположении, что если по отношению к стимулу, вызывающему страх, во время его действия может быть вызвана антагонистическая реакция, то связь между стимулом и реакцией страха исчезнет
Когнитивный подход	Задачей психологической помощи в рамках данного подхода является изменение неадаптивных убеждений и ошибочных способов переработки информации. Психические расстройства с точки зрения когнитивного подхода понимаются как результат неадаптивных когнитивных процессов. Неадаптивными когнициями Аарон Бек называет такие мысли, которые «несовместимы со способностью справляться с жизнью, нарушают внутреннюю гармонию и продуцируют неадекватную, чрезмерно интенсивную и болезненную реакцию». Согласно Альберту Эллису, нерациональные мысли не основаны на реальных фактах. Когнитивная модель любого расстройства включает три параметра: • когнитивные элементы; • когнитивные процессы; • когнитивное содержание. К когнитивным элементам относятся автоматические мысли, связанные с переработкой текущей информации, и базисные послышки, включенные в систему глубинных представлений о себе и об окружающем мире, определяющие содержание текущих когнитивных процессов. Автоматические мысли переживаются индивидом как правдоподобные, они возникают как бы рефлекторно, без логического рассуждения. Степень дезадаптивности эмоциональных и поведенческих реакций человека зависит от выраженности когнитивных искажений. Базисные послышки обладают свойством самоподкрепления. Когнитивные процессы обеспечивают соответствие вновь поступившей информации уже существующим представлениям. Когнитивное содержание специфично для каждого расстройства. <i>Основные методы когнитивной терапии.</i> Когнитивная терапия, которая начинается с представления клиенту модели взаимосвязи между когнициями и поведением. Происходит знакомство с основами эпистемологии, устанавливается «эмпирическое сотрудничество», необходимое для выявления когнитивных искажений. На первом этапе происходит выявление и изменение автоматических

	мыслей. Для этого используются следующие методы: заполнение пробела; дистанцирование и децентрация; изменение правил. На втором этапе идет работа с базисными посылками. Для их выявления необходимо вначале ознакомить клиента с тем, что представляет собой когнитивная схема. На третьем этапе проводится конфронтация со старыми схемами. Используются техники выявления логических базисных посылок, разного рода дневники, дневник предсказаний
Экзистенциальный и гуманистический подходы	Экзистенциальный и гуманистический подходы имеют точки соприкосновения, которые позволяют говорить о них параллельно. Главным сходством является преимущественная ориентация не на проблемы здоровья и болезни, а на проблемы здорового или больного человека. Экзистенциальная модель в медицинской психологии основывается на нескольких важных положениях: • особенностями человеческого существования являются его осмысленность, принципиальная возможность выбора и необходимость; принимать на себя ответственность за этот выбор; • невозможно отделить субъекта от миров, в которых он присутствует: биологического мира, мира взаимоотношений и мира самоидентичности; • человек постоянно пребывает в состоянии становления; • смерть является единственным абсолютным фактом жизни; • каждый человек является уникальным и незаменимым; • люди обладают способностью выходить за рамки текущей ситуации, подниматься над ней, видеть себя одновременно и субъектом, и объектом; • современные неврозы являются неврозами отчуждения человека от мира, они сопровождаются чувством внутренней пустоты и одиночества. Таким образом, экзистенциальный и гуманистический подходы в медицине указывают на связь психопатологических синдромов с основными экзистенциальными вопросами – конечность человеческого существования, свобода и ответственность человека, одиночество и вина, а также фрустрация естественных для каждого человека потребностей в самоактуализации и самоуважении. При этом экзистенциалисты делают акцент на существовании, а представители гуманистического подхода – на уникальности и безусловной ценности любой личности. Экзистенциальная терапия, в принципе, не использует какие-либо особенные техники, отличающие ее от других подходов. Ее уникальной характеристикой являются цели, выдвигаемые терапевтом.
Критический подход	Критический подход основан на анализе моральных и политических взглядов. В определенной степени возникновению критического подхода способствовало открытие фактов многочисленных злоупотреблений правами душевнобольных (принудительная госпитализация, стерилизация, лоботомия, сексуальное насилие и др.). Внутри критического подхода выделяются такие направления, как антипсихиатрия (Рональд Лэнг), критическая психиатрия (Давид Инглби), постпсихиатрия (Пол Брэкен).

	В рамках антипсихиатрии болезнь рассматривается как единственно возможный для индивида способ выжить в ненормальной ситуации. В частности, Р. Лэнг проводит феноменолого-экзистенциальный анализ психозов, подчеркивая характерное для данных случаев разделение Я на истинное и ложное, а также онтологическую неуверенность шизофренических пациентов. Представители критической психиатрии утверждают, что учение о психических болезнях нуждается не столько в новых фактах, сколько в переоценке старых концепций. Прежде всего, сомнению подвергается позитивистский подход в психиатрии. Как отмечает Д. Инглби, психиатр наблюдает за своими пациентами в той же манере, что и астроном за звездами, и это делает бесполезным любую психиатрическую теорию. Сторонники постпсихиатрии указывают на необходимость демократизации области психиатрии, открытого обсуждения контекста, ценностей и практик медицины. Они отмечают опасную тенденцию к медикализации, т.е. к распространению концепций медицины на не имеющие отношения к проблемам здоровья и болезни сферы человеческой жизни. Представители критического подхода не предлагают особых методов помощи отдельным больным, поскольку они выступают за обновление системы в целом, за изменение отношения общества к людям с психическими расстройствами, и, наконец, за модификацию основных постулатов относительно целей медицинской практики
Социальный подход	В рамках социального подхода утверждается, что в развитии болезней наибольшую роль играет характер взаимоотношений индивида с микро- и макросоциальным окружением, а также культурные нормы и ценности. К микросоциальным влияниям на здоровье можно отнести: • раннюю депривацию вследствие неправильного поведения родителей, их потери и последующей институционализации; • психическую травму детского возраста; • особый стиль воспитания, что может быть связано с патологическими особенностями родителей, либо с их неопытностью; • семейные разногласия и развод; • проблемы со сверстниками; • недостаток социальной поддержки. К макросоциальным факторам в развитии психической патологии относят: • низкий социально-экономический статус; • дискриминацию и предубеждение; • безработицу; • особые социальные роли, которые предписано исполнять индивиду; • резкие социальные перемены, вызывающие отсутствие уверенности в завтрашнем дне. Культурные различия влияют на особенности переживания и проявления отдельных психических расстройств.

	Данный подход рассматривает реакцию стресса в качестве опосредующего звена в развитии заболеваний, концентрируясь при этом на рассмотрении социальных факторов уязвимости
Интегративный подход в медицинской психологии: биопсихосоциальная модель	Ученые пришли к осознанию того факта, что здоровье и болезнь определяются сложным взаимодействием большого количества биологических, психологических и социальных факторов, для рассмотрения которых необходимо использовать модели, основанные на принципах системного, интегративного подхода. Одним из вариантов такого подхода является биопсихосоциальная модель, разработанная американским врачом Джорджем Энгелем. Под «биомедициной» и «биомедицинским подходом» Энгель понимает такое отношение к проблемам здоровья и болезни, при котором признается безусловный приоритет биологических факторов над психосоциальными, а нарушение в работе организма рассматривается как единственное и достаточное условие для возникновения болезни. В основе биопсихосоциальной модели лежат принципы системного подхода. Это означает, что здоровье и болезнь рассматриваются здесь в контексте сложной «иерархии натуральных систем», где системы низших уровней являются составными частями систем высших уровней. Каждый уровень системы имеет свои отличительные особенности и требует уникальных методов исследования. Нельзя изучать человека тем же способом, каким исследуются клетки или процессы в организме. Энгель утверждает, что самой очевидной характеристикой медицины является ее связь с человеком, а медицинская практика представляет собой особую форму общественной активности, где и врач, и пациент выполняют предписанные им социумом роли

Тема 5. Общие вопросы патопсихологии

План:

1. Общая характеристика патопсихологии.
2. Задачи патопсихологии.
3. Основные понятия патопсихологии.
4. История развития патопсихологии.
5. Методы и методики патопсихологического исследования.

1. Общая характеристика патопсихологии	
<i>Возникновение</i>	Патопсихология возникла на стыках психологии, психопатологии и психиатрии, в чем заслуга таких выдающихся советских ученых, как Блюма Вольфовна Зейгарник, Юрий Федорович Поляков
<i>Сфера изучения</i>	Патопсихология, согласно Б.В. Зейгарник, изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме

<i>Связь патопсихологии с другими науками</i>	Патопсихология тесно связана с такими дисциплинами, как психиатрия, психопатология, неврология, психофармакология, физиология высшей нервной деятельности, психофизиология, валлеология, общая психология, психодиагностика, специальная психология и педагогика
<i>Прикладное значение патопсихологии</i>	Патопсихология является прикладной отраслью психологической науки и, как психологическая дисциплина, исходит из закономерностей развития и структуры психики в норме
<i>Объект</i>	Патологические состояния мозга
<i>Предмет</i>	Изменение психической деятельности при патологических состояниях мозга в сопоставлении с нормой
2. Задачи патопсихологии	
<i>Общетеоретические задачи</i>	1. Роль личностного компонента в структуре познавательной деятельности: мышления, восприятия, памяти. На материале, полученном от больных, исследуется информация о нарушении восприятия при изменении мотивационной сферы. Например: у пациентов с шизофренией нарушена мотивация. Особенности личности при шизофрении влияют на познавательную сферу. 2. Вопрос о соотношении социального (психологического) и биологического в развитии человека. Например: у лиц, страдающих алкоголиколизмом возникает энцефалопатия – нарушение мозговой деятельности. Этот пример является моделью того, как работают структуры мозга в данных условиях. 3. Вопрос о соотношении распада и развития психики
<i>Практические задачи</i>	1. Дифференциально – диагностическая задача: экспериментальные данные, характеризующие нарушения психических процессов при различных формах заболевания служат дополнительным материалом для постановки диагноза. 2. Анализ структуры психического дефекта, установление степени психических нарушений у больного, его интеллектуального снижения вне зависимости от дифференциально-диагностической задачи (например, при оценке качества ремиссии, при анализе эффективности лечения). 3. Определение характера действия терапевтических средств (например, изучение эффективности применения медикаментов для купирования тех или иных симптомов и синдромов). 4. Психопрофилактические задачи: вопросы профотбора и профессиональной гигиены (психологическое состояние, работоспособность, личностные особенности того или иного человека, предстоящая деятельность может быть связана со значительными нервнопсихическими нагрузками, в том числе проблема профессиональной деформации личности). 5. Решение задач психиатрической экспертизы (судебной, военной, профессиональной). 6. Обоснование психологических рекомендаций для проведения психологической коррекции (направленность на психокоррекцию). Эффективная психологическая коррекция обязана базироваться на углубленном анализе и квалификации психического состояния больного человека

3. Основные понятия психопатологии	
<i>Симптом</i>	Симптом – это фиксированное по форме описание признака, соотносённого с определённой патологией. Это – терминологическое обозначение патологического признака. Но симптомом является не каждый признак, а лишь тот, который имеет причинно-следственные связи с патологией. Выделяют продуктивные (позитивные) и негативные психопатологические симптомы. Продуктивные симптомы обозначают привнесение в психику чего-то нового в результате болезненного процесса (бред, галлюцинации, кататонические расстройства). Негативные же симптомы включают признаки обратимого или стойкого дефекта, изъяна, ущерба вследствие того или иного болезненного психического процесса (абулия, амнезия, апатия и т.п.). В клинической картине болезни позитивные и негативные симптомы проявляются в единстве, сочетании и, как правило, имеют обратно пропорциональное соотношение: чем более выражены позитивные симптомы, тем меньше, беднее и фрагментарнее – негативные. Совокупность всех выявленных в процессе обследования конкретного больного симптомов образует симптомокомплекс
<i>Синдром</i>	Синдром – это закономерное сочетание симптомов, которые связаны между собой единым патогенезом и соотносятся с определёнными нозологическими формами. Синдромы также делятся на продуктивные и негативные
<i>Болезнь</i>	Понятие «болезнь» используют для характеристики состояний, которые не выглядят как нормальные и поэтому нуждаются в специальном объяснении, т.е. болезнью называют состояние организма при нарушении нормальной жизнедеятельности, работоспособности
<i>Предболезнь</i>	Между нормальным состоянием человека и болезнью существуют промежуточные состояния, могущие включать в себя те или иные патологические нарушения. Эти предболезненные состояния правильнее квалифицировать не как промежуточные между нормой и патологией или между здоровьем и болезнью, а как переходные от нормы к болезни. Тем самым они сохраняют статус здоровья, несмотря на то, что не относятся к норме. Таким образом, предболезнь – лишь вероятность возникновения болезни. Поэтому отождествлять её с заболеванием, которому она предшествует, недопустимо. Но поскольку болезнь неизбежно начинается с предболезни, последняя является наипервейшей, наиболее ранней стадией заболевания. Предболезнь может служить свидетелем сохранности защитных сил организма, направленных на то, чтобы не допустить развития заболевания. С другой стороны, состояние предболезни указывает на действие условий и механизмов, уже формирующих заболевание
<i>«Внутренняя картина болезни»</i>	Чаще всего болезнь проявляет себя в виде определённых изменений в теле человека, в его поведении, в высказываниях, т.е. в виде определённых симптомов. В то же время заболевание имеет и внутренние, психологические проявления как комплекс ощущений, переживаний больного человека, его отношение к факту болезни, к самому себе как к больному. Для обозначения этой стороны заболевания используют термин «внутренняя картина болезни». Впервые это понятие ввёл Александр Романович Лурия

4. История развития патопсихологии

Развитие отечественной патопсихологии с самых истоков отличалось прочными естественнонаучными традициями. На формирование ее принципов и методов исследования оказала влияние работа Ивана Михайловича Сеченова «Рефлексы головного мозга» (1863), которая пробила «брешь в стене», разделявшей физиологию и психологию	
<i>Школа Владимира Михайловича Бехтерева</i>	Преемником И.М. Сеченова на этом пути стал В.М. Бехтерев, психиатр по образованию, родоначальник материалистически ориентированной экспериментальной психологии и основоположник патопсихологического направления в России. Как представитель рефлекторной концепции он считал единственным научным объективным методом исследования психической деятельности: «требующий по возможности охватывать всю совокупность фактов внешнего проявления невропсихики и сопутствующих условий...» О диапазоне патопсихологических исследований можно судить по докторским диссертациям, выполненным под руководством В.М. Бехтерева: Л.С. Павловская: «Экспериментально-психологические исследования над больными с нарастающим паралическим слабоумием» (1907); М.И. Аствацатуров: «Клинические и экспериментально психологические исследования речевой функции» (1908); К.Н. Завадовский: «Характер ассоциаций у больных с хроническим первичным помешательством» (1909); А.В. Ильин: «О процессах сосредоточения (внимания) у слабоумных душевнобольных» (1909); Л.Г. Гутман: «Экспериментально-психологические исследования в маниакально-меланхолическом психозе» (1909); В.В. Абрамов: «Объективно-психологическое исследование творчества и других интеллектуальных функций у душевнобольных» (1911) и др. Представителями школы В.М. Бехтерева было разработано много методик экспериментально-психологического исследования душевнобольных. Некоторые из них (методика сравнения понятий, определения понятий) вошли в число наиболее употребляемых в советской психологии
<i>Психиатрическая теория Сергея Сергеевича Корсакова</i>	Вторым крупным центром отечественной психиатрии, в котором развивалась экспериментальная психология, была психиатрическая клиника С.С. Корсакова, организованная в 1887 г. при медицинском факультете Московского университета. Психологической лабораторией клиники заведовал А.А. Токарский. Под его редакцией выходили «Записки психологической лаборатории», значительное содержание которых составляли исследования студентов
<i>Идеи Льва Семеновича Выготского</i>	На становление патопсихологии как особой области знаний большое влияние оказали идеи выдающегося советского психолога Л.С. Выготского: 1) мозг человека имеет иные принципы организации, нежели мозг животного; 2) развитие высших психических функций не предопределено морфологической структурой мозга, они возникают не в результате одного лишь созревания мозговых структур, а формируются прижизненно путем присвоения опыта человечества в процессе общения, обучения, воспитания;

	3) поражение одних и тех же зон коры имеет неодинаковое значение на разных этапах психического развития. Теоретические идеи Л.С. Выготского, получившие дальнейшее развитие в работах его учеников и сотрудников А.Р. Лурии, А.Н. Леонтьева, П.Я. Гальперина, Л.И. Божович, А.В. Запорожца, во многом определили путь патопсихологических и нейропсихологических исследований в нашей стране
<i>Иные представители патопсихологических исследований</i>	Широко развернулись патопсихологические исследования нарушений познавательной деятельности и мотивационной сферы в лаборатории Центрального института психиатрии МЗ РСФСР на базе психиатрической больницы им. П.Б. Ганнушкина (Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, Т.И. Тепеницына, Ю.Ф. Поляков, В.В. Николаева). Проводилась большая работа по патопсихологии в Центре охраны психического здоровья АМН СССР (Ю.Ф. Поляков, Т.К. Мелешко, В.П. Критская, Н.В. Курек и др.). Социальный аспект патопсихологических исследований представлен в психологической лаборатории Центрального научно-исследовательского института экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов, созданного впервые в мире в СССР (В.М. Коган, Э.А. Коробкова, И.Н. Дукельская и др.)
<i>Современный этап развития патопсихологии</i>	Важнейшей характеристикой патопсихологии на современном этапе является направленность на восстановление измененной психической деятельности, на возвращение больному человеку его социального статуса, предотвращение (профилактику) возможности подобной утраты у детей и взрослых, коррекцию и профилактику аномального развития у детей, т.е. на охрану психического здоровья в целом. К основным тенденциям современной патопсихологии относятся: 1) углубленный системный анализ психического состояния больного; 2) квалификация его личности в категориях современной психологической науки; 3) индивидуальный характер исследования и коррекции. Представителем отечественной школы патопсихологии является Карпюк Валентина Алексеевна (Гродно)
5. Методы и методики патопсихологического исследования	
<i>Методики</i>	Для патопсихолога основными методами исследования являются <i>нестандартизированные</i> – экспериментально-психологические методики. Они направлены на выявление определённых видов нарушений психических процессов и подбираются индивидуально для каждого больного в зависимости от задач, стоящих перед психологом <i>Стандартизированные</i> методики при патопсихологическом обследовании используются в качестве дополнительных
<i>Основные методы исследования</i>	Основные методы патопсихологического исследования: 1. Наблюдение. 2. Эксперимент (формирующий). 3. Интервью, клиническая беседа. 4. Опросники, анкеты (если тесты, то преимущественно нестандартизированные, а стандартизированные, в качестве дополняющих). В практике наиболее распространены: тест Векслера, «Прогрессивные матрицы Равена», тест структуры интеллекта Амтхауэра.

	К методу тестирования относятся и личностные опросники, которые предназначены для измерения личностных особенностей. Материалом для них являются вопросы, на которые обследуемый должен ответить, или утверждения, с которыми он должен согласиться или не согласиться. Выделяют несколько групп опросников: опросники типологические; опросники, выявляющие черты личности; опросники патохарактерологического плана и др. Наиболее известны опросники Г.Ю. Айзенка, Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI), 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла, патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО)
--	---

Тема 6. Патопсихологическая характеристика органических поражений мозга

План:

1. Общая характеристика нарушений психической деятельности при заболеваниях головного мозга. Синдром деменции.
2. Эпилепсия.
3. Болезнь Альцгеймера.
4. Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы (ЧМТ).
5. Инфекционные поражения мозга.
6. Церебральный атеросклероз.
5. Инфекционные поражения мозга.

1. Общая характеристика нарушений психической деятельности при заболеваниях головного мозга. Синдром деменции

Причина	Патология
травма	черепно-мозговая травма, эпилепсия
инфекция	инфекционные поражения мозга
отравления	синдром деменции
объемные и атрофические процессы	синдром деменции, Болезнь Альцгеймера
нарушения мозгового кровоснабжения	церебральный атеросклероз, инсульт, гипертоническая болезнь

Психоорганический синдром включает в себя симптомы нарушений умственной работоспособности и динамических характеристик психической деятельности, внимания и сознания, познавательных процессов, личности и эмоционально-волевой сферы.

Ведущие симптомы психо-органического синдрома	Разнообразные аффективные расстройства (раздражительность, эмоциональная лабильность, слабодушие, эксплозивность, подавленность, брюзгливость, ворчливость, злобность, благодушно-беспечная эйфория, безразличие, апатия); – нарушение внимания (истощаемость, отвлекаемость, затруднения переключения); – нарушение подвижности мышления от детализации до вязкости; – волевые расстройства (ослабление инициативы, сужение круга интересов, стереотипизация деятельности)
Обязательные признаки	Ухудшение сообразительности (бестолковость); снижение трудоспособности и продуктивности; слабая социальная адаптация; психопатоподобное поведение

Деменции (критерии по МКБ-10): Нарушения памяти: • нарушение способности к запоминанию нового материала; • затруднение воспроизведения ранее усвоенной информации; • нарушение других когнитивных функций; • нарушение способности к суждениям; • нарушение мышления; • нарушение переработки информации. Клиническая значимость выявляемых нарушений. Эмоциональные и мотивационные нарушения. Исходный более высокий уровень когнитивных способностей. Длительность симптомов не менее 6 месяцев. Сознание сохранено	Диагностика органических поражений мозга: – объективные методы (ядерно-магнитный резонанс, компьютерная томография, электроэнцефалография, анализ спинномозговой жидкости); – стандартные тесты на интеллект; – для больных с деменцией: «Краткая шкала оценки психического статуса», «Батарея лобной дисфункции», «Тест рисования часов» и «Шкала общего нарушения психосоциального функционирования»
---	--

2. Эпилепсия	это хроническое органическое заболевание, при котором наблюдаются повторяющиеся пароксизмальные приступы в виде судорожных припадков и их психических эквивалентов
в патопсихологическом исследовании выявляются следующие нарушения:	вязкость, чрезмерная обстоятельность и детализация в мышлении, снижение уровня обобщения, резонерство, эгоцентризм суждений; расстройства речи выражаются в ее обеднении, в склонности к использованию штампов, уменьшительных суффиксов, в олигофазии; нарушается произвольное припоминание; в восприятии отмечается чрезмерная детализация, неумение выделить главное; расстройства личности выражаются в эгоцентричности, обидчивости, злопамятности, повышенной педантичности

3. Болезнь Альцгеймера I стадия	хроническое, неуклонное прогрессирующее атрофическое заболевание головного мозга, которое приводит к деменции. Атрофия при болезни Альцгеймера затрагивает прежде всего кору головного мозга (наружные и медиальные лобные, височные и теменные доли). Постепенно уменьшается количество кортикальных извилин, увеличиваются борозды и желудочки мозга. Также наблюдается деструкция подкорковых структур, оказывающих стимулирующее влияние на работу коры (гиппокамп, лимбической системы, миндалины, отделов ретикулярной формации)
II стадия	к указанным выше симптомам присоединяются сенсорная афазия, грубые нарушения движений, вплоть до судорог и выраженного (паркинсонического) тремора. Прогрессирует интеллектуальное снижение
III стадия	наступает глубокое слабоумие
4. Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы (ЧМТ) Стадии развития нарушений психической деятельности после черепно-мозговой травмы:	начальная. Длится до трех суток и характеризуется так называемыми «общемозговыми» симптомами. Отмечаются потери сознания различной глубины и длительности; стадия оглушения. Характеризуется помрачениями сознания, иногда напоминающими опьянение, делирием, могут возникать психотические расстройства; поздняя. Для нее характерно неустойчивое состояние, которое может осложняться при любой инфекции; резидуальная (стадия отдаленных последствий). На этой стадии в случае неблагоприятного исхода ЧМТ сохраняются отдельные нарушения психической деятельности
Типы развития нарушений психической деятельности после черепно-мозговой травмы:	астения, проявляющаяся в снижении продуктивности к концу работы, в поверхностности суждений. Астенический синдром – основной синдром для всех периодов черепномозговой травмы; локальные симптомы; прогрессирующее слабоумие (3–5% больных); интеллектуально-мнестическое снижение без слабоумия; выраженные характерологические изменения при незначительном или умеренном интеллектуально-мнестическом снижении. Нарушения личности, вероятнее всего, связаны с повреждениями фронтальной коры и лимбической системы. Отмечаются инертность или импульсивность, слабый контроль за проявлениями гнева, неадекватная самооценка, депрессия; снижение инициативы и произвольности поведения вплоть до полной аспонтанности
в патопсихологическом исследовании выявляются следующие нарушения	прогрессирующие расстройства эпизодической памяти, а также памяти на события, хронологически близкие к началу заболевания. Могут наблюдаться конфабуляции – как попытки заполнить провалы в памяти. Больные забывают назначенные встречи, не могут найти нужные им вещи; с трудом вырабатываются новые

	двигательные стереотипы. Появляются локальные симптомы, например, конструктивная апраксия, симультанная агнозия, акалькулия, амнестическая афазия, затруднения и ошибки в произнесении слов, неуверенная, дрожащая речь. Отмечаются ошибки в ударениях. Достаточно характерным симптомом является семантическая афазия. Значительно изменяется почерк – дрожащие буквы, потеря слитности и автоматизма письма
5. Инфекционные поражения мозга	В зависимости от характера повреждения выделяют абсцессы, энцефалиты, менингиты, арахноидиты. В зависимости от возбудителя нейроинфекции делятся на вирусные и бактериальные
Абсцесс – очаг инфекции, инкапсулированный посредством соединительных тканей	Нарушения: делирий, амнестическая дезориентировка, галлюцинаторные и кататонические симптомы; раздражительность, лабильность настроения, повышенная утомляемость; головная боль, тошнота, рвота, нарушаются зрение и сознание (ступор, сноподобное состояние, колебания цикла сон – бодрствование), могут развиваться локальные гностические и моторные расстройства. К долговременным последствиям абсцессов относятся астения, нарушения эмоциональной сферы в виде раздражительности, плаксивости, повышенной возбудимости. В некоторых случаях отмечается интеллектуально-мнестическое снижение. Развитие деменции в результате абсцесса является маловероятным
Энцефалит – воспаление тканей головного мозга. Менингит – воспаление мягких мозговых оболочек. Арахноидит – воспаление паутинной оболочки мозга, обычно с вовлечением мягкой сосудистой оболочки	Патопсихологическое исследование помогает выявить и оценить нарушения личности и психических процессов на отдаленной стадии диффузного воспаления мозга. Для таких больных характерны астения, депрессивно-ипохондрические расстройства, изменения личности по органическому типу (психопатоподобный синдром), в неблагоприятных случаях – интеллектуально-мнестическое снижение вплоть до деменции, судорожные припадки
Нейросифилис (возбудитель – бледная спирохета)	При сифилисе мозга отмечаются нарушения сознания (делирий, сумеречное состояние), астения, раздражительность, апатия, бредово-галлюцинаторные синдромы, снижение способности к обобщению. При сосудистой форме сифилиса мозга отмечаются инсульты с характерными для них локальными последствиями. Прогрессивный паралич при отсутствии адекватного лечения характеризуется неуклонным нарушением психической деятельности вплоть до развития деменции. К числу ранних проявлений прогрессивного паралича относится астения. Далее проявляются нарушения эмоционально-волевой сферы в виде вялости, апатии, слабодушия. Снижается критика больного к своему поведению, в силу чего он совершает легкомысленные и неадекватные поступки. Отмечается нелепый бред величия и богатства. На последней стадии развивается слабоумие

6. Церебральный атеросклероз	хроническое заболевание головного мозга, вызываемое сужением кровеносных сосудов и снижением эластичности их стенок вследствие килоидных отложений
в патопсихологическом исследовании выявляются следующие нарушения:	астения, проявляющаяся уже на ранних этапах, недостаточность активного внимания, грубые расстройства памяти (в основном – произвольного запоминания и воспроизведения при относительно сохранной ассоциативной памяти). Постепенно возникают нарушения мышления, вначале в виде непоследовательности суждений, затем развивается снижение уровня обобщения. Одним из типичных проявлений церебрального атеросклероза в аффективной сфере являются эмоциональная неустойчивость, раздражительность и слабодушие
7. Основные направления психологической помощи больным с органическими поражениями мозга	компенсация дефектов психической деятельности, приспособление человека к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации. Речь идет не столько о психотерапии, сколько о коррекционном обучении в рамках психологической реабилитации и о психологическом консультировании больного и членов его семьи

Тема 7. Патопсихологическая характеристика тревожных расстройств

План:

1. Систематика тревожных расстройств.
2. Тревога в различных теоретических подходах.
3. Психотерапия тревожных расстройств.

1. Систематика тревожных расстройств

Тревога является нормальной человеческой эмоцией, которую каждый человек испытывает время от времени. Многие люди испытывают тревогу или нервничают, когда сталкиваются с проблемами на работе, сдают экзамены или в процессе принятия важного решения. Однако тревожные расстройства отличаются от обычной тревоги. Они способны вызывать настолько сильный стресс, что мешают человеку вести нормальную жизнь.

Точные причины появления тревожных расстройств неизвестны. Но тревожные расстройства, как и другие формы психических заболеваний не являются результатом личной слабости, особенностей характера или плохого воспитания. Ученые продолжают исследования этого типа психических заболеваний и пока приходят к выводу, что многие из тревожных расстройств обусловлены сочетанием ряда факторов, в том числе определенными изменениями в головном мозге и экологическим стрессом.

Тревожные расстройства – группа невротических расстройств с преобладанием в клинической картине иррациональных и необоснованных

тревожных состояний, сопровождающихся разнообразными соматическими симптомами и социально-трудовой дезадаптацией. Пациенты осознают иррациональность и необоснованность своих переживаний (для детей осознание нехарактерно).

Виды тревожных расстройств	Характеристика
паническое	характеризуется острыми непродолжительными приступами выраженной тревоги (паники). Паническая атака начинается внезапно и при отсутствии какого-либо фактора, вызывающего страх, тревога достигает максимальной интенсивности не более, чем за 10 мин, весь приступ длится 20–30 мин, редко более часа. У больных часто наблюдают в разной степени выраженные трудности сосредоточения внимания, нарушение памяти. Из физических симптомов наиболее часто отмечают учащённое сердцебиение, боли или дискомфорт в грудной клетке, одышку, потливость. Как правило, это здоровые молодые люди. Симптомы панической атаки исчезают быстро или постепенно. Частота приступов варьирует от ежедневных до одного в несколько месяцев. У больных паническим расстройством быстро формируется страх ожидания повторных приступов, которые больные иногда пытаются скрыть от окружающих. Течение панического расстройства хроническое с ремиссиями и обострениями (хотя возможны многолетние ремиссии). В 50% случаев состояние не изменяется и приводит к инвалидности
фобическое	характеризуется навязчивым, необъяснимым или преувеличенным страхом каких-либо предметов, ситуаций или физиологических проявлений, которые по существу не могут быть причиной страха и тревоги. Фобическое расстройство отличается двумя наиболее важными признаками: – избегание объектов, которые могут спровоцировать страх; – тревога ожидания, возникающая при ожидании встречи с объектами, провоцирующими страх. Объектом страха могут быть ситуации (например, места с большим скоплением людей), животные (например, пауки) и природные явления (например, гром). Женщины болеют в 2 раза чаще. Специфические фобии – страх перед какими-либо предметами и ситуациями. Больной старается избегать любого столкновения с объектом фобии, что ограничивает его возможности в общении, работе. У некоторых пациентов формируется контрфобическое поведение – активный поиск объекта фобии, часто приводящий к опасным для жизни ситуациям (больной, страдающий страхом высоты, становится альпинистом). Наиболее часто наблюдаемые фобии: агорафобия (страх открытых пространств, общественного транспорта, пребывания в одиночестве вне дома или в толпе), клаустрофобия (страх замкнутых пространств), акрофобия (страх высоты), арахнофобия (страх пауков) и т.д. Реже отмечают панфобию (генерализованная фобия) – страх всего окружающего

социальная фобия	страх, связанный с одной или несколькими социальными ситуациями или публичными выступлениями, при которых пациент находится в обществе незнакомых людей или под пристальным вниманием со стороны окружающих. Больным свойственна заниженная самооценка
обсессивно-компульсивное	характеризуется постоянно возникающими обсессиями (навязчивые мысли, фантазии, сомнения) и компульсиями (навязчивые побуждения или действия), осознаваемыми пациентами как болезненные и воспринимаемыми с чувством сильного внутреннего сопротивления. Основное проявление расстройства – навязчивые состояния. Навязчивые состояния – повторяющиеся мысли, представления, воспоминания, сомнения, стремления, действия, которые не поддаются волевому подавлению при сознании их болезненности и критическом к ним отношении. Навязчивые мысли – непроизвольные возникающие мысли, осознаваемые больными как чуждые, но от которых они не могут избавиться; например, навязчивая мысль о том, что руки загрязнены бактериями, которые могут стать причиной инфекционных заболеваний. Навязчивые представления – непреодолимые представления неприятных событий, которые мучительно переживаются больным; например, пациент представляет, как он совершает извращённые сексуальные действия. Навязчивые сомнения – навязчивая неуверенность больного в правильности и законченности совершённых им действий. Навязчивые влечения – навязчивое стремление совершить какое-либо бессмысленное, часто опасное действие, например ударить прохожего по лицу, засмеяться на похоронах, ударить ребёнка, выругаться матом в церкви, выколоть соседу или близкому родственнику глаза и т.п. Навязчивые ритуалы – движения или действия, выполняемые против воли и вопреки разуму для предотвращения воображаемого несчастья или с целью его преодоления. Ритуалы имеют значение заклинания, защиты. Например, при чтении книги больной пропускает, например, 11-ю и 35-ю страницы, ибо цифры соответствуют возрасту его сына и жены и пропуск указанных страниц «предохраняет» их от смерти. Пациенты понимают всю бессмысленность и нелогичность своих ритуалов и обычно сопротивляются желанию их совершить. Выполнение ритуала облегчает состояние. У 50% больных заболевание начинается до 24 лет, у 80% – до 35 лет. 70% случаев дебюта расстройства связаны со стрессовыми ситуациями. Течение хроническое
посттравматическое стрессовое расстройство	возникает в результате пребывания в экстремальных ситуациях (катастрофы, боевые действия, пытки, изнасилование и др.) и характеризующееся повторными эпизодами переживания обстоятельств этой ситуации, снижением уровня эмоционального реагирования и дисфорическим возбуждением. Наблюдаются у 50–80% лиц, оставшихся в живых после катастроф. Избегание ситуаций, связанных с травмой: – попытки избежать мыслей, ощущений или разговоров, связанных с травмой;

	– попытки избежать действий, мест или людей, которые вызывают воспоминания о травме; – невозможность вспомнить важные аспекты травмы (психогенная амнезия); – выраженное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности или участию в них (у детей – утрата навыков туалета); – ощущение отстранённости или отчуждённости от окружающих; – снижение уровня эмоционального реагирования (неспособность испытывать чувство любви); – ощущение отсутствия перспективы в будущем. Расстройство развивается в течение 1–6 месяцев после травмы. 30% больных выздоравливают, у 60% отмечают улучшение, в 10% случаев состояние не меняется или ухудшается
--	--

Большинство фобий, наблюдаемых у взрослых, впервые появляются в детском возрасте. Простые фобии широко распространены у детей; по мере взросления фобии исчезают, но у некоторых по неизвестным причинам они продолжают существовать и во взрослом периоде жизни. В других случаях фобическое расстройство начинается во взрослом периоде жизни; причиной этого могут быть реальные события, в которых больной испытал сильный страх, например, страх молнии может появиться после того, как больной стал свидетелем смерти человека от удара молнии.

2. Тревога в различных теоретических подходах

Теоретический подход	Объяснение причины тревожных расстройств
Психоаналитическая теория	рассматривает тревогу как сигнал появления неприемлемой, запретной потребности, или импульса (агрессивного либо сексуального), которые побуждают индивида бессознательно предотвращать их выражение. Симптомы тревоги рассматриваются как неполное сдерживание («вытеснение») неприемлемой потребности. Изначально З. Фрейд рассматривал тревогу как однозначно негативное, патологическое явление, являющееся следствием невротической блокировки разрядки энергии либидо. Однако впоследствии «...он пересмотрел свою теорию и пришел к выводу: тревога является функцией эго и назначение ее состоит в том, чтобы предупреждать человека о надвигающейся угрозе, которую надо встретить или избежать. Тревога как таковая дает возможность личности реагировать в угрожающих ситуациях адекватным способом». Несколькими годами позже Фрейд начал рассматривать тревогу, как страх сепарации
Экзистенциальная психология	неосознанная, экзистенциальная тревога является скрытой от человеческого сознания борьбой с небытием
Бихевиоризм	тревога и, в частности, фобии первоначально возникают как условно-рефлекторная реакция на болезненные или устрашающие стимулы. В дальнейшем тревожная реакция может возникать и без стимула

Когнитивная психология	делает акцент на ошибочных и искаженных мыслительных образах, предшествующих появлению симптомов тревоги. Например, пациент с паническим расстройством может преувеличенно реагировать на нормальные телесные ощущения (такие, как легкое головокружение или сердцебиение), что ведет к усилению страха и тревоги, нарастающих до панического приступа
Биологические теории	рассматривают тревожные расстройства как следствие биологических аномалий, связывая их, в частности, с заметным увеличением продукции нейромедиаторов
Социокультурная теория личности Карен Хорни	автор использовала термин тревожность (тревога) в качестве синонима термина «страх», указывая таким образом на родство между ними. Позднее она развела эти два понятия по простому и точному различительному признаку: «страх является реакцией, пропорциональной наличной опасности, в то время как тревога является несоразмерной реакцией на опасность или даже реакцией на воображаемую опасность». Итак, под тревожностью К. Хорни понимала эмоциональную реакцию на скрытую и субъективную опасность, сопровождающуюся определенными физическими ощущениями (дрожь, учащенное дыхание и т.д.)
Понятие тревоги у других авторов	Александр Иванович Захаров считает, что тревожность это склонность к беспокойству, недостаточная внутренняя согласованность чувств и желаний. Чарльз Спилбергер исследуя тревожность как личностное свойство и тревогу как состояние, разделил эти два определения на «реактивную» и «активную», «ситуативную» и «личностную» тревожность. По Юрию Львовичу. Ханину, состояния тревоги или ситуативная тревожность, возникают «как реакция человека на различные, чаще всего социально-психологические стрессоры (ожидание негативной оценки или агрессивной реакции, восприятие неблагоприятного к себе отношения, угрозы своему самоуважению, престижу)

3. Психотерапия тревожных расстройств

Виды расстройств	Методы лечения	Когнитивная психотерапия (англ. cognitive therapy) – распространённая форма психотерапии, основанная на предположении, что причины психологических проблем и нервно-психических расстройств человека кроются в ошибках мышления, и направленная на изменение нелогичных или нецелесообразных мыслей и убеждений человека, а также дисфункциональных стереотипов его мышления и восприятия. Основу когнитивной психотерапии в 1960-х годах заложили труды Аарона Бека, также давшие толчок развитию когнитивного подхода в психологии. Когнитивная психотерапия широко признана в научном сообществе
Паническое расстройство	когнитивная психотерапия. При лечении панического расстройства главная цель – уменьшение страха перед соматическими симптомами тревоги	
Фобическое расстройство	поведенческая психотерапия	

Обсессивно-компульсивное расстройство	поведенческая и когнитивная психотерапия	Поведенческая терапия; бихевиоральная терапия (от англ. behaviour – «поведение») – одно из ведущих направлений современной психотерапии. В основе этой формы психотерапии лежит идея, что симптомы некоторых психических расстройств обязаны своим появлением неверно сформированным навыкам. Поведенческая психотерапия ставит своей целью устранение нежелательных форм поведения и выработку полезных для клиента навыков поведения. Наиболее успешно поведенческая терапия применяется для лечения фобий, поведенческих расстройств
Посттравматическое стрессовое расстройство	методы поведенческой психотерапии, арттерапии	

Тревожными расстройствами страдают миллионы взрослых людей. Большинство тревожных расстройств начинаются в детстве, юности или в самом начале взрослой жизни. У женщин тревожные расстройства встречаются несколько чаще, чем у мужчин, а общий процент этого заболевания не зависит от расовой принадлежности человека. В последние два десятилетия в лечении тревожных расстройств был достигнут значительный прогресс. Точный подход к лечению зависит от конкретного типа расстройства. Психотерапия позволяет проявить эмоциональную реакцию на психическое заболевание. Это процесс, в котором психиатры помогают людям, разговаривая с ними и выявляя стратегии, помогающие справиться с их тревожным расстройством.

Тема 8. Патопсихологическая характеристика диссоциативных расстройств

План:

1. Общая характеристика диссоциативных расстройств.
2. Диссоциативная фуга.
3. Диссоциативная амнезия.
4. Деперсонализационное расстройство.

1. Общая характеристика диссоциативных расстройств

Причина	Травма, инфекционные поражения мозга, психоактивные вещества
Проявления	Нарушения памяти, осознания, идентичности (понимания «кто я такой») или восприятия

Критерии диагностики диссоциативных расстройств (МКБ-10 F44.0-7): Не обнаружены соматические заболевания Прослеживается временная связь между симптомами и психотравмирующими обстоятельствами Типичные отдельные симптомы (например, атаксия, амнезия)	Дифференциальная диагностика диссоциативных расстройств: отсутствие явных признаков органического заболевания; различные виды зависимости; шизофрения; соматизированное расстройство
--	--

2. Диссоциативная fuga

Ведущие симптомы психоорганического синдрома	Диссоциативная fuga начинается внезапно, обычно – после ночного сна. Пациент просыпается, выполняет целенаправленные действия по подготовке к отъезду (одевается, собирает чемодан, покупает билет), а затем уезжает. В литературе описаны случаи, когда люди перед отъездом снимали крупные суммы денег в банке. Как правило, все эти действия остаются незамеченными для близких, с их точки зрения ситуация выглядит как «человек ушел и не вернулся». Больной ведет себя спокойно и адекватно, нередко на новом месте у окружающих даже не возникает подозрений, что что-то не в порядке. При длительной fugе (продолжительностью до нескольких месяцев и более) некоторые пациенты создают новую личность, устраиваются на работу, вступают в новые близкие отношения и даже заводят детей. При этом они обычно выбирают другую сферу деятельности и становятся более общительными, чем до начала fugи. Воспоминания общего характера (географические сведения, таблица умножения) полностью сохраняются. Степень правдоподобия новой личности может варьироваться – от целостной непротиворечивой картины до обрывочных сведений
Обязательные признаки	Воспоминания общего характера (географические сведения, таблица умножения) полностью сохраняются
Прогноз	Прогноз благоприятный. При отсутствии других психических расстройств наблюдается полное восстановление. При высокой травматичности событий, предшествующих началу fugи (если пациент подвергался насилию или был свидетелем жестокого насилия, перенес тяжелую потерю и т.п.), могут наблюдаться остаточные явления диссоциативной амнезии. Решение о необходимости восстановления травмирующих воспоминаний принимается индивидуально с учетом тяжести события и особенностей характера больного
Психологическая помощь	Основной задачей психиатров и психотерапевтов становится помощь и поддержка в переработке стрессовой ситуации и изменении отношения пациента к событиям, ставшим причиной развития диссоциативной fugи. При длительных fugах требуется помощь в принятии изменений, произошедших за время отсутствия больного. В процессе лечения применяют

	различные психотерапевтические методики (позитивную терапию, личностно-ориентированную терапию, рациональную терапию, психоанализ и пр.) и гипноз. При необходимости пациента обучают навыкам саморегуляции. При выраженной тревоге и аффективных расстройствах назначают транквилизаторы и антидепрессанты
--	---

3. Диссоциативная амнезия

Ведущие симптомы психоорганического синдрома	Ведущим симптомом является расстройство памяти, возникшее, как реакция на травмирующую ситуацию. Из памяти больного выпадают определенные события или периоды. Длительность «потерянных» периодов может колебаться от нескольких минут до нескольких дней, а в тяжелых случаях (редко) достигает месяца и более. Потеря памяти сопровождается растерянностью. Могут наблюдаться аффективные нарушения, однако, тяжелые депрессии развиваются редко. У некоторых пациентов возникает повышенная потребность в близости, внимании и участии, иногда больные выглядят спокойными, смирившимися. В отдельных случаях диссоциативная амнезия сопровождается кратковременными эпизодами бесцельного бродяжничества, которые, как правило, продолжаются не более 1–2 суток
Виды диссоциативной амнезии:	
Локализованная	из памяти пациента полностью выпадают события, происшедшие в определенный период времени
Селективная	из памяти больного частично исчезают события, происшедшие в определенный период времени. Например, после смерти близкого человека пациент помнит, как готовился к похоронам, но не помнит сами похороны
Генерализованная	из памяти пациента выпадают все события, происшедшие в определенный период времени, и некоторые события, имевшие место до трагического события. В тяжелых случаях больной с трудом вспоминает, кто он такой, не узнает своих близких, не может вспомнить день и месяц и т.п.
Непрерывная	больной забывает как некоторые прошлые события, так и то, что происходит в настоящее время. При диссоциативной амнезии этот вид расстройства памяти встречается редко
Диагностика	диагноз выставляют на основании анамнеза и характерной клинической картины. При полной амнезии сведения о травмирующем событии становятся известны психиатру со слов родственников и знакомых больного, врачей скорой помощи или свидетелей происшедшего. Дифференциальный диагноз проводят с нарушениями памяти, обусловленными органическим поражением головного мозга. При амнезиях, возникших вследствие употребления наркотиков и алкоголя, из памяти выпадают события, которые произошли в период интоксикации. В пользу интоксикационной амнезии свидетельствует запах алкоголя и следы от уколов. Многие пациенты, страдающие

	расстройством памяти из-за употребления психоактивных веществ, находятся на учете в связи с уже диагностированным алкоголизмом или наркоманией. Амнезия при сотрясениях головного мозга и более тяжелых черепно-мозговых травмах, как и диссоциативная амнезия, обычно имеет ретроградный характер. Для уточнения диагноза собирают подробный анамнез, проводят внешний осмотр на предмет повреждений волосистой части головы, выполняют рентгенографию черепа и ЭЭГ. При нарушениях памяти после эпилептических припадков также учитывают анамнез и данные ЭЭГ. При амнезиях, обусловленных психическими заболеваниями, дифференциальную диагностику осуществляют с учетом имеющихся интеллектуальных, психических и эмоциональных нарушений, наличия или отсутствия бреда и галлюцинаций и т.д.
Психологическая помощь	На начальном этапе необходимо успокоить больного, помочь ему справиться с растерянностью и предотвратить возможные расстройства поведения. Пациента помещают в спокойную, безопасную обстановку, осуществляют постоянное наблюдение, при аффективных нарушениях вводят седативные средства. После купирования острых симптомов психиатры, психологи и психотерапевты помогают больному переработать тяжелые воспоминания, восстановить нормальное психологическое состояние и найти новые, более адаптивные способы борьбы с возможными стрессами. Применяют различные психотерапевтические техники. Методику выбирают с учетом особенностей травмирующего события, характера больного и его личной истории. Широко используют психодинамическую и когнитивно-поведенческую терапию – разновидности кратковременной психотерапии, предполагающие изменение привычных шаблонов поведения и выработку новых реакций на привычные раздражители. Данные методики применяют только при наличии показаний: высокого уровня мотивации, способности к рефлексии собственных переживаний, отсутствии депрессии, параноидных и нарциссических расстройств, незначительной выраженности защитных механизмов отрицания и проекции. Нередко весьма эффективными оказываются музыкальная терапия, сказкотерапия, арт-терапия, песочная терапия и другие виды креативной психотерапии, позволяющие пациенту безопасно выражать свои чувства. При амнезии, обусловленной трагическими событиями или конфликтами в семье, а также возникшей на фоне неблагоприятной внутрисемейной атмосферы, используют семейную терапию. При наличии в анамнезе тяжелых детских травм, вызванных сексуальным или эмоциональным насилием, иногда применяют глубокую долгосрочную психотерапию (классический психоанализ, глубинную психотерапию Юнга)

Прогноз	Прогноз в большинстве случаев благоприятный. При своевременном адекватном лечении, поддержке близких людей и создании благоприятной психологической атмосферы через некоторое время после травмы психологическое состояние нормализуется. Больной обычно восстанавливает в памяти основные события, но наиболее травматичные моменты зачастую остаются недоступными осознанию и переработке
----------------	---

4. Деперсонализационное расстройство

Ведущие симптомы	Ощущение наблюдения за самим собой со стороны, утрата привычных переживаний, появление новых незнакомых чувств, способов мышления и восприятия
Этиология	Деперсонализация развивается по следующим причинам: <u>Психотравмирующие ситуации.</u> У психически здоровых людей временные деперсонализационные явления возможны в остром периоде переживания психотравмы. Измененность восприятия себя может быть вызвана актом физического насилия, изменой супруга, смертью близкого человека. Эффективное лечение – сеансы индивидуальной психотерапии. <u>Стрессовые факторы.</u> Временная деперсонализация бывает спровоцирована стрессом. Симптомы отчуждения личности проявляются при информационной перегрузке, напряженной умственной работе без отдыха, ежедневных конфликтах на работе или в семье. Терапия ориентирована на повышение стрессоустойчивости. <u>Психические расстройства.</u> Деперсонализация наблюдается при шизофрении, панических атаках, в депрессивной фазе биполярного аффективного расстройства. Она может выступать доминирующим компонентом психопатологического состояния, например, у депрессивных больных, или оставаться незначительным проходящим симптомом. <u>Органические заболевания ЦНС.</u> Органические патологии мозга – нейроинфекции, инсульты, черепно-мозговые травмы – часто сопровождаются деперсонализацией. При эпилепсии она проявляется в форме пароксизмов. Даже при наличии бредовых симптомов сохраняется критическое отношение пациентов к данному расстройству. Основное лечение проводится неврологом. <u>Применение психотропных лекарств.</u> Деперсонализационные проявления возможны как побочный эффект приема психотропных препаратов. Причины – назначение нейролептиков при тревожных и депрессивных расстройствах, использование СИОЗС, вызывающих акатизию и снижение дофаминергической передачи. <u>Наркомания.</u> Деперсонализационные симптомы могут быть индуцированы применением диссоциативных наркотических средств. К ним относятся блокаторы NMDA рецепторов – кетамин, фенциклидин, декстрометорфан, а также марихуана. Лечение сводится к отмене наркотика, лишь в отдельных случаях расстройство становится стойким

Диагностика	Обследование начинается с клинических методов – опроса, наблюдения. Для правильного подбора лечения необходимо подтвердить или исключить органические причины расстройства. Назначается неврологический осмотр, инструментальные методы диагностики (ЭЭГ, МРТ, КТ головного мозга). С целью определения наличия токсических веществ в организме проводятся анализы крови и мочи. Непосредственно деперсонализация диагностируется следующими методами: <u>Клиническая беседа.</u> Пациенты знают, что их ощущения отчужденности своей личности субъективны, являются симптомом заболевания или стрессового состояния, поэтому открыто описывают свои переживания, сообщают об их характере и продолжительности. Критериями деперсонализации являются периодическое или постоянное чувство измененности личности, сохраненное чувство реальности, дискомфорт, снижение социальной активности. <u>Наблюдение.</u> В период стационарного лечения больного возможно проведение полевых наблюдений за его поведением. В деперсонализационном состоянии он становится скованным, замкнутым, апатичным. Частые симптомы – растерянность, утрата интереса к происходящему. Периодическая деперсонализация проявляется как смена периодов активности и общительности внезапной пассивностью, молчаливостью. <u>Психодиагностические методы.</u> Специальные психологические опросники и анкеты позволяют определить выраженность и стойкость деперсонализации, ее положение в структуре личности больного. Варианты таких методик – опросник А. Кошкарковой, шкала Нуллера. Результат считается положительным, если по шкале деперсонализации-дереализации получены показатели, превышающие нормативные значения. <u>Дифференциальная диагностика</u> включает различение деперсонализации с тревогой, депрессией, психическими автоматизмами. Для исключения депрессии и тревоги проводится диазепамовый тест. Деперсонализация подтверждается, если спустя 20–30 минут симптом исчезает или редуцируется. Ключевое отличие от психического автоматизма – отсутствие ощущения управления кем-то извне, «сделанности», «внушенности» мыслей другим человеком или образом
Прогноз. Профилактика	При своевременном начале лечения прогноз положительный, деперсонализация успешно устраняется методами психотерапии и медикаментозно. Рецидивирующее течение деперсонализации наносит минимальный вред при психотерапевтическом сопровождении. Профилактические меры включают повышение стрессоустойчивости (правильное питание, режим дня, физические нагрузки), помощь психолога при переживании травмирующих ситуаций, правильное лечение психических и неврологических болезней, отказ от употребления наркотиков

Психологическая помощь	Терапия определяется этиологическим фактором данного состояния, пациентам может быть показан прием ноотропов, транквилизаторов или антидепрессантов; лечение наркотической зависимости; психотерапия для устранения стрессовых и посттравматических расстройств. На сегодняшний день наиболее эффективным считается подход, сочетающий психотерапевтические методы и медикаментозную коррекцию. В схему лечения включаются: <u>Психодинамическая терапия.</u> Сеансы психоанализа нацелены на устранение деперсонализации как подсознательной психической защиты. Терапевт проводит анализ внутренних конфликтов пациента, помогает осознать и пережить травматический опыт, определить источники стрессов в повседневной жизни. Если лечение производит положительный эффект, потребность в защите собственного «Я» постепенно снижается, деперсонализация исчезает. <u>Гештальт-терапия.</u> Основная задача данного направления – помочь больному почувствовать и осознать себя в настоящем моменте. Для этого используются техники отслеживания и регистрации мыслей, эмоций, ощущений в теле. Для повышения навыка «возвращения к телу» применяются разнообразные воздействия на органы чувств (громкая музыка, яркие визуальные стимулы). <u>Когнитивно-бихевиоральная терапия.</u> Деперсонализация психогенного происхождения устраняется через осознание и мысленную переработку причин симптома, с помощью освоения новых мыслительных и поведенческих шаблонов, препятствующих возникновению чувства отчуждения своего «Я». Психотерапевт рассказывает, как появляется деперсонализация, какими эмоциями поддерживается, обучает навыкам расслабления, отвлечения, концентрации внимания на реальных ощущениях, управляемых мыслях
------------------------	---

Тема 9. Патопсихологическая характеристика расстройств настроения

План:

1. Общая характеристика расстройств настроения.
2. Виды расстройств настроения их диагностика.
3. Основные направления психологической помощи больным с расстройствами настроения.

1. Общая характеристика расстройств настроения

Причина	Нарушения эмоций провоцируются внешними и внутренними причинами. По своему происхождению они являются невротическими, эндогенными или симптоматическими. Во всех случаях существует определенная предрасположенность к формированию аффективного расстройства – неуравновешенность ЦНС, тревожно-мнительные и шизоидные черты характера
---------	---

Группы причин: психогенные неблагоприятные факторы.	Эмоциональные нарушения могут быть спровоцированы психотравмирующей ситуацией либо продолжительным стрессом. Среди наиболее распространенных причин – смерть близкого человека (супруга, родителя, ребенка), ссоры и насилие в семье, развод, утрата материальной стабильности
соматические заболевания	Расстройство аффекта может являться осложнением другой болезни. Оно провоцируется непосредственно дисфункцией нервной системы, эндокринных желез, вырабатывающих гормоны и нейромедиаторы. Ухудшение настроения также возникает из-за тяжелых симптомов (болей, слабости), неблагоприятного прогноза заболевания (вероятности инвалидизации, смерти)
генетическая предрасположенность	Патологии эмоционального реагирования могут быть обусловлены наследственными физиологическими причинами – особенностями строения мозговых структур, скоростью и целенаправленностью нейротрансмиссии. Пример – биполярное аффективное расстройство
естественные гормональные сдвиги	Нестабильность аффекта иногда связана с эндокринными изменениями во время беременности, после родов, в период полового созревания или климакса. Дисбаланс уровня гормонов влияет на функционирование отделов мозга, отвечающих за эмоциональные реакции

2. Виды расстройств настроения

Нарушения выраженности эмоций:	Чрезмерная интенсивность называется аффективной гиперестезией, слабость – аффективной гипостезией. В данную группу включены: сензитивность, эмоциональная холодность, эмоциональное обеднение, апатия
Нарушения адекватности эмоций	При амбивалентности одновременно сосуществуют разнонаправленные эмоции, что препятствует нормальному реагированию на окружающие события. Неадекватность характеризуется несоответствием качества (направленности) аффекта воздействующим стимулам. Пример: смех и радость при трагических новостях
Нарушения устойчивости эмоций	Эмоциональная лабильность проявляется частой и необоснованной изменчивостью настроения, эксплозивность – повышенной эмоциональной возбудимостью с ярким неконтролируемым переживанием гнева, ярости, проявлением агрессии. При слабодушии наблюдаются колебания эмоций – слезливость, сентиментальность, капризность, раздражительность
Диагностика	К специфическим методам исследования относятся: Клиническая беседа. В ходе разговора с больным специалист узнает о беспокоящих симптомах, выявляет речевые особенности, указывающие на эмоциональное расстройство. При депрессии пациенты говорят медленно, вяло, тихо, на вопросы отвечают односложно. При мании – словоохотливы, используют яркие эпитеты, юмор, быстро меняют тему беседы. Для тревоги характерна сбивчивость речи, неравномерный темп, снижение целенаправленности

	Наблюдение. Часто производится естественное наблюдение эмоциональной и поведенческой экспрессии – специалист оценивает мимику, особенности жестикуляции больного, активность и целенаправленность моторики, вегетативные симптомы. Существуют стандартизированные схемы наблюдения за экспрессией, например, детальный метод анализа мимического выражения (FAST). Результат выявляет признаки депрессии – опущенные уголки рта и глаз, соответствующие морщины, скорбное выражение лица, скованность движений; признаки мании – улыбку, экзофтальм, повышенный тонус мимических мышц. Психофизиологические тесты. Производятся для оценки психического и физиологического напряжения, выраженности и стабильности эмоций, их направленности и качества. Используется цветовой тест отношений А. М. Эткинда, метод семантического дифференциала И. Г. Беспалько и соавторов, методика сопряженных моторных действий А. Р. Лурия. Тесты подтверждают психоэмоциональные нарушения через систему неосознаваемых выборов – принятие цвета, вербальное поле, ассоциации. Результат интерпретируется индивидуально. Проективные методики. Данные техники направлены на исследование эмоций через призму неосознаваемых личностных качеств, черт характера, социальных отношений. Применяется тематический апперцептивный тест, фрустрационный тест Розенцвейга, тест Роршарха, тест «Рисунок человека», «Рисунок человека под дождем». Результаты позволяют определить наличие депрессии, мании, тревожности, склонность к агрессии, импульсивность, асоциальность, фрустрированные потребности, ставшие причиной эмоционального отклонения. Опросники. Методики основаны на самоотчете – способности пациента оценить свои эмоции, черты характера, состояние здоровья, особенности межличностных отношений. Распространено использование узконаправленных тестов для диагностики депрессии и тревоги (опросник Бека, опросник симптомов депрессии), комплексных эмоционально-личностных методик (Дерогатис, MMPI (СМИЛ), тест Айзенка)
Основные направления психологической помощи больным с расстройствами настроения	Направление психотерапевтической помощи определяется особенностями расстройства. При тяжелом депрессивном компоненте показаны индивидуальные сеансы когнитивной и когнитивно-бихевиоральной терапии, постепенное включение в групповые занятия (гештальт-терапия, психодрама). Больным с повышенной тревожностью необходимо освоение техник саморегуляции и релаксации, работа с ошибочными установками, препятствующими снижению напряжения

Тема 10. Патопсихологическая характеристика расстройств личности

План:

1. Общая характеристика невроза.
2. Характеристика синдромов.

1. Общая характеристика невроза

Основной фактор	Наличие психотравмирующей ситуации в жизненно важных отношениях
Факторы возникновения и развития	Биологические – пол, наследственности и особенности конституции. К неврозам более склонны женщины и астеники по телосложению; люди, по генеалогической линии которых уже встречались неврозы. Кроме того, частые и хронические заболевания могут стать причиной невроза. Это касается особенно длительных хронических желудочно-кишечных расстройств и сердечно-сосудистых заболеваний, а также хронического переутомления, алкоголизации и инфекций. Социальные – родительская семья, а именно ее материальное положение, культурный уровень, особенности сексуального воспитания, нарушение семейных и личных границ. Роль в развитии невроза играет и семейное положение пациента, особенности профессиональной деятельности (неудобное рабочее место, информационные перегрузки, однообразная работа). Психологические – система взглядов и ценностей человека, его способ мышления и поведения, а также психотравмирующие ситуации в детстве и в настоящем
Симптомы	1) нарушение глотания, боли и урчание в животе, спазмы кишечника; 2) сексуальные расстройства у мужчин и женщин; частые или постоянные мышечные боли, головные боли, мигрени; 3) снижение памяти, внимания, мышления; нарушение сна, ощущение недосыпа, сонливость; 4) учащенное мочеиспускание и вызванная им тревога; боли в области сердца, изменения сердечного ритма и артериального давления; 5) чувство нехватки воздуха, ощущение кома в груди, частая икота; 6) кожные проявления (зуд, покраснения)
Этапы развития	В своем развитии невротические расстройства проходят 3 этапа. На первых двух этапах в силу внешних обстоятельств, внутренних причин или под воздействием проводимого лечения невроз может бесследно прекратить свое существование. В случаях затяжного воздействия

	психотравмирующего триггера (хронический стресс), при отсутствии профессиональной психотерапевтической и/или медикаментозной поддержки пациента, возникает 3-й этап – заболевание переходит в стадию хронического невроза. Происходят стойкие изменения в структуре личности, которые сохраняются в ней даже при условии эффективно осуществляемой терапии. Первым этапом в динамике невроза считается невротическая реакция – кратковременное невротическое расстройство длительностью не более 1 мес, возникающее в результате острой психотравмы. Типична для детского возраста. В качестве единичного случая может отмечаться у совершенно здоровых в психическом плане людей. Более длительное течение невротического расстройства, изменение поведенческих реакций и появление оценки своего заболевания говорят о развитии невротического состояния, т. е. собственно невроза. Не купируемое невротическое состояние в течение 6 мес – 2 лет приводит к формированию невротического развития личности. Близкие пациента и он сам говорят о существенном изменении его характера и поведения, зачастую отражая ситуацию фразой «его/ее как подменили»
Классификация: В МКБ-10 вместо термина «невроз» использован термин «невротическое расстройство». Однако на сегодняшний день понятие «невроз» широко употребляют в отношении психогенных расстройств высшей нервной деятельности, т. е. обусловленных действием хронического или острого стресса. Если те же нарушения связаны с влиянием других этиологических факторов (например, токсическим воздействием, травмой, перенесенным заболеванием), то их относят к так называемым неврозоподобным синдромам: 1. Астенический синдром. 2. Обсессивный синдром. 3. Фобический синдром. 4. Ипохондрический синдром	Диагностика Психологический метод диагностирования заключается в психологическом тестировании: Методика САН; Методика оценки психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности; Тест-опросник «Оценка настроения»; Методика «Самооценка эмоциональных состояний»; Тест-анкета «Эмоциональная направленность»; Торонтская алекситимическая шкала; <i>Методики экспресс-диагностики В.В. Бойко:</i> 1. Методика экспресс-диагностики личностной склонности к сниженному настроению (дистимии); 2. Методика диагностики типа эмоциональной реакции на воздействие стимулов окружающей среды; 3. Методика экспресс-диагностики неуправляемой эмоциональной возбудимости; 4. Методика экспресс-диагностики склонности к аффективному поведению; 5. Методика диагностики помех в установлении эмоциональных контактов; 6. Методика диагностики эмоционального «выгорания» личности; 7. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.А. Жмурова; 8. Шкала экспресс-диагностики уровня невротизации.

	Задача специалиста – выявить психологические особенности личности, особенности поведения в различных ситуациях (возможно использовать психологический эксперимент)
Прогноз и профилактика	<i>Прогноз</i> невроза зависит от его вида, этапа развития и длительности течения, своевременности и адекватности оказываемой психологической и медикаментозной помощи. В большинстве случаев вовремя начатая терапия приводит, если не к излечению, то к значительному улучшению состояния пациента. Длительное существование невроза опасно необратимыми изменениями личности и риском суицида. Хорошей <i>профилактикой</i> неврозов является предупреждение возникновения психотравмирующих ситуаций, особенно в детском возрасте. Но лучшим способом может быть воспитание в себе правильного отношения к приходящим событиям и людям, выработка адекватной системы жизненных приоритетов, избавление от заблуждений. Укреплению психики также способствует достаточный сон, добротворчество и подвижный образ жизни, здоровое питание, закаливание
Психологическая помощь лицам с неврозами	Из методов психотерапевтического воздействия хорошо зарекомендовала себя когнитивно-поведенческая терапия. Широкое распространение получил метод экспозиции, когда пациент под контролем психотерапевта сталкивается с тревожащей его ситуацией, чтобы убедиться, что ничего страшного не последует. Например, пациенту со страхом заразиться микробами, который постоянно моет руки, предписывают не мыть руки для того, чтобы убедиться, что при этом никакой болезни не происходит. Частью комплексной психотерапии может быть метод «остановки мысли», состоящий из 5 шагов. Первый шаг состоит в определении списка навязчивостей и психотерапевтической работе по каждой из них. Шагом 2 является обучение пациента способности при возникновении обсессий переключаться на какие-то позитивные мысли (вспомнить любимую песню или представить себе красивый пейзаж). В шаге 3 пациент учится произнесенной вслух командой «стоп» останавливать наплывание обсессии. Делать тоже самое, но произнося «стоп» только мысленно – задача шага 4. Последним шагом нарабатывается способность пациента находить позитивные аспекты в возникающих негативных навязчивостях. К примеру, при страхе утонуть представить себя в спасательном жилете рядом с лодкой. Наряду с этими методиками дополнительно применяется индивидуальная психотерапия, аутогенные тренировки, лечение гипнозом. У детей эффективна сказкотерапия, игровые методы

2. Характеристика синдромов

Тип / Характеристика	Проявления
Астенический синдром Разделяется на формы: 1) психотическую (характерна для шизофрении, депрессии – больные с трудом справляются с нагрузками в обычной жизни, нет обратимости состояния, а только усиление при воздействии психологических факторов); 2) органическую (наблюдается при органических заболеваниях головного мозга, например, при опухоли, инсульте, травме, атеросклерозе и др.); 3) невротическую (характерна «невротическая триада»: астения, нарушение сна и какие-либо вегетативные проявления)	Астения проявляется усталостью, снижением психической и физической работоспособности, нарушениями сна, повышенной раздражительностью или наоборот вялостью, эмоциональной неустойчивостью, вегетативными нарушениями
Обсессивный синдром	Основу клинической картины невроза навязчивых состояний составляют обсессии – непреодолимо навязчивые мысли (представления, страхи, сомнения, влечения, воспоминания), которые не получается «выбросить из головы» или игнорировать. При этом пациенты достаточно критично относятся к себе и к своему состоянию. Однако, несмотря на многократные попытки преодолеть его, не достигают успеха. Наряду с обсессиями возникают компульсии, при помощи которых больные пытаются уменьшить тревогу, отвлечься от назойливых мыслей. В некоторых случаях пациенты осуществляют компульсивные действия скрытно или мысленно. Это сопровождается некоторой рассеянностью и медлительностью при выполнении ими служебных или домашних обязанностей. Степень выраженности симптомов может варьировать от слабой, практически не влияющей на качество жизни пациента и его трудоспособность, до значительной, приводящей к инвалидизации. При слабой выраженности знакомые больного с обсессивно-компульсивным расстройством могут даже не догадываться о существующем у него заболевании, относя причуды его поведения к особенностям характера. В тяжелых запущенных случаях пациенты отказываются выходить из дома или даже из своей комнаты, например, чтобы избежать заражения или загрязнения

Фобический синдром	Фобия отличается навязчивым переживанием страха, при этом имеет место четкая фабула (то есть сюжет) и сохранность критики человека. Обычно эти переживания, страхи очень яркие, насыщены чувствами и эмоциями. Важно, что человек борется со своими переживаниями и во время приступа фобии может воспринимать мнимую опасность как реальную
Ипохондрический синдром Ипохондрия (ипохондрическое расстройство) – психическое расстройство, проявляющееся постоянной озабоченностью по поводу собственного здоровья и устойчивыми подозрениями в наличии тяжелого заболевания. По данным некоторых исследователей, больные ипохондрией составляют 14% от общего количества пациентов, обращающихся за помощью в медицинские учреждения общего профиля. Мнения о распространенности ипохондрии среди мужчин и женщин разнятся	Больные ипохондрией предъявляют жалобы на боли и неприятные ощущения в области различных органов. Зачастую они напрямую называют предполагаемое соматическое заболевание или окольными путями пытаются заострить внимание врача на возможности развития той или иной болезни. При этом степень убежденности в наличии определенного заболевания меняется от одного приема к другому. Пациенты, страдающие ипохондрией, могут «перескакивать» от одной болезни к другой, чаще – в пределах одного органа или системы (например, на предыдущем приеме больной тревожился о раке желудка, а теперь склоняется к диагнозу язвенной болезни), реже наблюдается «миграция» болезненных ощущений. Чаще всего опасения больных ипохондрией связаны с состоянием сердечно-сосудистой системы, мочеполовой системы, желудочно-кишечного тракта и головного мозга. Некоторые пациенты, страдающие ипохондрией, беспокоятся о возможном наличии инфекционных заболеваний: ВИЧ, гепатита и т.д. Рассказ о неприятных ощущениях может быть ярким, эмоциональным или, напротив – монотонным, эмоционально невыразительным. Попытки врача разубедить больного вызывают выраженную негативную реакцию. Жалобы пациентов, страдающих ипохондрией, отличаются своеобразием и не вписываются в клиническую картину определенного соматического заболевания. Больные ипохондрией часто отмечают наличие парестезий: ощущение покалывания, онемения или ползания мурашек. Второе место по распространенности при ипохондрии занимают психалгии – боли, не связанные с патологией какого-то органа. Возможны сенесталгии – необычные, порой причудливые болевые ощущения: жгучие, выкручивающие, стреляющие, выворачивающие и т.п. Иногда при ипохондрии наблюдаются сенестопатии – трудноописуемые, но очень неприятные ощущения, которые сложно связать с деятельностью какого-то органа. Кроме того, пациенты нередко предъявляют жалобы на общее недомогание, ощущение неясного, но глобального соматического неблагополучия

Тема 11. Патопсихологическая характеристика шизофрении

План:

1. Определение и теории возникновения шизофрении.
2. Патопсихологическая характеристика шизофрении.
3. Психотерапия и преодоление стигмы шизофрении.

1. Определение и теории возникновения шизофрении

Шизофрeния́ (от др.-греч. *σχίζω* – раскалываю и *φρήν* – ум, рассудок), ранее лат. *Dementia praecox* («слабоумие преждевременное») – полиморфное психическое расстройство или группа психических расстройств, связанное с распадом процессов мышления и эмоциональных реакций. Шизофренические расстройства в целом отличаются характерными фундаментальными расстройствами мышления и восприятия, а также неадекватным или сниженным аффектом. Наиболее частыми проявлениями болезни являются слуховые галлюцинации, параноидный или фантастический бред либо дезорганизованность речи и мышления на фоне значительной социальной дисфункции и нарушения работоспособности.

Многообразие симптоматики породило дебаты о том, является ли шизофрения единым заболеванием или представляет собой диагноз, за которым кроется ряд отдельных синдромов. Эта неоднозначность была отражена при выборе названия: Блейлер использовал множественное число, именуя болезнь шизофрениями.



Теории возникновения шизофрении

Биологические теории возникновения шизофрении	Указывают на генетические, обменные и органические (атрофические) факторы, играющие роль в развитии данного заболевания. Вместе с тем до сих пор не удалось выявить ни одного нозологически специфичного биологического фактора в развитии данного расстройства
Психоаналитический подход к шизофрении	З. Фрейд связывал с возникновением шизофрении регрессию к той стадии, когда Эго еще не было сформировано, и попытками восстановить контроль над Эго. Неблагоприятные воздействия на ребенка в период раннего детства (равнодушные или пренебрегающие воспитанием родители) приводят к регрессии на стадию раннего нарциссизма. Неологизмы, речевую спутанность, бред величия Фрейд рассматривал как эгоцентрические симптомы
Концепция Фриды Фромм-Рейхман	Ф. Фромм-Рейхман предложила понятие «шизофреногенной матери». Согласно ее мнению, сочетание гиперопеки и пренебрежения ребенком приводят к его дезориентации и формированию патологических форм поведения
Теория современного психоанализа	Основную роль в формировании данного расстройства играют процессы расщепления. В принципе, расщепление наблюдается и при пограничном личностном расстройстве, однако эти два вида расщепления отличаются не только качественно, но и количественно. При шизофрении границы между разделенными областями частично проницаемы. Образы «Я» («Я» хорошее, «Я» плохое, «Я» идеальное и «Я» реальное) не отделены друг от друга, а существуют одновременно, и они активны. Больной шизофренией не может от них защититься. Некоторые пациенты определяют это состояние так: «Толпа других в голове». Человек неизбежно запутывается, становится рассеянным, что приводит к нарушениям поведения. В случае шизофрении расщепление происходит между «Я» и миром, между частями «Я», а также – расщепление окружающего мира на абсолютно «хорошие» и абсолютно «плохие» аспекты. При этом образы внутреннего мира подавляют образы внешнего мира. Реальный мир наполняется проекциями. Сознание навязчиво заполняется образами из бессознательного
Теория Нэнси Мак-Вильямса	Рассматривает шизофрению как крайнюю точку в континууме шизоидного реагирования (на другом конце континуума находятся хорошо адаптированные, высоко продуктивные шизоиды). Для всех шизоидов характерны врожденная чувствительность, низкое чувство психологического комфорта, восприятие окружающего мира как угрожающего индивидуальности, недостаток общих защит. Отчуждение шизоидных личностей происходит из опыта непонимания их окружающими. Это «наблюдатели» человеческого существования. Наиболее зрелой защитой шизоидной личности, по мнению Мак-Вильямс, является интеллектуализация. Основная проблема такого человека – проблема близости – дистанции. Шизоидная личность словно пытается сказать окружающим: «Подойди ближе: я одинок, но оставайся в стороне – я боюсь внедрения»

Когнитивный подход к шизофрении.	Бред и галлюцинации рассматриваются в когнитивной терапии как экстремальные проявления нормального процесса мышления. Считается, что когнитивный дефицит приводит к невозможности разграничения событий, обусловленных внешними и внутренними (связанными с самим больным) причинами. Галлюцинации являются ошибочной интерпретацией внешних событий, особенно тех, что носят двусмысленный характер
----------------------------------	--

2. Патопсихологическая характеристика шизофрении

При анализе изменений личности и психических процессов выделяются следующие характерные разновидности симптомов: нарушения мышления, нарушения речи, нарушения эмоций, нарушения личности, моторные расстройства.

Проявление шизофренических изменений мышления

Искажение процесса обобщения, разноплановость и резонерство	наблюдаются особенно отчетливо в картине шизофренических синдромов с преобладанием негативных психопатологических проявлений, причем вне острых психотических приступов
Нарушения речи	Речь больных шизофренией характеризуется своеобразием словарного запаса, склонностью к использованию неологизмов, малым использованием выразительных средств {мимика, интонирование), в некоторых случаях – бессвязностью. Часто наблюдается склонность рифмовать высказывания
Нарушения эмоций	Эмоциональная холодность является одним из наиболее заметных проявлений шизофрении. Больные выглядят отстраненными, безучастными, слабо реагируют даже на сильные эмоциональные стимулы. При этом в связи с бредом у них могут наблюдаться сильные эмоции, содержание которых неадекватно ситуации. Для больных шизофренией может быть характерна и амбивалентность эмоций, т.е. наличие в сознании одновременно двух различных по знаку типов эмоционального отношения
Нарушения личности	При шизофрении наблюдаются аутизм, потеря мотивами побудительной силы, нарушение критичности к своему состоянию и поведению, расстройства самосознания, формирование патологических мотивов
Аутизм и недостаток социальной направленности	Снижение способности к регуляции деятельности социальными мотивами, обусловленное снижением потребности в общении. Социальная направленность человека выражается в первую очередь в готовности к общению с другими, в поиске контактов, в ориентации на внешнюю оценку. Нарушения общения выявляются и в патопсихологическом обследовании больных шизофренией. Так, при классификации изображений человеческих лиц и ситуаций межличностного взаимодействия выявляется снижение ориентировки на социально значимые признаки, снижение дифференцированности восприятия социальных ситуаций

Изменения мотивационно-потребностной сферы	При шизофрении характерно превращение мотивов в «только знаемые», что приводит к значительному нарушению продуктивности деятельности, ее обеднению, неспособности регулировать ее в соответствии с изменившейся ситуацией. Постепенно сужается круг смысловых образований, то, что раньше волновало больного, утрачивает для него всякий смысл. В психиатрических классификациях это нарушение описывается как одна из разновидностей абулии, т.е. частичного или полного отсутствия желаний или побуждений. Как отмечают отечественные исследователи, мотивационная сфера больного неподвижна, новые события в жизни не приобретают личностного смысла. В то же время при наличии бреда и сверхценных идей у больных шизофренией можно наблюдать формирование патологических мотивов, отличающихся значительной силой и устойчивостью
Моторные расстройства (прежде всего проявления кататонии).	В состоянии ступора больные малоподвижны, не вступают в вербальный контакт, не реагируют на раздражители, не подчиняются просьбам окружающих, застывают в одной и той же позе и противятся попыткам изменить ее. Вместе с тем они могут переходить в состояние бурного моторного возбуждения, быстро передвигаться, бессвязно говорить или кричать, в некоторых случаях пытаются причинять вред себе или нападать на окружающих
Нарушение целенаправленности мышления.	Приводит к потере его продуктивности, что составляет резкий контраст с наличием у больного нужных для выполнения задачи интеллектуальных способностей. Например, классификацию предметов такой больной проводит по несопоставимым признакам либо предлагает несколько вариантов, ни на одном из которых он не может остановиться
Бред специфического содержания.	Типичные бредовые идеи, высказываемые больными шизофренией, – это идеи преследования; контроля, который осуществляют над ними некие внешние силы; связи всех происходящих вокруг событий с жизнью больного; греха или насилия; болезни; нигилистические идеи; идеи грандиозности, собственного величия

3. Психотерапия и преодоление стигмы шизофрении

Психотерапию шизофрении необходимо проводить в различных формах: индивидуальной, групповой и семейной.

Социотерапия и семейная терапия – обязательный компонент реабилитации больного шизофренией, заметно повышающий уровень комплайенса. При этом психотерапевт стремится сформировать навыки социального взаимодействия, повысить эффективность в общении и проблемно-решающем поведении (Вид В.Д., 2008).

Психотерапия больного шизофренией строится на основе его ресурсов личности. Поведение больного во многом определяется особенностями его личности, системой отношений и социальными установками.

Преодоление стигмы шизофрении – важный принцип психотерапии этого психического расстройства. Борьба со стигмой начинается с первой встречей и усиливается с момента разъяснения больному и членам его семьи диагноза. Учитывая негативную социальную значимость последнего, не рекомендуется ставить диагноз шизофрении в ближайший год после встречи с пациентом. На первом этапе взаимодействия с пациентом следует говорить о «повышенном риске дальнейшего ухудшения психического расстройства», рекомендуя с помощью специалистов «справиться с затяжным состоянием стресса», а не о «необходимости неотложного лечения тяжелого психического расстройства – шизофрении». Рассказав больному и его семье о шизофрении, важно подчеркнуть «условность диагноза», большую вероятность позитивного результата современной терапии психического расстройства, возможность полной социальной и трудовой реабилитации.

По механизму своего возникновения, в целях более эффективной психотерапии, целесообразно разделить стигму на ее «экстернальный» и «интернальный» варианты.

«Экстернальный вариант» формирования стигмы создается ближайшим окружением пациента, членами его семьи, которые говорят о непонятности переживаний больного, нелепости его высказываний и опасности поступков, неизлечимости шизофрении. Для «экстернального варианта» развития стигмы характерен депрессивный налет. Больной шизофренией нередко предстает перед нами отчаявшимся человеком, который считает себя неполноценным, неспособным к какой-либо полезной деятельности инвалидом и без надежды смотрит в свое будущее. Обычно «экстернальный» вариант стигмы наслаивается на «интернальный», следствие этого – мысли о самоубийстве, замкнутый образ жизни, алкоголизация. Стигма значительно усиливает выраженность негативной симптоматики и когнитивных нарушений типичных для шизофрении. Нередко больной скрывает от окружающих свое состояние, ранние симптомы обострения болезни, тем самым провоцируя ее рецидив.

Стигма может поддерживаться искаженными представлениями о причинах и механизме развития шизофрении. Примером этого может быть излишний акцент пациента, членов его семьи, медицинского персонала и психологов на прошлом больного и, в частности, раннем периоде его детства. Ранние психические травмы становятся своего рода фетишем, который определяет всю последующую жизнь больного шизофренией, и своего рода необратимость его психического статуса.

Тема 12. Патопсихологическая характеристика зависимости от психоактивных веществ

План:

1. Виды ПАВ.
2. Критерии зависимости от психоактивных веществ.
3. Взгляды представителей различных направлений психологии на возникновение аддиктивного поведения.
4. Терапия зависимости от психоактивных веществ.

1. Виды ПАВ

Проблема зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) является одной из острых медико – социальных проблем современного мира. По оценкам зарубежных исследователей употребляют ПАВ и испытывают зависимость от них около 13% населения. Большинство ПАВ могут при их приеме вызывать различные соматические, неврологические, психические нарушения, что приводит к социальной дезадаптации. Медицинские последствия зависимости от ПАВ определяются, главным образом, сокращением длительности жизни в результате высокой смертности.

Под психотропным веществом принято понимать вещество, влияющее на ЦНС, под психоактивным – психотропное вещество, обладающее аддиктивными (ощущаемая человеком навязчивая потребность в определённой деятельности) свойствами и способное вызывать зависимость.

Психоактивные вещества (ПАВ) способны при однократном приеме, вызывать положительные эмоциональные переживания, а при систематическом употреблении – физическую и психическую зависимость.

Различают следующие виды ПАВ:

1. Алкоголь (приравнен по статусу к пищевым продуктам)
2. Наркотики – должны соответствовать трем критериям:
 - а) Обладают свойствами ПАВ (медицинский критерий);
 - б) Немедицинское потребление имеет большую социальную значимость (социальный критерий);
 - в) Включено в список наркотических средств и запрещено к распространению и употреблению (юридический критерий).
3. Ненаркотические ПАВ (ПАВ, но не входят в список наркотиков).

2. Критерии зависимости от психоактивных веществ

Диагностика расстройства употребления психоактивных веществ основывается на выявлении патологического образца поведения, при котором пациенты продолжают употреблять вещество несмотря на то, что испытывают значительные проблемы, связанные с его потреблением. Диагностическое и статистическое руководство психических расстройств дает 11 критериев, разделенных на 4 категории.

1. Недостаточный контроль за употреблением

- Человек принимает вещество в большем количестве или в течение более продолжительного времени, чем первоначально планировалось
- Человек желает остановить или сократить употребление вещества
- Человек тратит значительное время на приобретение, употребление или восстановление от последствий употребления вещества
- У человека есть сильное желание (тяга) к употреблению вещества

2. Социальные нарушения

- Человек не выполняет основные ролевые обязательства на работе, в школе или дома
- Человек продолжает употреблять вещество, даже если это вызывает (или усугубляет) социальные или межличностные проблемы
- Человек упускает или снижает важную социальную, профессиональную или рекреационную деятельность из-за употребления психоактивных веществ

3. Рискованное использование

- Человек использует вещество в физически опасных ситуациях (например, при вождении или в опасных социальных обстоятельствах)
- Человек продолжает использовать вещество, несмотря на осознание того, что это усугубляет медицинскую или психологическую проблему

4. Фармакологические симптомы

Факторы, предрасполагающие к развитию зависимости от ПАВ:

- 1) физические характеристики,
- 2) личностные характеристики,
- 3) Обстоятельства и расстройства.

Физические характеристики, вероятнее всего, включают в себя генетические факторы. Тем не менее, хотя исследователи длительное время пытались определить конкретные факторы, они обнаружили лишь несколько биохимических или метаболических различий между людьми, у которых происходит и не происходит развитие расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ.

Личные качества не относятся к явно сильным факторам, хотя люди с низким уровнем самоконтроля (импульсивностью) или высоким уровнем склонности к риску и стремлением к новизне могут иметь повышенный риск развития расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ. Зависимый тип личности описывали различные ученые, изучающие проблемы поведения, но существует мало научных доказательств, поддерживающих эту концепцию.

Ряд обстоятельств и сопутствующие расстройства, судя по данным, увеличивают риск. Например, люди, которые испытывают грусть, находятся в эмоционально угнетенном состоянии или социально отчужденные могут воспринять эти чувства, как результат временного прекращения приема наркотика; это может привести к увеличению потребления, а иногда

и к развитию расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ. Пациенты с другими, не взаимосвязанными психическими расстройствами, имеют повышенный риск развития расстройства, вызванного злоупотреблением психоактивных веществ. Пациенты с хронической болью часто принимают опиоиды для облегчения симптомов; у многих впоследствии развивается расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ.

Толерантность: человек нуждается в постепенном увеличении дозы наркотика для получения интоксикации или эффекта удовольствия, либо эффект текущей дозы уменьшается со временем.

Синдром отмены: неожиданные физические эффекты возникают, после прекращения употребления лекарственного средства или когда его влияние нейтрализуется специфическим антагонистом.

Некоторые лекарственные средства, в частности, опиоиды, седативные/снотворные и стимуляторы, могут привести к развитию толерантности и/или симптомам отмены даже при употреблении в медицинских целях и за относительно короткий период времени (< 1 недели для опиоидов). Симптомы абстинентного синдрома (синдрома отмены), которые развиваются после такого надлежащего медицинского употребления не учитываются в качестве критерия для постановки диагноза расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ.

Люди, у которых имеются ≥ 2 из этих критериев в течение 12-месячного периода, считаются имеющими расстройство. Тяжесть расстройства, вызванного употреблением психоактивного вещества, определяется количеством симптомов: слабая: от 2 до 3 критериев; умеренная: от 4 до 5 критериев; серьезная: ≥ 6 критериев.

3. Взгляды представителей различных направлений психологии на возникновение аддиктивного поведения:

Источник, причина		Сущность зависимости	Направление
Конфликты детства, эмоциональная зависимость (от матери, взрослых)	Внутрипсихические конфликты детства, дефекты в психосексуальном развитии (анальная, оральная стадии)	Инфантилизм, избегание решать конфликты, удовлетворение потребности в эмоциональном растворе	Психоанализ (З. Фрейд, А. Фрейд, Г. Гартман, П. Блос)
	Эмоциональная зависимость от матери	Игра (формирование жизненного сценария)	Транзактный анализ (Э. Берн)
	Неполноценность, недостаток развития чувства общности, особенности стиля жизни	Компенсационная система адаптации к обществу	Индивидуальная психология (А. Адлер)
	Кризис идентификации, нерешенные конфликты детства	Компенсация спутанной идентичности (ролевой, этнической, сексуальной)	Теория идентичности (Э. Эриксон)

	Потребность в преодолении отчуждения и одиночества	Формирование пассивной симбиотической связи	Гуманистический психоанализ (Э. Фромм)
Внешние стимулы	Конфликт зависимости – независимости, трудности в установлении эмоциональных связей со сверстниками	Снятие внутренней тревоги	Бихевиоризм. Теория зависимости (К. Бандура, Р. Уотсон)
Стресс, фрустрация	Стресс	«Совладание» со стрессом	Интеракционистический подход (Т. Шибутани, Л. Филлипс)
	Фрустрация	Избавление от фрустрации, адаптационная система	
Противоречивость «Я», фрустрация значимых потребностей, проблема смысла жизни	Фрустрация значимых потребностей, сниженный «локус контроля», утрата или отсутствие смысла жизни	Избавление от фрустрации, способ «решения» проблем	Гуманистические концепции (А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл, Г. Олпорт)
	Конфликт смысла жизни, своего существования	Избавление от беспокойства, неудовлетворенности, пустоты и изоляции от общества, где личность не признана	Психосинтез (Р. Ассаджиоли)
	Противоречивая и внутренне конфликтная жизненная концепция	Компенсация сниженных адаптационных возможностей	Теория личностных конструктов (Дж. Келли)
	Расстройства «Я», личностные нарушения	Компенсация личностной незрелости и инфантилизма	Онтопсихология (А. Менегетти)
	Употребление не специфичных для культуры ПАВ	Избавление от стрессов и депрессий	Этнокультурный подход (А.В. Сухарев)
Нарушения в перинатальном периоде (III матрица), использование анестезии при родах		Способ ненасильственного самоубийства, избавление от тяжелых стрессов	Трансперсональная психология (С. Гроф)
Мозговые структуры «центр удовольствия»		Выработка дофамина	Теория процесса противодействия в мотивации
Доминирование одной потребности	Нарушение процесса «контакт-ухода», доминирование одной потребности, выступающей как фигура		Гештальттерапия (Ф. Перлз)
	Сдвиг мотива на цель, доминирование одной потребности	Компенсация неразвитости социальной компетентности, ослабление внутреннего напряжения	Деятельностный подход

Утрата субъектности	Переживание избыточных возможностей как самооценочной формы активности	Теория персонализации (В.А. Петровский)
Онтологическая энтропия, генерализованная неудовлетворенность, нерешенные задачи взросления	«Жажда целостности». Заимствованная или собственная целостность личности. формирование внутриличностной системы самоподдержки	Онтосубъектный подход (С.В. Березин, К.С. Лисецкий, Н.Ю. Самыкина)

4. Терапия зависимости от психоактивных веществ

Первый шаг в лечении заключается в *детоксикации организма*. Важное внимание на этом этапе снижению негативных последствий после приема наркотических веществ. Осуществляется введение препаратов стимулирующих выведение токсинов, используются препараты, купирующие абстинентный синдром.

Следующим шагом является *преодоление абстинентного расстройства*, которое проявляется отсутствием стабильного сна, агрессивностью и неконтролируемому, патологическому влечению к наркотику. Поэтому важной задачей помощи пациенту является перейти к следующему этапу лечения без возврата к употреблению наркотических веществ. С этого этапа помимо медикаментозных препаратов назначается и постепенная психотерапевтическая помощь.

Заключительным этапом лечения является *закрепление терапевтического успеха*. У пациента еще остается психологическая зависимость, связанная с приемом ПАВ. Справиться с этой тягой сложнее, поэтому специалисты проводят коррекцию психического поведения пациентов.

Реабилитация является направлением профилактики употребления наркотических веществ. Этот этап необходим для психологического восстановления пациентам, прошедшим курс лечения. Работа может проводиться индивидуально или в группах и направлена на профилактику «срыва». Могут использоваться методы коллективных бесед, где участвуют люди победившие в себе это пагубное, болезненное влечение. Этап реабилитации достаточно длительный, поэтому такие примеры оказывают поддерживающее и стимулирующее значение для пациентов. Возвращение наркозависимых в обычную среду проводится после восстановления психических процессов и социальных навыков.

Тема 13. Нарушение психического развития

План:

1. Психологические проблемы аномального онтогенеза. Периодизация возрастных кризисов.
2. Классификация нарушений психического развития.
3. Умственная отсталость и ранний детский аутизм. Патопсихологическая характеристика.
4. Диагностика нарушений психического развития и организация психологической помощи.

1. Психологические проблемы аномального онтогенеза. Периодизация возрастных кризисов

Факторы, влияющие на психическое развитие:	Формы влияния:
наследственность; семейная среда и воспитание; внешняя среда с многообразием ее социальных и биологических воздействий	биологическое; социальное; социальное и биологическое

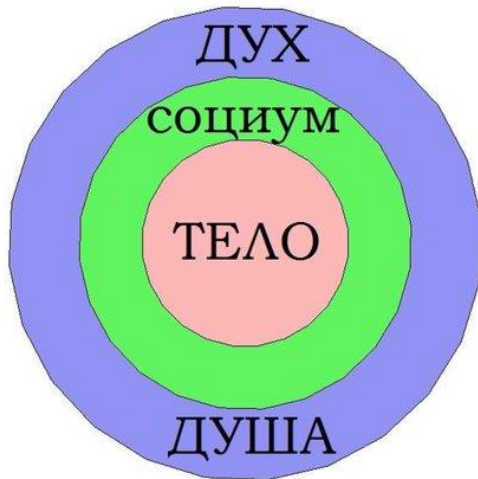
Онтогенез — это плавное изменение организма, происходящее этапами в форме количественных и качественных сдвигов. Данное понятие имеет прямое отношение ко всей жизни человека.

Дизонтогенез — это нарушение развития на каком-либо этапе онтогенеза.

Биологические факторы дизонтогенеза:	1) генетические факторы (наследственные болезни, хромосомные aberrации, генные мутации, эндогенные заболевания и т.д.); 2) внутриутробные нарушения (токсикозы, инфекции, интоксикации); 3) патология родов; 4) ранние заболевания с поражением центральной нервной системы (прогрессирующие гидроцефалии, опухоли ГМ, энцефалиты)
Социальные факторы дизонтогенеза:	1) различные виды эмоциональной и социальной депривации; 2) различные социальные психологические стрессы

Проблемой влияния биологических и социальных факторов на онтогенез занимается возрастная клиническая психология. Ее область — психические процессы и состояния, возрастные кризисы, психосоматические взаимодействия на различных этапах развития.

Биоспихосоциодуховная потребностноиерархическая концепция человека



Биологические потребности – гармония и интеграция в границах организма (тела)

Социальные потребности – обеспечение целостности и гармоничности человека в границах общества - в сфере общения, дружбы, любви, совместной деятельности

Духовные потребности – гармония и интеграция в пространстве Чело-вечности Это – ответственность, совесть, справедливость, милосердие, сострадание, патриотизм, подвиг, самоотверженность и др.

Возрастные психологические кризисы – это скачкообразные изменения в психике человека (особые, непродолжительные по времени – до года, периоды онтогенеза, характеризующиеся резкими психологическими изменениями).

Они имеют свои особенности:

- *размытость границ начала и конца;*
- *резкое обострение психологических изменений в середине возрастного периода;*
- *негативный разрушительный характер;*
- *трудности родителей в воспитании детей (по сравнению с периодами стабильного развития).*

Большинством психологов принята следующая периодизация возраста:

- период новорожденности – до 1 месяца;
- период младенчества – 1–2 месяца;
- период раннего детства – 1–4 года;
- дошкольный период – 4–7 лет;
- младший школьный – 7–12 лет;
- подростковый период – 12–16 лет;
- ранняя юность – 16–19 лет;

- поздняя юность – 19–21 год;
- молодость (ранняя зрелость) – 21–35 лет;
- зрелость – 35–60 лет;
- первая старость (пожилой возраст) – 60–75 лет;
- старость (преклонный возраст) – 75–90 лет;
- долгожительство – старше 90 лет.

2. Классификация нарушений психического развития

Классификация дизонтогенеза. Г.Е. Сухарева:

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

Применительно к психическому развитию Г.К. Ушаков и В.В. Ковалев выделили основные клинические типы дизонтогенеза:

- ретардация – *заторможенное* психическое развитие или устойчивое психическое недоразвитие;
- асинхрония – *дисгармоничное* психическое развитие.

Но наиболее распространенной считается следующая классификация нарушений психического развития:

1) психическое недоразвитие	Стандартный пример психического недоразвития – олигофрения. Постоянное понижение познавательной деятельности вследствие органического поражения ГМ. Выделяют 3 группы олигофрении: идиотия, имбецильность, дебильность
2) задержанное психическое развитие	Задержанное психическое развитие (ЗПР) – это отставание динамики развития психики, а не необратимое недоразвитие. Для таких детей характерны следующие признаки: • недостаточность запаса знаний; • ограниченность представлений; • незрелость мышления; • преобладание игровых интересов; • эмоциональная незрелость
3) поврежденное психическое развитие	Причина поврежденного психического развития – инфекции, интоксикации, травмы, наследственные заболевания ГМ. В определении этого нарушения важно учитывать 2 факта: 1) до повреждающего фактора ребенок должен был нормально развиваться; 2) есть хронологическая связь психического снижения после действия вредности. Примером может быть органическая деменция. Ее признаки проявляются в нарушении мышления: снижении обобщения, его критичности и целенаправленности, нарушении логического строя
4) дефицитарное психическое развитие	Дефицитарное психическое развитие характеризуется: 1) первичной недостаточностью отдельных систем (слуха, зрения, речи, опорного аппарата);

	2) рядом соматических заболеваний (сердца, дыхания и других). Первичный дефект приводит к недоразвитию соответствующих функций. Это слепые и слабовидящие, глухие и слабослышащие дети, страдающие детским церебральным параличом (ДЦП). Дефицитарность развития у слепых и слабовидящих детей проявляется в виде вербализма мышления, нарушении пространственных представлений, недоразвитии психомоторной сферы. Глухие дети могут быть с отсутствием речи (рано оглохшие) и с присутствием речи (поздно оглохшие). Дефицитарность развития у глухих и слабослышащих детей определяется прежде всего нарушением речевого развития, которое ведет к вторичной задержке психического развития
5) искаженное психическое развитие	Искаженное психическое развитие определяется, когда развитие определенных психических функций недоразвито, задержано, повреждено или ускорено. Формируется ряд новых патологических образований, которые не свойственны каждому из входящих в клиническую картину виду дизонтогенеза. Примером может быть детский аутизм. Его признаки: нарушение ориентировки во времени, отсутствие реакций на воздействие извне, оторванность от реальности, отгороженность от внешнего мира, пассивность, ранимость, стереотипность и однообразие в поведении (ребенок ест одну и ту же пищу, носит одну и ту же одежду, гуляет по одному и тому же маршруту). Уменьшается речевой контакт (возможно полное отсутствие речи, вплоть до мутизма или отсутствие реакции на речь других людей, что называется сурдомутизмом). Детский аутизм наиболее выражен в возрасте 3–5 лет
6) дисгармоничное психическое развитие	Дисгармоничное психическое развитие по своей структуре напоминает искаженное психическое развитие. Но здесь основой является не текущий болезненный процесс, а врожденная или ранее приобретенная стойкая диспропорциональность психики (преимущественно в эмоционально-волевой сфере). Моделью данного вида дизонтогенеза может служить ряд психопатий (шизоидная, эпилептоидная, циклоидная, психастеническая, истерическая). Многие психопатии формируются в зрелом возрасте как клинически выраженные

Олигофрения – группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям патологических состояний, общим признаком которых является наличие врожденного или приобретенного в раннем детстве общего недоразвития психики с преобладанием интеллектуальной недостаточности.

Умственная отсталость – это качественные изменения всей психики, всей личности в целом, явившиеся результатом перенесенных органических повреждений центральной нервной системы; такая атипия развития, при которой страдает не только интеллект, но и эмоционально-волевая сфера.

Олигофрения	
Идиотия	самая глубокая степень умственной отсталости, при которой практически отсутствует речь. Умственно отсталые в степени идиотии не узнают окружающих; их внимание почти ничем не привлекается, выражение лица бессмысленное. Отмечается резкое снижение всех видов чувствительности. Ходить эти дети начинают поздно, их движения плохо координированы. На чужую мимику и жестикуляцию не реагируют, неопрятны в своих естественных отправлениях, неспособны к самообслуживанию. В ряде случаев в моторике 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. Словарный запас 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 переходят в специальные интернаты для хронически больных
Имбецильность	более легкая по сравнению с идиотией степень умственной отсталости. Дети-имбецилы обладают определенными возможностями к овладению речью, усвоению отдельных несложных трудовых навыков. Словарный запас у них крайне беден. Они понимают чужую речь, мимику и жестикуляцию в пределах их постоянного обихода. Наличие грубых дефектов памяти, восприятия, мышления, моторики и эмоционально-волевой сферы делает этих детей практически необучаемыми даже во вспомогательной школе. В правовом отношении, как и дети-идиоты, они являются недееспособными, и над ними устанавливается опека родителей или заменяющих их лиц
Дебильность	наиболее легкая степень умственной отсталости. Сниженный интеллект и особенности эмоционально-волевой сферы детей-дебилов не позволяют им овладеть программой общеобразовательной школы. У них нередко отмечаются дефекты речи в виде шепелявости, сигматизма, аграмматизма. Недоразвитие 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 возможной трудовой деятельности

Задержанное психическое развитие – 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 т.д.), задержка темпа может иметь обратимый характер. В этиологии задержки психического развития (ЗПР) играют роль конституциональные факторы, хронические соматические заболевания, органическая недостаточность нервной системы, чаще резидуального (остаточного) характера.

Задержки психического развития церебрального происхождения, при хромосомных нарушениях, внутриутробных поражениях, родовых травмах встречаются чаще других и представляют наибольшую сложность при отграничении их от умственной отсталости.

<i>Задержанное психическое развитие</i>	
<i>задержка психического развития конституционального происхождения</i>	(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. Гармонический психофизический инфантилизм представляет собой некоторое запаздывание темпа физического и психического развития личности, выражающееся в незрелости эмоционально-волевой сферы, влияющей на поведение ребенка и его социальную адаптацию. На первый план выступает неумимость в игре и быстрая утомляемость при выполнении практических заданий. Особенно быстро детям надоедают однообразные задания, требующие удержания сосредоточенного внимания довольно продолжительное время (рисование, счет, чтение, письмо). При полноценном интеллекте отмечаются недостаточно выраженные интересы к занятиям по письму, чтению, счету. Детям свойственны слабая способность к умственному напряжению, повышенная подражательность, внушаемость. Дети с инфантильными чертами поведения несамостоятельны и некритичны к своему поведению. Они могут плакать по пустякам, но быстро успокаиваются при переключении внимания на игру или что-то, доставляющее им удовольствие. Любят фантазировать, заменяя и вытесняя своими вымыслами неприятные для них жизненные ситуации. Дисгармоничный психический инфантилизм может быть связан с эндокринными заболеваниями: при недостаточной выработке гормонов надпочечников и половых желез в возрасте 12–13 лет возникает задержка полового созревания. Такие подростки медлительны, быстро устают; работоспособность у них крайне неровная. Обнаруживается снижение памяти, нарушение концентрации внимания. Двигательные навыки и умения развиты недостаточно: лица с дисгармоничным психофизическим инфантилизмом неуклюжи, медлительны и неповоротливы. Такие дети и подростки могут характеризоваться повышенным интеллектом, отличаются большой эрудицией, однако не всегда могут использовать свои знания, так как бывают очень рассеяны и невнимательны. Они очень обидчивы, болезненно переживают свои неудачи в учебе и трудности в общении со сверстниками
<i>задержка психического развития соматогенного происхождения</i>	Соматогенная задержка психического развития характеризуется эмоциональной незрелостью, которая обусловлена длительными, хроническими заболеваниями, врожденными и приобретенными нарушениями соматической сферы, в первую очередь, пороками сердца. В замедлении темпа психического развития значительная роль принадлежит стойкой астении, как соматической, так и психической

<i>задержка психического развития психогенного происхождения</i>	Психогенно-обусловленный инфантилизм может быть связан с неправильными условиями воспитания, обычно в семьях, где растет лишь один ребенок, которого опекают сразу несколько взрослых, что часто препятствует развитию у ребенка самостоятельности, воли, умения, а, в последующем, и желания преодолевать жизненные трудности. При нормальном интеллектуальном развитии такой ребенок учится неровно, так как не приучен трудиться, не хочет самостоятельно выполнять задания. Адаптация, как правило, затруднена из-за таких черт, как эгоизм, противопоставление собственных интересов интересам окружающих. Особенно выделяют детей с так называемой микросоциальной запущенностью. Эти дети имеют недостаточный уровень развития навыков, умений и знаний на фоне полноценной нервной системы вследствие длительного нахождения в условиях дефицита информации, не только интеллектуальной, но часто и эмоциональной депривации. Неблагоприятные условия воспитания обуславливают замедленное формирование коммуникативно-познавательной активности детей в раннем возрасте
<i>задержка психического развития церебрально-органического генеза</i>	При задержке психического развития церебрально-органического генеза необходимы срочные психолого-педагогические коррекционные мероприятия. Причины этой формы задержки психического развития сходны с причинами, приводящими к олигофрении (F70–F79). Это сходство определяется органическими поражениями центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза. Дифференциальная диагностика этих аномалий (выраженное и необратимое недоразвитие в виде олигофрении, замедление темпа психического развития) зависит от массивности поражения мозга и от времени поражения. Чаще задержка психического развития по церебрально-органическому типу связана с более поздними поражениями мозга, когда дифференциация основных мозговых систем уже закончена. При стойких формах задержки психического развития церебрально-органического генеза, помимо расстройств познавательной деятельности, обусловленных нарушением работоспособности, нередко наблюдается и недостаточная сформированность отдельных корковых или подкорковых функций: слухового, зрительного и тактильного восприятия, пространственного синтеза, моторной и сенсорной стороны речи, долговременной и кратковременной памяти

Искаженное психическое развитие представлено в частности синдромом раннего детского аутизма.

Признаки аутизма:

1) аутизм как предельное («экстремальное») одиночество ребенка, формирующее нарушение его социального развития вне связи с уровнем интеллектуального развития;

2) стремление к постоянству, проявляемое в виде стереотипных занятий, сверхпристрастия к различным объектам, сопротивления 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 лет) патологии психического развития, в большей степени связанной с особым нарушением психического развития, чем с его регрессом.

Аутизм проявляется при отсутствии или значительном снижении контактов, «уходе» в свой внутренний мир. Отсутствие контактов наблюдается как по отношению к родным и близким, так и сверстникам. Аутичный ребенок, где бы он ни находился, ведет себя так, как будто он один. Обращает на себя внимание эмоциональная холодность и безразличие к близким, часто с повышенной ранимостью, чувствительностью к критике и малейшим замечаниям в свой адрес. Поскольку человеческое лицо особенно часто бывает сверхсильным раздражителем, аутичные дети избегают взгляда, прямого зрительного контакта. Многие окружающие предметы, явления и некоторые люди вызывают у них постоянное чувство страха. Отмечается своеобразие моторики и речи аутичных детей. Уже начав ходить, они еще долго сохраняют неуклюжесть движений, испытывают трудности в овладении бегом, прыжками. Одним из основных признаков раннего детского аутизма (F84.0) являются характерные особенности речи. Нередко при большом словарном запасе дети не пользуются речью для общения. Характерно употребление личных местоимений: аутичный ребенок говорит о себе во втором или третьем лице. При недоразвитии коммуникативной функции речи может наблюдаться повышенное стремление к словотворчеству.

Дети-аутисты по сравнению со здоровыми сверстниками значительно реже жалуются. На конфликтную ситуацию они, как правило, реагируют криком, агрессивными действиями, либо занимают пассивно-оборонительную позицию. За помощью к старшим обращаются чрезвычайно редко. Ни на одном возрастном этапе не играют со сверстниками в сюжетные игры, не принимают социальных ролей и не воспроизводят в играх ситуации, отражающие реальные жизненные отношения: профессиональные, семейные и другие. Наиболее отчетливо при аутизме проявляются асинхронии формирования отдельных функций и систем: развитие речи нередко обгоняет развитие моторики, «абстрактное» мышление опережает развитие наглядно-действенного и наглядно-образного мышления. Искривленность развития аутичных детей может проявляться в парадоксальном сочетании высокого уровня развития мыслительных операций, опережающем возрастные нормы, в характерных односторонних способностях (математических, конструктивных и других) и интересах. В то же время отмечается несостоятельность в практической жизни, в усвоении обыденных навыков, способов действий, особые трудности в установлении взаимоотношений с окружающими.

При поступлении в школу у детей этой категории значительно затруднено формирование соответствующих мотивов учебной деятельности вследствие недостаточной направленности на общение и усвоение социальных норм. Особую трудность составляет произвольная регуляция деятельности, направленная на общение. Психологические особенности аутичного ребенка требуют специальной программы коррекционной работы.

4. Диагностика нарушений психического развития и организация психологической помощи

Задачи психолога при первичном выявлении детей с отклонениями в развитии является:

- 1) установить это нарушение,
- 2) создать условия для преодоления отклонений в развитии. Базовым методом здесь является наблюдение.

Виды наблюдения:

- стандартизированное (когда заранее определены план, цели, задачи).
- свободное (не требует специальной подготовки и плана).
- включенное (осуществляется в процессе совместной деятельности с ребенком).

Внешние проявления нарушений психического развития:

- эмоциональные и поведенческие реакции на новые стимулы;
- интенсивность эмоционального выражения своих желаний и отношений;
- настроение ребенка;
- способность сосредотачиваться на эмоциональном контакте или манипуляции с предметами;
- способность справляться с трудностями, преодолевать препятствия.

Критерии особенностей поведения ребенка, отличающих его от других детей:

1. Изменение поведения ребенка в общем.
2. Несоответствие поведения ребенка возрастным нормам развития.
3. Длительность отмечаемых особенностей поведения.
4. Частота наблюдаемых симптомов.
5. Особенности возникновения той или иной черты в поведении, указывающие на социальный характер ее возникновения.
6. Склонность к выполнению однообразных действий с предметами.
7. Отсутствие привязанности к близким взрослым.

Основные принципы психодиагностики у детей с нарушениями психического развития:

1. Следует помнить, что при проведении психодиагностического обследования нельзя оказывать помощь (если она не предусмотрена процедурой обследования), критиковать или усиленно хвалить ребенка.

Немаловажно создание комфортных условий, установление психологического контакта с ребенком, доброжелательность, снятие тревожности.

2. До психодиагностического исследования необходимо «собрать»:

- психологический анамнез (сведения о предшествующих этапах развития ребенка).
- информацию от родителей, врачей и педагогов об особенностях поведения ребенка в различных жизненных ситуациях;
- сведения о состоянии его здоровья к моменту обследования.

К целям психодиагностического обследования относят:

- выявление отклонений в развитии, которые чаще всего становятся причиной психических заболеваний, а также трудностей обучения, поведения.
- контроль за динамикой психического развития и успешностью применения лечебных воздействий и средств психологической коррекции.
- обнаружение личностных особенностей ребенка, которые тормозят его социальную адаптацию.

Характер обследования зависит от возраста, пола, состояния здоровья, а также образовательного уровня и этнической принадлежности пациента. Время обследования школьника должно длиться в среднем – 30–45 минут. Дети с отклонениями в развитии отличаются быстрой истощаемостью, им следует применять небольшой набор методик.

Ведущие задачи психопрофилактики нарушений психического развития:

1. Диагностика и коррекция нарушений развития ребенка.
2. Выявление, диагностика и коррекция отклонений внутрисемейных отношений между родителями и детьми.
3. Психологическая подготовка матери к материнству, а отца – к отцовству.
4. Повышение компетентности родителей в обращении и понимании своего ребенка.
5. Поддержание психического здоровья самого ребенка через стимуляцию развития его основных психических функций (познавательных процессов, в том числе – внимания, речи).
6. Управление формированием интрапсихических систем ребенка.

Основные принципы психопрофилактики нарушений психического развития:

1. Первичные превентивные меры, к которым относится предотвращение вредных воздействий во время родов и в течение раннего постнатального периода.
2. Вторичная психопрофилактика, в том числе и медикаментозное лечение.
3. Реабилитационные мероприятия.

Важнейшие правила:

1) Следует проводить целенаправленную коррекцию нарушенных психических функций, которые еще находятся в процессе развития.

2) Основной базовый развивающий и коррекционный метод нарушенный психического развития у детей – это игровая деятельность.

Организация психологической помощи лицам с нарушениями психического развития зависит от многих факторов: где живут эти люди, с кем общаются, насколько образованны, какие возможности для роста имеются у них дома и в окружающей социальной среде. Реабилитационные программы для них делают акцент на социокультурных моментах:

- создание комфортабельной и стимулирующей среды;
- обеспечение равных социальных и экономических возможностей;
- организация соответствующих учебных заведений;
- борьба со стигматизацией ввиду наличия психического дефекта.

При условии выполнения этих мер психологическая и биологическая терапия, в некоторых случаях, также может принести пользу.

Государственные школы-интернаты представляют собой специальные учреждения для содержания умственно отсталых людей, финансируемые государством.

Больных учат самостоятельности, о них заботятся, предоставляют необходимые медицинские услуги и дают образование. Культивируется принцип нормализации, впервые провозглашенный в Дании и Швеции. Суть его – больным людям создаются условия, подобные членам общества, живущим за стенами учреждения (гибкий распорядок дня, нормальную развивающую среду, самоопределение, сексуальные и социальные возможности, экономическую свободу). Вместе с тем многие больные с умственным недоразвитием проживают дома, если окружающая их среда способствует их позитивному социальному функционированию.

Широко применяются образовательные программы. Раннее вмешательство с целью реабилитации выглядит очень многообещающим (отсюда и создание классов учеников с ЗПР в средних образовательных школах). Характер образования зависит от степени умственной отсталости человека. Хотя до сих пор специалисты не определились по вопросу: Что лучше для таких детей – спецклассы или обучение в общем потоке? Спецклассы (специализированное образование) подразумевает группировку больных детей вместе и обучение по отдельной, специально для них разработанной, программе. При обучении в общем потоке дети с умственным недоразвитием ходят в обычную школу вместе с нормальными детьми. Наилучшего подхода нет, следует подходить индивидуально (с учетом особенностей ребенка, вида предмета и прочего).

Для обучения навыкам самообслуживания, общения, социальным и академическим «премудростям» преподаватели используют принцип оперантного обусловливания: задача разбивается на «шаги», затем

организуется положительное подкрепление по мере успешного выполнения «шага». Практикуются программы и жетонной экономики (за «хорошее» обучение выдаются жетоны, которые потом больной может обменять на что-то важное для себя). Терапия проводится индивидуально или с группой. Почему она необходима?

Многие из больных испытывают эмоциональные и поведенческие трудности, 10,0% из них имеют другие расстройства. Кроме того, больные с умственным недоразвитием имеют низкое самоуважение, трудности коммуникации, неумение приспособиться к жизни в обществе. Из биологической терапии, при необходимости, применяются психотропные препараты. Молодежные клубы, открытые изначально в Дании и Швеции, также служат лучшей адаптации лиц с умственным недоразвитием. Сексуальные отношения и брак также являются проблемами для этих людей. Вместе с тем при правильном обучении и практической тренировке, они вполне способны обучиться правилам контрацепции и способности разумно планировать семейную жизнь. Браки страдающих олигофренией могут быть успешными. Им также крайне необходимы психологическое и материальное вознаграждение, которые приносит работа.

Тема 14. Кризисное вмешательство

План:

1. Кризисная психотерапия.
2. Принципы и задачи кризисной психотерапии.
3. Схема индивидуальной кризисной психотерапии.
4. Индивидуальная кризисная психотерапия.
5. Групповая кризисная психотерапия.
6. Телефонное консультирование.

Согласно концепции Эриха Линдемманна и Эрика Эриксона, **кризис** понимается как состояние человека, возникающее при блокировании его целенаправленной жизнедеятельности внешними, по отношению к его личности, причинами (фрустрацией), либо внутренними причинами, обусловленными ростом, развитием личности и ее переходом к другому жизненному циклу, этапу развития.

Состояния патологического кризиса	сопровождающиеся патологической или непатологической ситуативной реакцией, психогенной, в том числе невротической, реакцией невротической депрессией, психопатической или патохарактерологической реакцией, в том числе с суицидальными тенденциями
Причины патологического кризиса	1. конфликты и утраты в высокозначимой для личности сфере;

	2. обострения нервно-психического или психосоматического заболевания, приведшая к хронизации возрастного кризиса; 3. инфантилизм; 4. установка на большую, чем собственная жизнь, значимости лично-семейных, социально-престижных и других ценностей
--	--

Структура суицидоопасной реакции

Аффективный компонент	переживания эмоциональной изоляции и безвыходности ситуации. Наиболее частыми модальностями аффекта являются реакции тревоги, депрессии, тоски, обиды. В ряде случаев отмечается апатия, ощущение бессилия, стремление к уединению
Когнитивный компонент	представление о собственной ненужности, несостоятельности, бесцельности и мучительности дальнейшей жизни, вывод о невозможности разрешения кризиса из-за отсутствия времени или возможности
Поведенческий компонент	высокая активность в попытках разрешения кризисного состояния, в том числе использование неадаптивных вариантов копинг-поведения типа «бегства в алкоголизацию и наркотизацию», проявлений агрессивных и диссоциальных тенденций

Уровень мотивации на участие в психотерапии:

- 1) конструктивный – с ожиданием помощи в преодолении кризисной ситуации;
- 2) симптоматический – с установкой лишь на ликвидацию симптомов;
- 3) манипулятивный – с попыткой использования влияния психотерапевта для улучшения отношения к себе участников конфликта;
- 4) демобилизирующий – с отказом от психотерапии.

Отличия методов кризисной психотерапии от других:
1) urgentный характер помощи, связанный, во-первых, с наличием жизненно важной для пациента проблемы, требующей неотложного активного вмешательства психотерапевта в ситуацию, и во-вторых, – с выраженной потребностью пациентов в эмпатической поддержке, и на первых порах – в руководстве его поведением; 2) нацеленность на выявление и коррекцию неадаптивных когнитивных феноменов, приводящих к развитию суицидальных переживаний и способствующих рецидивам суицидоопасного риска; 3) поиск и тренинг неопробованных пациентом способов разрешения актуального межличностного конфликта, которые повышают уровень социально-психологической адаптации, обеспечивают личностный рост, повышение фрустрационной толерантности

Схема индивидуальной психотерапевтической программы кризисной психотерапии:

- I. Этап кризисной поддержки:
 1. Установление терапевтического контакта.
 2. Раскрытие суицидоопасных переживаний.

3. Мобилизация адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты.

4. Заключение терапевтического контракта.

II. Этап кризисного вмешательства:

1. Когнитивный анализ неопробованных способов решения кризисной проблемы.

2. Выявление неадаптивных когнитивных механизмов, блокирующих оптимальные способы разрешения кризисной ситуации.

3. Коррекция неадаптивных когнитивных механизмов.

III. Этап повышения уровня адаптации:

1. Поведенческий тренинг неопробованных способов разрешения кризисной ситуации.

2. Выработка навыков самоанализа и самонаблюдения за неадаптивными когнитивными механизмами, а также их преодоления.

3. Введение новых значимых других для поддержки и помощи после окончания кризисной терапии.

Кризисная психотерапия		
Индивидуальная	Семейная	Групповая
На 1 этапе основной прием: выслушивание (столько сколько нужно клиенту), обеспечиваем принятие и сопереживание (4–5 встреч). На 2 этапе: актуализации адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты. Важно! Не давать клиенту переключаться на другие, менее значимые проблемы	показана в ситуации, когда кризисное состояние определяется семейно-бытовыми конфликтами. Выделяют два варианта указанных конфликтов: семейно-супружеский конфликт (или шире конфликт между сексуальными партнерами) и конфликт между родственниками (в том числе детско-родительский). Семейная кризисная психотерапия возможна и показана только в случае собственной инициативы членов семьи, их вовлеченности в кризис, необходимость их включения в систему помощи кризисному пациенту, развитие кризиса у других членов семьи	является высокоспецифичной формой кризисной психотерапии, которая удовлетворяет повышенную потребность кризисного пациента в психологической поддержке и практической помощи со стороны окружающих. В отличие от традиционной групповой психотерапии пограничных больных групповая кризисная психотерапия направлена на разрешение актуальной ситуации, обладающей для пациента жизненным значением. Это обуславливает краткосрочность, интенсивность и ее проблемную ориентацию. В фокусе занятий кризисной группы находятся, как правило, высокосignимые для пациентов взаимоотношения в их реальной жизни, а не взаимодействия, происходящие между членами группы «здесь и сейчас». Показаниями для этого вида кризисной психотерапии являются: 1) наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации;

		2) выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении значимых отношений взамен утраченных, необходимость создания терапевтической и жизненной оптимистической перспективы, разработка и проверка новых способов адаптации; 3) готовность обсуждать свои проблемы в группе, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью терапевтической перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем
--	--	--

Состав и особенности кризисной группы:

Два пациента с высоким суицидальным риском	11 человек	Акцент на изначальной сплоченности
Ведущий		Поощряется общение участников группы вне занятий
Сублидер – пациент с выраженной акцентуацией характера		Группа является открытой
до 7 участников		Позиция психотерапевта – директивная

Групповые занятия проводятся до 5 раз в неделю и длятся 1,5–2 ч. С учетом того, что обычные сроки разрешения пациентом кризиса составляют 4–6 нед., курс групповой кризисной психотерапии равен в среднем 1 мес. За такой срок оказывается возможным сплочение группы на основе общих кризисных проблем.

Телефонная помощь для людей в кризисе или решивших расстаться с жизнью возникла в 1953г в Лондоне (Чад Вара и «Самаритяне»).

Основными принципами работы телефонного консультанта:

- анонимность;
- конфиденциальность;
- телефонные консультанты не должны предоставлять абоненту информацию, которая поможет найти их вне стен службы (работают с псевдонимом);
- запрещены личные встречи;
- помещение службы «Телефон доверия» должно быть открыто только для дежурных сотрудников;
- о его расположении не следует сообщать не только абонентам, но и родственникам и друзьям других сотрудников;

– во время дежурства в комнате консультантов должны находиться только дежурные работники;

– обсуждение телефонного разговора возможно только между дежурными сотрудниками или супервизором при возникновении необходимости в оказании взаимопомощи, а также во время обучающих занятий, используя лишь фабулу соответствующей беседы.

Международные Принципы анонимного телефонного консультирования:

1) Постоянная доступность. Днем и ночью, 24 часа в сутки люди, оказавшиеся в трудной ситуации, могут получить поддержку другого человека.

2) Анонимность и конфиденциальность. Звонящий имеет право не называть свое имя. Содержание беседы абсолютно конфиденциально.

3) Уважение звонящего. Звонящий принимается таким, какой он есть. Консультант не имеет права манипулировать звонящим или навязывать свою позицию. Любые формы идеологического давления недопустимы, в том числе религиозного или политического.

4) Защита звонящего. Консультантом может быть человек, прошедший отбор и специальную подготовку. Консультант обязан постоянно совершенствовать свои умения.

Кабинеты социально-психологической помощи. В нашей стране эта форма помощи аналогична западным центрам.

Телефон экстренной психологической помощи в г. Витебск: **8-0212-61-60-60**

Структура кризисного центра:

Подразделение	Сотрудники	Принципы работы
кабинет социально-психологической помощи	врач-суицидолог, медицинская сестра или социальный работник, психолог, юрист	Системность, комплексность, превентивность, анонимность
отделения (стационарные) кризисных состояний	для оказания кризисной помощи пациентам, в клиническом состоянии которых выражены актуальные суицидальные тенденции	добровольность госпитализации, для которой не обязательно направление какого-либо врача или учреждения. Отделение работает в режиме открытых дверей с широким использованием различных режимов, в том числе неполной госпитализации

Тема 15. Психосоматические расстройства

План:

1. История развития взглядов на взаимосвязь «психического» и «соматического».
2. Термин «психосоматические расстройства». Психосоматические взаимовлияния в развитии болезни. Модели формирования психосоматических расстройств.
3. Различные подходы к классификации психосоматических расстройств.
4. Особенности протекания психосоматических расстройств у детей.

1. История развития взглядов на взаимосвязь «психического» и «соматического»

Психосоматические расстройства – это большой круг психических расстройств, объединяющий в себе соматические (телесные) нарушения.

В генезе психосоматических нарушений велика роль эмоций, настроения. Депрессия является одним из основных факторов развития психосоматических расстройств. Радость в развитии этих нарушений не актуальна.

Реакцией личности на стресс могут быть невротические расстройства, при которых преобладают психологические или психопатологические проявления, и психосоматические расстройства, которые проявляются «соматическими эквивалентами» психических расстройств. Эти группы демонстрируют различные способы переработки внутриличностного конфликта: *психический и соматический*. Первый может быть как при остром, так и при хроническом стрессе, второй – чаще при хроническом. Главное в этом выборе – какой путь переработки конфликта человеку ближе, с учетом его индивидуально-психологических свойств.

Источник практики психосоматики	Практика психосоматики
медицина Месопотамии	Маги, колдуны, знахари использовали особенности личности, воздействуя на нее психологически, помогали избавляться от недугов
Гиппократ (IV–V в.в. до н.э.)	объединял психическое и соматическое, прямо не говоря об этом, в своих трудах. В частности, говоря о меланхолии, он указывал: <i>«меланхолики страдают не только плохим настроением, но и испытывают боли в животе, как будто их колют тысячами иголок»</i>
Цицерон (I век до н.э.)	говорил, что физическое здоровье может находиться под влиянием эмоциональных проявлений
Авиценна (XI век до н.э.)	использовал психологический подход в лечении больных. Он описал болезни, обусловленные движениями души, т.е. психосоматические заболевания, связанные с теми или иными душевными проявлениями

Бенедикт Спиноза	в своем труде «О происхождении и природе аффектов» подчеркнул единство телесного и эмоционального, т.е. единство расстройств настроения и телесных изменений
1818 г., Иоган Хайнрот	предводитель «психиков», ввел в медицинскую практику термин «психосоматика»
Уильям Джеймс и Николай Николаевич Ланге	считали, что за впечатлением следует телесная реакция, а уже потом – эмоции. В противовес им, другие психологи выдвигали обратный тезис: впечатление (воздействие) – эмоции – телесные изменения. Психологи обратили внимание, что часто эмоции сопровождаются теми или иными телесными (соматическими) нарушениями. Так, положительные эмоции способствовали выздоровлению, повышая сопротивляемость организма. Отрицательные – снижали сопротивляемость организма, ускоряли возникновение заболевания, утяжеляли его прогноз
Зигмунд Фрейд	работа З. Фрейда (1924) <i>«Печаль и меланхолия»</i> , в которой описывались психогенные депрессивные состояния. Еще в одной работе З. Фрейда, совместной с Й. Брейером, <i>«Исследование истерии»</i> (1895) обосновывалась конверсия (перенос) психического в соматическое (телесное). Уже тогда было известно, что истерия отличается конверсионным характером расстройств и часто представлена двигательными нарушениями, имеющую психическую подоплеку
Франц Александер	со своими сотрудниками в Чикагском институте психоанализа, занимаясь проблемой психосоматики, описали несколько <i>«стереотипов реакции личности»</i> на различные события, с развитием соответствующих соматических заболеваний
Хелен Данбар (1954)	выдвинула теорию возникновения психосоматических расстройств, выделив <i>11 типов личности</i> , предрасположенных к определенному телесному «дефекту» (язвенный, сердечный, артритический и др.)
Карл Леонгард (1981) и Андрей Евгеньевич Личко (1983)	теория возникновения психосоматических расстройств – это теория акцентуации личности К. Леонгарда (1981) и А.Е. Личко (1983), позволившая понять связь между изменениями личности и соматическими нарушениями
Христиан Фрейбергер, 1976	теория <i>«утраты значимых для индивида объектов»</i> которая подчеркивала роль психотравмы в генезе соматических расстройств. Таким событием могли быть потеря родственника, близкого человека, защитника, любимого человека. Эта массивная психотравма оказывала сильное влияние на личность, способствовала возникновению отрицательных эмоций и, соответственно, психосоматических расстройств

М. Шур, 1953	Теория «десоматизации» объясняет возникновение психосоматических нарушений применительно к детскому возрасту. В раннем детстве ребенок на психотравмирующее воздействие чаще реагирует соматически за счет недостаточности «Я», а с возрастом роль «Я» возрастает и у взрослого соматовегетативное реагирование встречается реже. Здесь речь идет об «изживании» отрицательных эмоциональных проявлений в виде соматических расстройств в ходе индивидуального развития (онтогенеза). Обратная картина связана с теорией «ресоматизации». При «ресоматизации» нарушения индивидуального развития (психосоциального, органического, генетического) способствуют возврату на более ранний тип реагирования (взрослый реагирует как маленький ребенок – капризничает, требует непопуганного), что часто приводит к соматическим расстройствам
Питер Сифнеос	В последнее время получила развитие теория алекситимии. Это теория «недостаточной вербализации эмоций». Больные, страдающие психосоматическими расстройствами, не могут полно описать свои эмоциональные состояния и проявления болезни. Чаще всего психосоматические нарушения связывают с депрессией, которая сопровождается замедленностью мышления
Иван Петрович Павлов	описал центральную регуляцию работы пищеварительной, сердечно-сосудистой систем. В дальнейшем физиологи установили, что в подкорковых образованиях (гипоталамусе, лимбической системе и др.) формируются эмоции и регулируется эмоциональное поведение человека
Уолтер Кеннон	в начале века в опытах на животных описал физиологию эмоций, в частности, он отметил учащение сердцебиения, выделение адреналина у собак, испытывающих страх. Им указывалось на повышение у них уровня сахара в крови, повышение артериального давления в экстремальных ситуациях
Виктор Давидович Тополянский и Мальвина Владимировна Струковская (1986)	В первой российской монографии, посвященной психосоматическим расстройствам, прямо подчеркивается роль эмоций, вернее, депрессии, в возникновении психосоматических расстройств, описываются психосоматические нарушения в соответствии с локализационным принципом, т.е. по различным органам и системам

Таким образом, история разработки психосоматических расстройств показала, что они являются расстройствами функций органов и систем, обусловленных психическими (сильно эмоциональными) нарушениями.

2. Термин «психосоматические расстройства». Психосоматические взаимовлияния в развитии болезни. Модели формирования психосоматических расстройств

Наиболее часто в нашей стране используется следующая формулировка *«Психосоматические расстройства – расстройства функций органов и систем, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов»*, которая дана для определения психогенно обусловленных состояний.

По более современной трактовке – *психосоматические расстройства – симптомы и синдромы нарушения соматической сферы (различных органов и систем), обусловленные индивидуально-психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта* (В.Д. Менделевич, 2001).

Сегодня психосоматические заболевания считаются разновидностью психосоматических расстройств. Попытка дать определение психосоматическим заболеваниям была впервые предпринята еще психоаналитиками. В частности, S.L. Halliday, в 1943 году указывал: *«Психосоматическим заболеванием следует считать такое, природа которого может быть понята только из установления несомненного влияния эмоционального фактора на физическое состояние»*.

В.И. Гарбузов (1992) характеризовал их более лаконично: *«Психосоматические заболевания – это болезни души и тела»*.

Признаки психосоматического заболевания по Давиду Уинтеру					
носит функциональный, а не структурный характер, хотя впоследствии может стать причиной структурных изменений в организме	вызывается неадекватным стимулом	представляет собой неадекватную реакцию организма на этот стимул (чаще всего завышенную)	зарождается в прошлом в момент происшествия, вызвавшим крайне болезненные чувства	основывается на механизме фиксированных реакций (реакция организма на стимул всегда неизменна, т.е. в ответ на психическую травму могут повторяться функциональные изменения в одной из систем)	характеризуется временным сдвигом сознания (система координат «здесь и сейчас» отходит на второй план, больной, в определенной степени живет собственным прошлым)

Психосоматические взаимовлияния, так же как психосоматические болезни, представляют собой объективную реальность. Поэтому необходимо правильно понять их механизмы, многие из которых не раскрыты наукой до сих пор.

Клинические наблюдения, которые послужили крупнейшему советскому терапевту *Г.Ф. Лангу* (1875–1948) основанием для утверждения значения психического перенапряжения, угнетения психики в патогенезе грудной жабы (стенокардии) и гипертонической болезни («кардиалгический невроз», по Г.Ф. Лангу), нашли экспериментальное подтверждение на разных опытных моделях.

Другой крупнейший советский клиницист – *А.Л. Мясников* (1899–1965) намеренно называл гипертоническую болезнь «неврозом мозговых сосудистых центров», желая тем самым подчеркнуть ее центральное, кортикальное, психогенное происхождение.

Сложные жизненные ситуации и соответствующие им переживания человека могут существенно изменять *функцию желудка*. Страх, массивные психические потрясения, депрессивные переживания приводят к его гипофункции; наоборот, возмущение, гнев чрезмерно усиливают деятельность желудка. Оказалось, что в состоянии массивного разочарования и подавления душевных конфликтов повышение активности деятельности желудка сопровождается покраснением (гиперемией) и отеком слизистой оболочки. Если такие состояния задерживаются на длительный срок, то ломкость тканевых мембран возрастает, а повторные, даже незначительные, психические травмы приводят к появлению эрозий слизистой оболочки и точечных кровоизлияний.

Особенно быстро и тонко реагирует на конфликтные ситуации *толстый кишечник*. Давно известная в простонародье «медвежья болезнь» – понос в острых, жизненно опасных обстоятельствах – получает в настоящее время научное объяснение. В состояниях острого страха и при конфликтах происходит чрезмерное усиление двигательной активности кишки, нижний участок ее приобретает форму короткой, узкой плотной трубки. В связи с этим ограничивается всасывание воды из кишечника, а переполнение его жидким содержимым вызывает позывы на опорожнение. В итоге – *понос*.

При длительном стойком снижении настроения (например, при депрессии) чрезмерное всасывание воды приводит к снижению двигательной активности кишки, обезвоживанию ее содержимого и как следствие – к запорам. Еще в начале 20-х гг. на основании клинических наблюдений на это указывал советский психиатр *В.П. Протопопов*.

В опытах на собаках была установлена зависимость изменений функции *почек*, в частности мочеотделения, от состояния «психического напряжения» животных.

Из клинической практики известны изменения при душевных волнениях частоты пульса, артериального давления, частоты и объема дыхания, скорости кровотока, интенсивности потоотделения и многих других *вегетативных реакций*.

Не менее убедительны значительные нарушения *обмена веществ*, особенно секреции адреналина, и связанные с этим изменения обмена тирозина и его производных, имеющие то преходящий, то резко выраженный стойкий характер.

В результате новых исследований удалось установить *связь между особенностями характера, типами личностного реагирования и метаболизмом биологически активных веществ* – иными словами, между явлениями психическими и соматическими, идеальными и обеспечивающими их материальными, социальными и биологическими, как у практически здоровых лиц, так и при нервно-психических расстройствах. Ситуация психического напряжения вызывает нарушение метаболизма нейромедиаторов.

Сила творческого воображения настолько велика, что может приводить к сложнейшим телесным изменениям, отчетливо фиксируемым и точно идентифицируемым воображением человека.

Таким образом, эти факты не только убедительно подтверждают существование психосоматических и соматопсихических влияний, но и приближают нас к познанию сложных закономерностей, лежащих в их основе.

3. Различные подходы к классификации психосоматических расстройств

Все психосоматические расстройства изначально рассматривались на основе локализационного принципа, введенного еще Е. Dupre в 1925 г. (анатомофизиологический принцип).

Классифицируя соматические проявления при депрессиях у взрослых, Т.А. Невзорова и др. (1964) выделяли их по локализации: кардиалгический, гастралгический, диэнцефальный синдромы, синдром дискинезии кишечника.

Группы соматических «масок» скрытой депрессии (В.Ф. Десятников, Т.Т. Сорокина (1981))			
Алгические проявления (психосоматические расстройства в виде болевых проявлений в животе, сердце, голове или в различных частях тела)	Агрипнические расстройства (нарушения сна в виде раннего подъема с невозможностью уснуть). Эти нарушения сна никакими транквилизаторами устранить невозможно. Лечение же антидепрессантами эффективно	Диэнцефальные, вегето-висцеральные расстройства (вазомоторноаллергические, псевдоастматические и т.д.)	Наркоманические расстройства. Довольно часто в основе алкогольной и наркотической зависимости лежит слабо выраженная депрессия, нередко с теми или иными соматическими нарушениями

Классифицируя психосоматические расстройства, некоторые исследователи разделяют их на психогенные, психофизиологические и соматопсихические психосоматические категории. При психогенных заболеваниях (сюда относят истерию, ипохондрию, булимию) наблюдаются относительно выраженные нарушения функций органов и систем. Психофизиологические

симптомы – это всего лишь физиологические проявления аффекта. Большинство же психосоматических заболеваний относятся к категории сомато-психических – психосоматических синдромов.

Н. Zimprich (1984) предложил выделить психосоматические реакции, функциональные нарушения и психосоматические заболевания с органической манифестацией, т.е. специфические психосоматозы (колит, язва желудка и сахарный диабет). Эти расстройства часто возникает остро.

Некоторые исследователи предлагают подразделять психосоматические расстройства с учетом их выраженности: психосоматические реакции, психофизиологические (психосоматические) состояния и психосоматические заболевания.

Психосоматические расстройства по В.Д. Менделевичу (2001)

конверсионные симптомы	невротический конфликт получает вторичный соматический ответ, симптом носит символический характер, его демонстрация – попытка разрешения конфликта
функциональные синдромы (органные синдромы)	– это набор симптомов, затрагивающий различные системы органов: – «неврозы сердца», гиперкинетический сердечный синдром, пароксизмальные суправентрикулярные тахикардии, синдром вегетативно-сосудистой дистонии; – нарушение цикла «сон-бодрствование»: гиперсомния – длительная спячка после аффекта, агрипния – бессоница (наиболее длительный случай истерической гиперсомнии – 164 дня, наблюдал Gairdner); – нарушения терморегуляции (например, субфебрилитет); – гипервентиляционный синдром (учащение и углубление дыхания + чувство нехватки воздуха); – кашель в форме «закатывания» – надрывность кашля, чувство неудовлетворенности кашлем, может проявляться «подкашливаниями» – своеобразными двигательными актами, целью которых является устранение дискомфорта в горле («снятия пленки или слизи»); – невротический дыхательный синдром (часто дыхание прерывается углубленными вдохами, удлиненными шумными выдохами, невозможность вдохнуть полной грудью – «дыхательный корсет»), «дыхание вздохами»; – желудочно-кишечный тракт: функциональные симптомы – аэрофагия (заглатывание воздуха, а затем громкое его отрывивание); метеоризм (бурление и урчание в животе); запоры и диарея и нарушения пищевого поведения – анорексия (исчезновение аппетита в силу эмоциональных переживаний и психологических причин) и булимия (приступы голода и переедания);

	– функциональные симптомы мочеполовой системы: психогенная импотенция, аноргазмия (утрата способности испытывать удовлетворение при сексуальном взаимодействии), вагинизм (спастическое сокращение мышц влагалища при подготовке к коитальному контакту или гинекологическому обследованию), диспареуния (появление болевых или иных неприятных ощущений во время коитального контакта), преждевременная эякуляция. Отдельными симптомами функциональных психосоматических расстройств считаются болевой синдром (если нет других факторов нет) и зуд
психосоматические заболевания (психосоматозы)	В узком смысле – это соматические заболевания, роль в возникновении и развитии которых психического фактора существенна или она главенствует. Классические психосоматические заболевания – «святая семерка» (holy seven): эссенциальная гипертония, язвенная болезнь 12 перстной кишки, сахарный диабет, бронхиальная астма, нейродермит, ревматоидный артрит, язвенный колит. Близки по возникновению к ним – гипертиреоз, миома матки, ИБС

Психосоматические расстройства – нозологически неспецифичны, т.е. они могут встречаться при различных заболеваниях. Соответственно, у больных при слабой выраженности эмоциональных расстройств, особенно в структуре различных психических заболеваний, могут возникнуть психосоматические расстройства. Сложность положения заключается в том, что при наличии психосоматических расстройств больные обращаются не к тем врачам, не к тем специалистам, которые могут их вылечить.

4. Особенности протекания психосоматических расстройств у детей

- Чаще всего эти расстройства поражают не один орган, не одну систему, а, как правило, несколько органов и систем – от 2 до 5 (в 80%).
- У большинства детей чаще отмечаются психосоматические состояния, относительно редко встречаются психосоматические реакции (20%), которые кратковременны и плохо фиксируются (например, у ребенка боли в животе, а при ультразвуковом исследовании данные о каких-либо изменениях органов отсутствуют). Эти функциональные нарушения всегда обратимы (у 90% детей боли в животе имеют психогенный (психосоматический) характер).
- Редко отмечаются выраженные реакции, приводящие к психосоматическим заболеваниям, например, к тотальной алопеции.
- Психосоматические расстройства чаще встречаются у девочек, чем у мальчиков: соотношение – 1,5 : 1,0.
- Психосоматические состояния характеризуются большей протяженностью во времени, те или иные функциональные нарушения длятся от нескольких дней до нескольких лет.
- Психосоматические заболевания, встречающиеся примерно у 14,0–15,0% детей (например, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, которая отмечается у детей после 12 лет).

5. Клиническая характеристика астенического синдрома

Практически каждое соматическое заболевание заканчивается астеническим состоянием. Первично оно имеет соматогенное происхождение, но впоследствии может стимулироваться психогенными факторами – дезадаптация в семье, на работе.

Астения продолжается различное время в зависимости от заболевания и преморбидных личностных особенностей.

Стадии астенического синдрома

Гиперстения, или гиперстенический синдром	Больные обычно деятельны даже более, чем это им было свойственно до болезни, однако эта деятельность носит малоупорядоченный, плохо организованный характер. Больные отличаются повышенной отвлекаемостью, испытывают трудности сосредоточения, особенно при длительном умственном напряжении. В письменной продукции – описки, ошибки. Неудачи и затруднения в работе легко выбивают больного из колеи, заставляют отступить от намеченного плана, снизить темп работы, бросать и уничтожать начатое, сомневаться в целесообразности и возможности ее выполнения. Характерно чувство усталости, особенно заметное при неудачах, которое может смениться подъемом работоспособности при увлечении работой или удачных результатах деятельности. В пределах короткого отрезка времени деятельность больного может быть продуктивной, но деятельность сложная, особенно незнакомая, уже не под силу в связи с быстро наступающим утомлением
Синдром раздражительной слабости	У больных вслед за бурным началом деятельности следует быстрое ее падение; за быстро вспыхнувшим интересом – вялость и апатия; за нетерпеливым стремлением что-либо сделать – последующее чувство усталости, бессилия, разочарования. Больные с этой формой астении хотят работать, начинают с интересом, но, быстро устав, допускают ошибки, возбуждаются, напряженно пытаются все начать снова, бросают, с огорчением или даже отчаянием отмечая свою несостоятельность; теряют самообладание из-за любой мелочи, пустяка
Гипостенический, или синдром истощения	Даже привычная деятельность требует от больного большого напряжения. Уже к середине дня он чувствует себя неспособным к деятельности: все не ладится, простейшие элементы требуют все больше и больше времени. Новые задания кажутся непреодолимо трудными, часты ошибки, описки, пропуски букв, слов. Воспроизведение ранее усвоенного требует напряжения. После рабочего дня – крайняя разбитость, усталость, не привлекают даже развлечения. Нередко больной с утра чувствует себя разбитым, характерна постоянная сонливость, но сон не приносит бодрости и свежести. Настроение снижено с оттенком апатии, вялость, снижен интерес к окружающему. Формируется новая иерархия мотивационно-потребностной сферы, вплоть до подчинения всех мотивов одному – мотиву сохранения здоровья

Основными клиническими симптомами астенических расстройств являются следующие:

- повышенная физическая и психическая утомляемость;
- постоянное чувство усталости;
- ухудшение внимания, рассеянность;
- раздражительная слабость;
- эмоциональная лабильность;
- «усталость, не ищущая покоя», нетерпеливость;
- психическая и соматическая гиперестезия;
- падение инициативы;
- метеозависимость;
- борьба мотивов, невозможность принятия быстрого решения;
- склонность к перепроверке собственных действий.

6. Синдром хронической усталости

В 80-е гг. в США было зарегистрировано 200 000 больных со сходной с астеническим синдромом симптоматикой. Но у них при этом отсутствовали признаки текущего соматического заболевания и невроза. В DSM-1V это расстройство было зарегистрировано как *синдром хронической усталости (СХУ)*, который трактуется как астения переутомления, возникающая в результате длительного волевого усилия, умственного напряжения, необходимости продолжения работы в состоянии утомления, негативного отношения к выполняемой работе. Врачи-исследователи не исключают также влияние инфекции, поражения иммунной системы или отравления организма. Д. Штраус полагает, что СХУ отражает такое состояние иммунной системы, при котором ее реакция на определенные провокации оказывается сверхактивной по психическим или генетическим причинам. Д. Штраус учитывает и состояние психики, т. к. депрессия и стрессовые ситуации ведут к разрушению иммунной системы, что повышает риск инфекционных заболеваний. Причина и следствие могут меняться местами.

Больные с таким диагнозом в основном жалуются на раздражительность, общую слабость, повышенную утомляемость, быструю истощаемость, рассеянность, плохую память, нарушения сна, головные боли, головокружения, тревожность, подавленность, боли в области сердца, нетерпеливость, несдержанность, неустойчивость настроения.

Дифференциальная диагностика различных видов астении достаточно сложна. Исходя из представления об обусловленности СХУ стилем жизни Э. Б. Боллз разработал анкету диагностики и самодиагностики СХУ.

Следует иметь в виду, что самый заметный симптом – постоянная усталость. Предлагается ряд вопросов, которые можно использовать как в интервью, так и для самодиагностики:

- Новое состояние появилось у вас неожиданно?
- Не было ли у вас ранее какого-либо серьезного заболевания?
- Мешает ли усталость заниматься профессиональной (любой другой) деятельностью?

- Испытываете ли вы чувство усталости более шести месяцев?

Конечно, усталость – обязательный, но далеко не единственный признак СХУ. Поэтому ниже имеется перечень симптомов СХУ, общий для любых профессий. Но целесообразно будет добавить в него специфические симптомы, характерные для профессионалов, работающих с людьми в медицинских учреждениях.

Перечень симптомов СХУ (по Э.Б. Боллзу):

- слабость мышц, мышечная боль;
- боли в суставах;
- общее недомогание;
- бессонница;
- спутанность сознания, перемена настроения (забывчивость, рассеянность, неспособность либо затруднение сосредоточения);
- угнетенное настроение (депрессия);
- неожиданные визуальные расстройства.

Специфические симптомы (для медработников):

- раздражительность (направлена не только на пациентов, но и на коллег);
- сокращение времени приема пациентов уже к середине рабочего дня;
- использование в устной и письменной речи штампов;
- при общении с коллегами употребление большого числа слов, синонимичных понятию усталость;
- при выполнении работы, связанной с оформлением документов, карточек и т.п., использование внутренней речи (внутреннее проговаривание фраз), что типично для решения мыслительных задач в затрудненных условиях.

Усталость от работы (имеется в виду как физическая, так и психологическая) вызывает ряд соматических симптомов, оказывает негативное влияние на качество профессиональной деятельности и психическую жизнь самого профессионала.

Тема 16. Возрастные особенности соматических больных

План:

1. Психологические особенности больных детей.
2. Психология больных пожилого и старческого возраста.
3. Психологические изменения в старческом и пожилом возрасте.

1. Психологические особенности больных детей

Больные дети нуждаются не только в лечении, но и в психологической реабилитации, обучении навыкам и знаниям, чтобы в последующем занять

свое место в жизни. Без такой подготовки дети становятся тяжелым бременем для семьи и общества. Конечная цель психологической реабилитации – привести часто болеющего и имеющего стойкие повреждения ребенка в состояние, позволяющее ему обучаться в массовой школе, а на период обострения обеспечить ему специальную систему обучения и воспитания. Под психологической реабилитацией детей понимается комплекс психологических, педагогических и психотерапевтических мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию неадекватных психических реакций, неправильных социальных установок, самооценок, возникших вследствие заболевания. Любая болезнь, а физический дефект в особенности, отрицательно влияют на систему отношений ребенка. В качестве стрессоров выступают сама болезнь; болезненное реагирование окружающих (особенно родителей); частое пребывание в стационаре, санатории с психической депривацией; необходимость оперативного лечения; фиксированность на интубации; неблагоприятная микросредовая обстановка в больнице с постоянной психогенной травматизацией.

В отличие от взрослых, дети обычно не противопоставляют свое Я болезни, не наблюдают за своей болезнью со стороны, а сливаются с ней чувственно и эмоционально, живут в болезни. До болезни, не имея опыта переживания неприятных ощущений, дети тяжело переносят их и четко запечатлевали в памяти. Такие сильные внутренние ощущения ребенок может пережить только при болезни. Именно заболевание позволяет ему накопить новую информацию о себе, учит контролировать незнакомые для него физиологические отправления и тем самым делает старше и опытнее.

Наличие ограничений и запретов и переживания по этому поводу – характерная особенность детских представлений о болезни.

Приверженность детей тем или иным реакциям и стратегиям защитного поведения определяется их полом, возрастом, личностными особенностями. У мальчиков преобладает стратегия «ем»; больше, чем у девочек, стратегия «сплю»; для разрядки внутреннего напряжения они прибегают к стратегии «борюсь или дерусь, дразню кого-нибудь». Девочки проявили большую потребность в тесной привязанности, в защите и помощи другого лица.

Основные детские защитные реакции

Поведенческие реакции	Психологические защитные механизмы
отказ (пассивный протест), оппозиция (активный протест), имитация, компенсация	отрицание, подавление, проекция, вытеснение, идентификация, замещение, сублимация, отчуждение

Поведенческие реакции экспрессивны, доступны внешнему наблюдению, поэтому позволяют ребенку не только добиться желаемого, но просто привлечь внимание взрослых. Они позволяют ребенку адаптироваться к среде не за счет изменения внешнего мира, а за счет внутренних изменений – трансформации картины мира и образа своего Я.

Болезнь является одной из наиболее типичных психотравмирующих ситуаций для ребенка. Заболевший ребенок неизбежно испытывает страх (в том числе и страх смерти) и страдание; его тяготят ограничение свободы, одиночество и отсутствие поддержки. Эти переживания усугубляются госпитализацией ребенка, вынужденной разлукой с близкими, отсутствием у него информации о болезни и ее последствиях, чувством вины («не слушался маму», «гулял под дождем», «не мыл руки»), запугиванием ребенка больницей и врачами. Сложные и непонятные обстоятельства болезни стимулируют автоматическое включение психологических защит, а также побуждают детей использовать стратегии совпадающего поведения.

В этой ситуации задача психолога состоит в том, чтобы научить детей правильно использовать наиболее эффективные копинговые стратегии, обучить распознавать свои эмоциональные состояния, выражать и отреагировать их (рисунки, рассказы). Методика воплощения в рисунках и рассказах проблем и переживаний позволяет детям не только описать и осознать свои проблемы, но и разделить их с другим человеком. Ребенок переносит на бумагу свое беспокойство и напряжение, учится словами обобщать свое переживание. Он осознает связь между состоянием тела и души для последующего контроля над ними. Такая работа не только способствует развитию детского самосознания, но и содержит в себе терапевтический эффект, нормализуя состояние ребенка. Кроме того, она позволяет своевременно предотвратить задержку психического развития и перевести ребенка с уровня эмоционального реагирования на «вредности» к умению рассказать о значимых внутренних проблемах. Такая задача требует от психолога глубокого понимания проблем ребенка, специфики его внутреннего мира и поведения. В результате переживания страха, страдания, вины, запечатлеваясь в памяти и формируя внутреннюю картину болезни, могут оказать влияние на весь психический склад взрослого человека, определяя особенности его эмоционального реагирования.

В своей знаменитой книге «Психология Я и защитные механизмы» Анна Фрейд считала, что формирование психологических защит – важная и необходимая часть развития личности ребенка. Шансы ребенка стать здоровым, независимым и ответственным во многом зависят от того, насколько его собственное Я способно справиться с внешним и внутренним дискомфортом. Тот опыт, который дети приобретают, переживая и преодолевая болезнь, неизбежно приводит не только к изменениям их психической сферы, но и к перестройке всей личности. У детей больше резервных возможностей, но больные дети месяцы и годы проводят в больницах и санаториях, в то

время как их здоровые сверстники уходят в своем обучении и развитии далеко вперед. Когда больные дети выходят из больницы, главным становится тот факт, что к их хрупкому и неустойчивому здоровью добавляется большая или меньшая доля психологической инвалидности. У них появляется реакция по типу «я ни к чему не пригоден», сопровождающаяся чувством безнадежности, неуверенности в себе; им действительно трудно приспособиться к социальной среде.

Здоровые дети находятся исключительно под влиянием экстерорецепции. Внимание больного ребенка постоянно отвлекается от внешних впечатлений на внутренние ощущения, тем более что врачи и родители постоянно понуждают их к этому, справляясь о здоровье. Если эти сигналы подпороговые, то дети забывают, что они больны, нарушают требования режима, диеты, что осложняет и затрудняет процесс восстановления.

Факторы, содействующие улучшению состояния ребёнка

Режим дня	Шаг за шагом должно восстанавливаться равновесие ребенка с окружающей средой. Важная часть распорядка дня – достаточное количество сна и отдыха. Ночной сон детей, как правило, беспокоен, поэтому необходим отдых днем, иначе и так астенизированные заболеванием дети будут еще более истощаемы
Регламент лечебных процедур	не должно быть испуга от неожиданных уколов, болезненных обследований. Болезненные манипуляции должны отсутствовать до еды, чтобы не нарушить и так ослабленный аппетит
Свободное время	свободное от лечебных процедур, еды и сна время должно быть по возможности структурировано специальными коррекционными, обучающими и игровыми занятиями
Игры	Игры должны чередоваться по степени сложности и напряжению, чтобы не утомлять ребенка и не отягчать его состояние, не допускать длительной утомительной сосредоточенности – внимание больного ребенка значительно слабее (частые колебания интенсивности, повышенная истощаемость, слабость концентрации и распределения). Утомление вызывает быстрый отказ ребенка от участия в них. В то же время игры должны быть разнообразными, вызывать интерес, что привлечет непосредственное внимание ребенка. Больных детей характеризует слабая зрительная сосредоточенность, поэтому помещение для игр должно быть хорошо освещено, там должны присутствовать яркие краски для профилактики сенсорной депривации. Психолог должен систематично и последовательно создавать положительную установку и поддерживать эмоциональный тонус детей. Игры должны различаться в зависимости от возраста и психического состояния детей – при необходимости они могут принимать вид игровой психотерапии (например, игра «во врача», когда дети могут изживать свои страхи перед белым халатом, «леча» кукол и мишек); в них могут быть включены ритмические и музыкальные занятия

Правильная организация среды	Правильная организация среды вокруг больного ребенка не только облегчает его самочувствие, повышает настроение, но также учит его самого активно использовать имеющиеся возможности. Игрушки, книжки, мультфильмы, музыка, домашние животные и, самое главное, общение с заботливыми и понимающими взрослыми – все это является факторами выздоровления заболевшего ребенка. Выражая сочувствие ребенку, разделяя с ним боль, страх и горе, оказывая практическую помощь, поддерживая надежду на выздоровление, взрослые берут на себя часть его страданий, это своеобразная психологическая защита «со стороны». Осознанно и неосознанно запечатлевая, как ведут себя взрослые, ребенок не только фиксирует стереотипы поведения, но и учится справляться со стрессовыми ситуациями, формируя эффективные копинг-стратегии: «решение проблем» и «поиск социальной поддержки».
Взаимоотношения ребенка с медицинским персоналом	Взаимоотношения ребенка с медицинским персоналом и врачами предполагают сочетание мягкости с известными требованиями (самообслуживание) в целях профилактики формирования демонстративных тенденций. Предъявление требований должно соотноситься с особенностями возрастных этапов (кризы развития), которые вносят свой вклад в поведение ребенка

Больные дети отличаются также повышенным уровнем тревожности из-за своего соматического здоровья – интересуются своей историей болезни, результатами анализов, ждут слов врача после осмотра. Успех психологической реабилитации хронически больных детей зависит от детального знания соматических и психических изменений у ребенка; знания эффекта различных психолого-педагогических воздействий и правильной организации жизни детей в больнице.

При длительном пребывании ребенка в больничном стационаре возможно развитие совокупности психических и соматических расстройств, определяемых как синдром госпитализма. Впервые этот феномен был описан у детей и младенцев, разлученных с матерью и находящихся в больнице (Лангмайер, Матейчек). На развитие госпитализма влияет сенсорная депривация – бедность впечатлений из-за недостатка разнообразных ощущений; эмоциональная депривация – недостаток тепла, любви, заботы, эмоциональной поддержки; интеллектуальная депривация – уменьшение стимулов, способствующих упражнению и развитию умственных способностей. К симптомам госпитализма у детей относятся: замедление физического и психического развития, отставание в овладении собственным телом и речью, пониженный уровень адаптации к окружению, ослабленная сопротивляемость к инфекциям. Последствия госпитализма у младенцев и детей являются долговременными и зачастую могут быть необратимыми, приводя к смерти в тяжелых случаях.

Нарушения при хронических соматических заболеваниях у детей

Нарушения органического уровня	Нарушения невротического уровня
синдром дефицита внимания; неактивированность психических процессов (отсутствие волевого напряжения, инициативы); задержки психического развития (психический инфантилизм); пограничная интеллектуальная недостаточность; гипердинамический синдром (повышенная возбудимость, двигательная расторможенность)	заикание (логоневроз); навязчивые страхи и движения; яктация (ритмические покачивания телом, ребенок «укачивает» себя); регресс до более младшего возраста; энурез, энкопрез (недержание мочи, кала); мутизм (отказ разговаривать); истерические расстройства (аггравация, псевдология – утрированные и выдуманные жалобы с целью привлечения внимания)

Задачи психолога в педиатрическом стационаре могут заключаться в следующем:

- психодиагностика – выявление структуры имеющихся нарушений;
- выявление групп риска дезадаптации;
- изучение внутренней картины болезни;
- прогнозирование обучаемости;
- консультирование родителей;
- организация содержательного общения;
- разработка индивидуальных и групповых игр;
- психотерапевтические и психокоррекционные занятия;
- профориентация.

Если мир взрослых рационален, структурирован и предсказуем, то мир детей не имеет четких границ, он эмоционален от ужаса до восторга; детскую душу переполняют эмоции, которые им трудно выразить и пережить. Поэтому главная задача психолога – помочь ребенку справиться с внутренним напряжением и беспокойством.

2. Психология больных пожилого и старческого возраста

Геронтология как наука о старении относит к пожилому возрасту людей 60–74 лет, к старческому – 75–90 лет; свыше 90 лет – долгожители. В большинстве возрастных групп смертность мужчин выше; особенно выражена диспропорция в возрасте 50–55 лет – в два с половиной раза она выше у мужчин, поэтому половой состав старых и пожилых людей сдвинут в сторону женщин.

Чрезвычайно трудно определить начало возрастного снижения психической деятельности. Тем не менее с точки зрения психологии первые признаки старения появляются к 40 годам: снижается способность к быстрому переключению психических процессов, снижается запоминание, четкость образов и движений. Процесс психического старения идет волнообразно, он не отделен жесткой границей от динамики психической деятельности

в процессе всего онтогенеза. Гетерохронный характер возрастных изменений в психической деятельности зависит от индивидуальных, биологических и социальных факторов; окончательно не прекращается деятельность приспособительных процессов; под влиянием декомпенсирующих факторов тлеющие деструктивные изменения превращаются в манифест клинических нарушений.

Геронтолог А.П. Давыдовский отмечал отсутствие жестких границ между собственно нозологическими формами и состояниями, по своей природе болезненными, но целиком обусловленными биологическими процессами старения. Старческие недуги – это «естественная болезненность», без которой старость не существует, «самораспад субстрата жизни». Этиология и патогенез – относительные понятия; в старости болезнь вырастает из проявлений старения.

Признаки старения

Изменения в ЦНС вследствие атеросклероза	Эти изменения неоднозначно дефицитарны и неодинаково проявляются в разных отделах нервной системы. Наиболее выражены изменения в гиппокампе и зрительном бугре – уменьшение числа нейронов при нормальном старении – на 30%; при патологическом старении – до 70%
Уменьшается масса мозга	у мужчин с 50 до 85 лет – на 150-170 граммов, у женщин – на 180–190 граммов. В результате увеличиваются желудочки мозга. Нарушается энергетический обмен – снижается уровень поглощения мозгом кислорода, снижается расщепление глюкозы. Снижается активность медиаторного звена в симпато-адреналовой системе. Нарастает полиморфизм ЭЭГ по составу волновых форм; снижается амплитуда и индекс альфа-активности; нарастает низкоамплитудная медленноволновая активность; уменьшение частоты альфа-ритма ниже 7 Гц свидетельствует о близкой смерти
Атрофия миелиновых волокон	приводит к замедлению проводимости нервных импульсов

В работах по психологии старения и старости рассматриваются в основном две стороны вопроса:

- особенности психической деятельности, обусловленные возрастными изменениями мозговой деятельности;
- реакция стареющего человека на эти изменения.

В позднем возрасте несравненно более значительную роль играют индивидуальные различия, обусловленные конституциональными особенностями и приобретенными свойствами в зависимости от воспитания, образования, соматического здоровья, социальных и других факторов. В психологии старения существует проблема адаптации методик, т. к. они все создавались и валидизировались для молодого возраста.

3. Психологические изменения в старческом и пожилом возрасте

Сфера изменений	Особенности изменений
Моторика	снижение сухожильных рефлексов; снижение моторной силы; расстройство координации; брадикинез; нарастающая мышечная ригидность; бедность мимики, жестов и содружественных движений; изменение походки (мелкие шажки); тремор
Память	страдает память на текущие события (до сдвига ситуации в прошлое), оперативная память и селективная репродукция (затрудненный доступ к информации); качественные сдвиги в структуре памяти – преобладание логического и систематического усвоения над механическим запоминанием
Сенсорные функции	снижение зрения, слуха, различительной чувствительности; повышение порогов чувствительности
Внимание и работоспособность	общая тенденция к снижению в связи со снижением работоспособности нейронов; высокий уровень оперирования накопленными знаниями; инертность (не справляются с ломкой стереотипа); неравномерный прерывистый характер деятельности; падение мотивации деятельности
Эмоции	преобладание депрессивно-тревожного фона настроения в связи с потерей близких, друзей, уходом от активной жизни, падением социальной самооценки, угрозой беспомощности и зависимости от окружающих; ухудшение нейрохимии, ухудшение мозгового кровообращения приводит к сдвигу к отрицательно-эмоциональному полюсу; зависит от итогов жизни (сожаления о неправильно прожитой жизни, упущенных возможностях)
Личность	самооценка зависит от состояния здоровья, наличия смыслов, социальных условий жизни; усиление и заострение прежних свойств личности (мелочность превращается в скупость, сензитивность – в обидчивость, тревожная мнительность – в подозрительность); проявление замаскированных до этого конституциональных форм реагирования; развитие возрастных, нивелирующих индивидуальность черт (консерватизм, переоценка прошлого, обидчивость, эгоцентризм, эмоциональное притупление, подозрительность, скупость, ипохондричность, психическая ригидность, утрата интереса к внешнему миру, сужение эмоциональных контактов и связей, общий возрастной сдвиг в сторону интроверсии, нетерпимость); может наблюдаться полярность черт (наряду с упрямством и недоступностью доводам – повышенная внушаемость и легковерие, наряду со сниженной эмоциональной отзывчивостью – слезливое слабодушие и чувствительность). Личностные изменения менее жестко запрограммированы, психологи склонны говорить об индивидуальных стилях старения. Возможен вариант сглаживания острых черт характера, отход от мелочей жизни и выделение главных ценностей, умиротворение

Возрастное изменение психической деятельности представляет собой не простую сумму дефицитарных сдвигов, а новое особое структурное образование. В структуре старения проявляется сдвиг в сторону снижения психической активности и творческих, интегрирующих видов деятельности. Наиболее продуктивно решаются задачи, требующие использования прошлого опыта, прочно освоенных знаний, словарного запаса.

Факторами, смягчающими и задерживающими психическое старение, являются:

- высокий уровень интеллектуального развития вследствие одаренности, образования, высоких профессиональных умений и навыков;
- тренировка умственной деятельности;
- высокая активность и экстравертированность.

Задача психолога в работе с больными пожилого и старческого возраста состоит в оценке его психического статуса и личности, в построении реабилитационных и психотерапевтических программ.

Тема 17. Нейропсихология

План:

1. История изучения проблемы связи высших психических функций и мозга.
2. Введение в нейропсихологию.
3. Методический аппарат нейропсихологии.
4. Структурно-функциональные принципы работы мозга.
5. Общие принципы строения и функционирования мозговой организации.
6. Концепция трех структурно-функциональных блоков мозга А.Р. Лурия.
7. Синдромный анализ нарушения высших психических функций.
8. Проблема межполушарной асимметрии мозга и межполушарного взаимодействия.

1. История изучения проблемы связи высших психических функций и мозга

Вопросы взаимосвязи психики и мозга принадлежат к числу важнейших проблем естествознания. Если проследить историю их изучения, становится ясно, как менялось мировоззрение исследователей: от понимания мозга как своеобразного «черного ящика», никак не связанного с душой, до представления о нем как о материальном субстрате психики, имеющем сложную функциональную организацию. Первые попытки представить психические процессы как функции определенных участков мозга предпринимались еще в средние века, когда философы и натуралисты считали возможным поместить такие функции, как воображение, мышление и память, в три мозговых

желудочка. Но истинное исследование проблемы взаимосвязи мозга и психических функций началось в XIX в., и в настоящее время можно говорить о четырех основных подходах, сложившихся в науке, которые по-разному отвечали на главный вопрос: как же связаны психические функции с мозгом. Это:

- узкий локализационизм (или психоморфологическая концепция),
- антилокализационизм (или концепция эквипотенциальности),
- эклектическая концепция,
- теория системной динамической локализации высших психических функций (ВПФ).

Появление **узкого локализационизма** связывают с именем известного австрийского анатома Фрэнсиса Галля (1758–1828). Заметив, что отдельные заболевания связаны с повреждением тех или иных участков мозга, он предположил, что «сложные способности человека интимно связаны с отдельными, строго ограниченными участками мозга, которые, разрастаясь, образуют соответствующие выпуклости на черепе, позволяющие определять индивидуальные различия в способностях человека». Затем были исследования: Брока, Вернике. Основные идеи узкого локализационизма:

- функция рассматривалась как неразложимая на компоненты психическая способность, которая соотносится с определенным участком мозга;
- мозг, в свою очередь, представляет собой совокупность различных «центров», каждый из которых целиком заведует определенной функцией;
- под локализацией понималось непосредственное наложение психического на морфологическое.

В противовес узкому локализационизму, в работах М. Флуранца, К. Гольдштейна, К. Лешли развивалось направление, получившее название **антилокализационизм** или **эквипотенционализм** (концепция равных возможностей). обозначить основные идеи антилокализационистов:

- психическая функция рассматривается как неразложимая на компоненты психическая способность, равномерно связанная со всем мозгом;
 - мозг – это однородное целое, равноценное и равнозначное для всех психических функций во всех своих отделах;
- локализация функции представляет собой непосредственное соотношение психического и морфологического.

Вскоре появилась **теории системной динамической локализации высших психических функций**, разработанной А.Р. Лурия и Л.С. Выготским, которые, опираясь на достижения отечественной и зарубежной физиологии (И.М. Сеченов, И.П. Павлов, П.К. Анохин, Н.А. Бернштейн, У. Гесс, У. Пенфилд и др.), согласно которой:

- Каждая психическая функция представляет собой сложную функциональную систему и обеспечивается мозгом как единым целым. При этом различные мозговые структуры вносят свой специфический вклад в реализацию этой функции.

- Различные элементы функциональной системы могут находиться в достаточно удаленных друг от друга участках мозга и при необходимости замещают друг друга.

- При повреждении определенного участка мозга возникает «первичный» дефект – нарушение определенного физиологического принципа работы, свойственного данной мозговой структуре.

- Как результат поражения общего звена, входящего в разные функциональные системы, могут возникать «вторичные» дефекты.

В настоящее время теория системной динамической локализации высших психических функций является основной теорией отечественной нейропсихологии, объясняющей взаимосвязь психики и мозга.

2. Введение в нейропсихологию

Нейропсихология – отрасль психологической науки, возникшая на стыке психологии, медицины (неврологии, нейрохирургии) и физиологии, изучающая мозговые механизмы психических процессов на материале локальных поражений мозга, созданная в нашей стране работами А.Р. Лурия (1902–1977) и его учеников (Е.Д. Хомская, Л.С. Цветкова, Т.В. Ахутина и др.), которые в течение 50 лет разрабатывали различные проблемы нейропсихологии.

Основные направления нейропсихологии:

- *Клиническая нейропсихология*, являющаяся продолжением классической нейропсихологии. Объектом направления являются больные с локальными поражениями мозга. Основная задача – изучение нейропсихологических синдромов при локальных поражениях мозга (диагностика, подготовка психологического заключения о возможности лечения, восстановления и прогноза дальнейшей судьбы больных). Основным методом является метод клинического нейропсихологического исследования.

- *Экспериментальная нейропсихология*. Объектом направления являются познавательные процессы. Основной задачей выступает изучение различных форм нарушений психических процессов при локальных поражениях мозга.

- *Реабилитационная нейропсихология*. Объектом выступают люди с органическими поражениями мозга, основной задачей этого направления является восстановление ВПФ при локальных поражениях мозга. Предложены научно обоснованные методы восстановления ВПФ, опирающиеся на центральное положение о том, что сложная психическая функция может быть восстановлена за счет перестройки нарушенной функциональной системы. В результате поврежденная функция начинает работать с помощью нового набора психических средств, что предполагает и ее новую мозговую организацию. В настоящее время в сферу деятельности нейропсихологов входят больные, перенесшие инсульт, различного рода травмы мозга и т.д.

– *Экологическая нейропсихология* оценивает влияние различных неблагоприятных экологических факторов на состояние психических функций и на эмоционально-личностную сферу с позиций нейропсихологии. Данное направление начало развиваться вскоре после Чернобыльской катастрофы [Хомская, 2005], и в условиях постоянно ухудшающейся окружающей среды эти исследования становятся все более актуальными.

– *Нейропсихология развития*. Объектом выступают дети и пожилые люди. Задача – выявление закономерностей развития и угасания ВПФ в зависимости от особенностей созревания мозга.

Психофизиологическое направление в нейропсихологии – это направление, в задачу которого входит изучение физиологических механизмов нарушений высших психических функций. Оно развивается в тесной связи с психофизиологией, широко используя ее методы исследования (электроэнцефалография, окулография, миография и т.д.).

3. Методический аппарат нейропсихологии

Рассматривая методические основания нейропсихологии, все многообразие методов, используемых ею как самостоятельной научной дисциплиной, можно разделить на две группы. К первой следует отнести те методы, с помощью которых были получены основные теоретические знания, а ко второй – методы, которые используются нейропсихологами в практической деятельности.

Что касается первой группы, то здесь выделяют сравнительно-анатомический метод исследования, метод раздражения и метод разрушения [Лурия, 2013]. Сравнительно-анатомический метод исследования позволяет исследовать зависимость способов жизни, поведения животных от особенностей строения их нервной системы. С помощью данного метода были выяснены принципы работы мозга, а также строение коры больших полушарий, но изучить функции тех или иных структур было сложно. Метод раздражения предполагает анализ особенностей ВПФ, проявляющихся в результате воздействия на мозг. В зависимости от форм этого воздействия выделяют прямое раздражение, не прямое раздражение и раздражение отдельных нейронов. Первое предполагает непосредственное воздействие на отдельные участки коры с помощью электрического тока или механически.

В практической деятельности нейропсихологов используется предложенный А.Р. Лурия метод синдромного анализа, или, иначе, – «батарея Луриевских методов». А.Р. Лурия отобрал ряд проб, объединенных в батарею, которая позволяет оценить состояние всех основных ВПФ (по их параметрам). Эти пробы адресованы ко всем мозговым структурам, обеспечивающим эти параметры, что и позволяет определить зону поражения (или недоразвития) мозга. Изменение сложности задач и темпа их предъявления дает возможность с большой точностью выявить тонкие формы нарушения (поставить топический диагноз). Предложенный метод основан на системном

подходе к анализу нарушений функции и качественном анализе дефекта и представляет собой набор специальных проб, адресующихся к познавательным процессам, произвольным движениям и действиям.

Данные методы, являясь основным инструментом клинической нейропсихологической диагностики, направлены на изучение познавательных процессов и личностных характеристик больного – речи, мышления, письма и счета, памяти [Проблемы афазии, 1979; Цветкова, 2005; Цветкова, 1997]. Специальную область применения нейропсихологических методов составляет проблема школьной дезадаптации. С помощью метода синдронового анализа можно определить наличие или отсутствие мозговых дисфункций у детей с трудностями обучения, раскрыть механизмы, лежащие в основе этих затруднений, и понять первичный дефект, определивший их возникновение [Актуальные проблемы, 2001; Корсакова, 2004].

4. Структурно-функциональные принципы работы мозга

Чтобы понять возможные причины нарушения высших психических функций и грамотно построить коррекционно-развивающую программу, необходимо знать строение коры больших полушарий и функциональные особенности отдельных структур головного мозга. Еще в начале XX в. Ф. Галль обнаружил, что головной мозг неоднороден и состоит из серого (клетки коры и подкорки) и белого (проводящие волокна) вещества, но не уделил должного внимания этому факту. Лишь в 1863 г. киевский физиолог В.А. Бец выделил гигантские пирамидные клетки, связанные с мышцами, и мелкозернистые клетки, связанные с органами чувств. Было показано, что клетки мозга не только имеют разную форму и строение, но и выполняют разные функции.

Как известно, кора головного мозга представляет собой поверхностный слой, покрывающий полушария головного мозга и образованный преимущественно вертикально ориентированными нервными клетками, их отростками, пучками афферентных и эфферентных нервных волокон и клеток нейроглии. Постепенно было выяснено основное строение новой коры больших полушарий, состоящей из шести слоев (по некоторым данным, семи) [Лурия, 2013; Милнер, 1973], отличающихся по ширине, плотности расположения, форме, размерам составляющих их нервных клеток.

Шестой слой (афферентный) состоит из мелкозернистых клеток и связан с органами чувств. Пятый слой (эфферентный) включает в себя гигантские пирамидные клетки, генерирующие импульсы к мышцам. В четвертый слой коры приходят волокна, несущие импульсы, возникающие в периферических рецепторах. Эти три слоя образуют первичные, или проекционные зоны коры. Поверхность полушарий изрезана глубокими щелями и бороздами, которые разделяют ее на доли: лобную, теменную, затылочную, височную. Соответственно, выделяют теменную (общечувствительную), затылочную (зрительную), височную (слуховую) первичные зоны коры.

Их основная функция – прием и анализ возбуждения, поступающего от периферических рецепторов. Нормальный доношенный ребенок рождается с уже сформированными первичными зонами коры больших полушарий.

Над каждой первичной зоной коры надстраивается система вторичных зон, в которых преобладают более сложные по своему строению второй и третий слои коры. Они состоят из клеток с короткими аксонами, поэтому возбуждение не выходит за их пределы, а циркулирует внутри слоя, обеспечивая, таким образом, ассоциативные функции, т. е. способность к установлению ассоциаций (синтезу возбуждения). Третий слой состоит из мелкозернистых клеток с короткими аксонами, а второй – из пирамидных клеток с короткими аксонами. Вторичные, или проекционно-ассоциативные зоны коры обеспечивают функцию синтеза возбуждения. Выделяют вторичные теменные (общечувствительные), затылочные (зрительные) и височные (слуховые) зоны коры. Вторичные зоны в норме созревают у ребенка к двум-трем годам [Лурия, 2013; Хомская, 2005].

На границах между корковыми представительствами отдельных чувствительных зон коры больших полушарий расположены клетки первого слоя (клетки с короткими аксонами). Этот слой образует третичные, или ассоциативные зоны коры, основной функцией которых является вторичный синтез возбуждения. В коре головного мозга можно выделить две группы третичных зон: задняя, или височно-теменно-затылочная (расположена на стыке затылочной, височной и теменной зон) и передняя (находится впереди от двигательной зоны коры и надстраивается над двигательными отделами коры головного мозга). Третичные зоны коры обеспечивают совместную работу корковых звеньев отдельных анализаторов – наиболее сложные интегративные функции коры головного мозга. Задние третичные зоны созревают, как правило, к шести-семи годам, а передние – к четырнадцати-пятнадцати годам.

Все эти системы мозга работают в тесном взаимодействии друг с другом. При этом А.Р. Лурия подчеркивал, что отдельные слои коры неравномерно распределены в топографически различных участках коры головного мозга [Лурия, 2013].

5. Общие принципы строения и функционирования мозговой организации.

1. Принцип эволюционного развития, заключающийся в том, что на различных этапах эволюции отношения организма со средой и его поведение регулировались различными аппаратами нервной системы и, следовательно, мозг человека представляет собой продукт длительного эволюционного развития.

2. Принцип сохранности древних структур, предполагающий, что прежние аппараты мозга сохраняются, уступая ведущее место новым образованиям и приобретая новую роль. Они все больше становятся аппаратами, обеспечивающими фон поведения.

3. Принцип вертикального строения функциональных систем мозга, означающий, что каждая форма поведения обеспечивается совместной работой разных уровней нервного аппарата, связанных между собой как восходящими, так и нисходящими связями, превращающими мозг в саморегулирующуюся систему.

4. Принцип иерархического взаимодействия разных систем мозга, согласно которому возбуждение, возникающее в периферических органах чувств, сначала приходит в первичные (проекционные) зоны, затем распространяется на вторичные зоны коры, которые играют интегрирующую роль, объединяя соматотопические проекции возникших на периферии возбуждений в сложные функциональные системы. Данный принцип, по сути, обеспечивает интегративную деятельность мозга.

5. Принцип соматотопической организации первичных зон мозговой коры, по которому каждому участку тела соответствуют строго определенные пункты коры больших полушарий (точка в точку).

Принцип функциональной организации коры, отражающий взаимосвязь роли функции и ее проекции в коре больших полушарий мозга: чем большее значение имеет та или иная функциональная система в поведении, тем большую площадь занимает ее проекция в первичных отделах коры головного мозга. Иллюстрацией данного принципа являются известные схемы У. Пенфилда.

6. Принцип прогрессивной кортиколизации, суть которого в том, что чем выше на эволюционной лестнице стоит животное, тем в большей степени его поведение регулируется корой и тем больше возрастает дифференцированный характер этих регуляций. Кроме того, А.Р. Лурия указывал, что и формирование психической деятельности человека идет от простых к более сложным, опосредованным формам.

7. Принцип многоуровневого взаимодействия вертикально организованных путей проведения возбуждения, что дает возможности для различных типов переработки афферентных сигналов.

8. Принцип иерархического соподчинения различных систем мозга, благодаря которому уменьшается число степеней свободы каждой системы и становится возможным управление одного уровня иерархии другим.

9. Принцип системной локализации функций (каждая психическая функция опирается на сложные взаимосвязанные структурно-функциональные системы мозга).

10. Принцип динамической локализации функций (каждая психическая функция имеет динамическую, изменчивую мозговую организацию, различную у разных людей и в разные возрасты их жизни).

Выделенные выше основные принципы структурно-функциональной организации мозга сформулированы на основе анализа нейроанатомических данных.

6. Концепция трех структурно-функциональных блоков мозга

А.Р. Лурия

А.Р. Лурия, опираясь на теорию системной динамической локализации высших психических функций, предложил структурно-функциональную модель мозга как субстрата психической деятельности [Лурия, 2013]. Е.Д. Хомская отмечает, что эта модель характеризует наиболее общие закономерности работы мозга как единого целого и позволяет объяснить его интегративную функцию [Хомская, 2005]. А.Р. Лурия предположил, что весь мозг можно разделить на три структурнофункциональных блока: энергетический, приема, переработки и хранения экстероцептивной информации и программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности. Любая ВПФ осуществляется при обязательном участии всех трех блоков, каждый из которых характеризуется анатомическими особенностями, физиологическими принципами, лежащими в основе его работы, выполняемыми функциями и их специфическими нарушениями, проявляющимися в случае повреждения или недоразвития [Лурия, 2013].

Первый функциональный блок мозга получил название блока регуляции энергетического тонуса и бодрствования. Многочисленными исследованиями в области физиологии высшей нервной деятельности было доказано (И.П. Павлов, А.Р. Лурия, М.Н. Ливанов и др.), что для нормальной психической активности организм должен находиться в состоянии бодрствования (иными словами, кора больших полушарий должна находиться в состоянии тонуса, т. е. иметь определенный уровень возбуждения). Только в условиях оптимального бодрствования возможна произвольная активность человека, он может наилучшим образом принимать и перерабатывать информацию, вызывать в памяти нужные системы связей, программировать деятельность, осуществлять контроль над ней. Было установлено, что аппараты, обеспечивающие и регулирующие тонус коры, находятся не в самой коре, а в лежащих ниже стволовых и корковых отделах мозга. Таким аппаратом являются неспецифические структуры разных уровней – ретикулярная формация ствола мозга, неспецифические структуры среднего мозга, лимбическая система, область гиппокампа.

Второй функциональный блок мозга – блок приема, переработки и хранения информации – расположен в наружных отделах новой коры (неокортекса) и занимает ее задние отделы, включая в свой состав аппараты затылочной, височной и теменной коры. Структурно-анатомическими особенностями этого блока мозга являются шестислойное строение коры и модальная специфичность.

Третий функциональный блок мозга – блок программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности – расположен впереди от центральной лобной извилины и включает в свой состав моторные, премоторные и префронтальные отделы коры лобных долей мозга.

Анализ особенностей строения и функционирования трех функциональных блоков мозга позволяет предположить, что каждая форма сознательной деятельности всегда является сложной функциональной системой и осуществляется, опираясь на совместную работу всех трех блоков мозга, каждый из которых вносит свой вклад в обеспечение всего психического процесса в целом. Выделение этих блоков достаточно условно.

Аппараты первого функционального блока мозга обеспечивают необходимый уровень активации остальных блоков, второй функциональный блок отвечает за прием, анализ и переработку информации, поступающей из внешней среды. С одной стороны, эта информация составляет основу для интегративной деятельности третьего блока, а с другой – является одним из источников активности первого блока. Роль третьего функционального блока проявляется в его интегрирующей, регулирующей, модулирующей функции. Обеспечивая важный этап в переработке информации, аппараты третьего функционального блока оказывают модулирующее влияние и на первый, и на второй блоки, что приводит как к изменению уровня активации коры, с одной стороны, так и к изменению порогов ощущения и восприятия – с другой.

Анализируя взаимодействие блоков мозга с точки зрения деятельности, следует отметить, что первый блок участвует в формировании мотивов любой сознательной деятельности, второй – обеспечивает операциональную сторону деятельности, а третий – отвечает за формирование целей и программ деятельности. Нарушение работы каждого из этих блоков обязательно приводит к дезинтеграции психической деятельности в целом, но каждый раз по-разному, так как приводит к нарушению соответствующих стадий деятельности.

7. Синдромный анализ нарушения высших психических функций

Нарушение ВПФ может иметь различные проявления: в форме грубого расстройства функции, в виде ее патологического ослабления или снижения уровня выполнения функции. Основная классификация нейропсихологических синдромов построена по топическому принципу, то есть на выделении области поражения мозга. В связи с этим их в первую очередь делят на синдромы поражения корковых отделов и синдромы поражения подкорки. Корковые нейропсихологические синдромы возникают при поражении вторичных и третичных полей коры больших полушарий. В свою очередь их можно разделить на две категории: синдромы, возникающие при поражении задних отделов мозга, и синдромы, связанные с поражением передних отделов больших полушарий.

Нейропсихологические синдромы поражения задних отделов коры больших полушарий имеют общие черты. Их основу составляют

гностические, мнестические и интеллектуальные расстройства, связанные с нарушением различных модальностеспецифических факторов. К ним относят:

- синдромы поражения затылочных и затылочно-теменных отделов коры больших полушарий, проявляющиеся в нарушении зрительного гнозиса, зрительной памяти, зрительного пространства, а также в нарушении оптико-пространственного анализа и синтеза;
- синдромы поражения зоны ТРО (третичных височно-теменно-затылочных отделов коры), приводящие к трудностям ориентации во внешнем зрительном пространстве, конструктивной апраксии, расстройству наглядных мыслительных процессов;
- синдромы поражения коры теменной области мозга, в основе которых лежит нарушение модально-специфических
- кожно-кинестетических факторов (тактильные агнозии, сомато-агнозии);
- синдромы поражения конвекситальной (наружной) коры височной области мозга, проявляющиеся в нарушении фонематического слуха, слуховой агнозии, амузии;
- синдромы поражения коры медиобазальных (внутренних) отделов височной области коры больших полушарий, проявляющиеся в виде модально-неспецифических нарушений памяти, сознания и эмоциональной сферы.

Нейропсихологические синдромы поражения передних отделов коры больших полушарий также не являются однородными и могут проявляться в виде двух синдромов:

- синдром поражения премоторных отделов коры, связанный с нарушением плавности, автоматизированности, последовательности движений;
- синдром поражения коры префронтальной области мозга, центральными симптомами которого являются общие нарушения поведения и изменение личности больного.
- Что касается синдромов поражения подкорки, то они изучены недостаточно. Но в литературе есть материал о трех типах нейропсихологических синдромов, связанных с поражением глубоких структур мозга [Хомская, 2005]:
- синдромы поражения срединных неспецифических структур мозга, проявляющиеся в виде нарушений памяти, внимания и эмоциональных процессов;
- синдромы поражения срединных комиссур мозга, проявляющиеся в виде нарушения координации движений, затруднения в назывании предметов, попавших в левое поле зрения, а также в форме дископии-дисграфии (базальные ганглии). Сюда входит широкий спектр нарушений, которые характерны для поражения как передних, так и задних отделов мозга.

Синдромный подход к анализу нарушений психических функций при локальных поражениях мозга является основным в современной нейропсихологии. И исследования в этом направлении приносят все более интересные данные об особенностях взаимосвязи мозга и психики.

8. Проблема межполушарной асимметрии мозга и межполушарного взаимодействия

Изучение межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия ведется в разных отраслях естествознания, в том числе и в рамках нейропсихологического подхода. Первые данные о латерализации функций относятся еще к школе Гиппократу, когда наблюдались и описывались связи между односторонними ранениями головы и контралатеральными конвульсиями. К началу XX в. накопилось достаточно много фактов о неравнозначности левого и правого полушария мозга. Анатомические, функциональные и клинические данные убедительно свидетельствуют о том, что левое и правое полушарие устроены, работают и нарушаются неодинаково [Хомская, 1997]. По данным отечественных и зарубежных авторов, и у человека, и у ряда животных левое полушарие крупнее правого [Хомская, 2005]. Не менее интересны данные о функциональных особенностях левого и правого полушария: при регистрации вызванных потенциалов они сначала отмечаются в правом полушарии, а потом постепенно охватывают левое. Доказано, что левое полушарие активизируется при выполнении одних задач, а правое – других [Брагина, 1988].

Клинические наблюдения подтверждают полученные факты: речевые нарушения возникают преимущественно при поражении левого полушария, в то время как поражение правого приводит к появлению своеобразного симптомокомплекса, включающего нарушение схемы тела, выпадение поля зрения, нарушение пространственной ориентировки и т.д.

У большинства людей организация речи связана с работой левого полушария, но понимание интонационно-мелодической окраски высказывания обеспечивается правым полушарием. Такому подходу свойственны следующие положения:

- функциональная асимметрия носит не глобальный, а парциальный характер. Выделяют моторные асимметрии (мануальную, ножную, оральную, глазодвигательную и т.д.), сенсорные (зрительную, слуховую, тактильную) и психические (асимметрия организации речи и других психических функций). В разных системах характер функциональной асимметрии может быть неодинаков;
- каждая конкретная форма функциональной асимметрии отличается своей степенью, мерой выраженности. Можно говорить о сильной или слабой асимметрии;
- функциональная асимметрия больших полушарий у взрослого человека есть продукт действия биосоциальных структур. Как показали

исследования, проведенные на детях, основы функциональной специализации являются врожденными, но по мере развития ребенка происходит усовершенствование и усложнение механизмов межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия [Хомская, 1997].

Второй аспект проблемы межполушарной асимметрии, не менее важный, но менее изученный, – это вопрос межполушарного взаимодействия. Долгое время считалось, что оба полушария мозга абсолютно самостоятельны и представляют собой такой же парный орган, как почки или легкие. Но работы Роджера Уолкотта Сперри по перерезке комиссур мозга показали, что при нарушении взаимосвязи между левым и правым полушарием возникают серьезные нарушения психических функций. Результат перерезки комиссур мозга (мозолистого тела), получивший название «Модель расщепленного мозга», характеризуется триадой симптомов:

- аномия, проявляющаяся в нарушении способности давать отчет обо всех видах сенсорной информации, поступающей в правое полушарие;
- дископия-дисграфия, для которой характерно нарушение письма и конструктивной /деятельности при выполнении их одной (правой или левой) рукой;
- нарушение координации движений.

Таким образом, можно сказать, что межполушарная организация психических процессов основана на единстве двух факторов: функциональной асимметрии (специализации) полушарий мозга и их взаимодействии в психической деятельности человека.

Тема 18. Отдельные вопросы нейропсихологии высших психических функций

План:

1. Возможности восстановления высших психических функций методами нейропсихологии.
2. Нейропсихология восприятия.
3. Нейропсихология речи.
4. Нейропсихология внимания.
5. Нейропсихология памяти.
6. Нейропсихология движений и действий.
7. Нейропсихология мышления.

1. Возможности восстановления высших психических функций методами нейропсихологии

В результате разного рода травм или заболеваний мозга у человека могут возникнуть самые разнообразные нарушения психических функций (речевых, мнестических, интеллектуальных и пр.). Чтобы компенсировать эти

нарушения, необходима работа по восстановлению нарушенных психических функций. Каждое локальное поражение мозга, возникающее в результате самых разных причин (травм, опухолей, кровоизлияний), имеет сложное строение. Некоторые нервные элементы разрушаются и полностью выпадают из функционирования, другие же остаются сохранными, но физиологически приходят в состояние инактивации – блокирования или торможения функциональной системы. В зависимости от особенностей возникновения очага поражения, его локализации, величины могут быть использованы разные способы восстановления нарушенной функции: спонтанное восстановление, растормаживание, викариат, перестройка функциональных систем.

Под спонтанным восстановлением понимают самостоятельное восстановление функции без вмешательства извне. А.Р. Лурия указал на несколько возможных ситуаций, которые способны привести к спонтанному восстановлению:

- Если поражение не разрушает мозговое вещество, а лишь временно угнетает участки мозга. Когда оно исчезает, функция восстанавливается по механизму «диашиза» (вследствие растормаживания инактивных нервных структур). Как правило, каждое очаговое поражение сопровождается явлениями отека и набухания, гемодинамическими сдвигами, иногда снижением нормального тонуса корковых клеток в связи с расстройствами функций ретикулярной формации. В результате временного торможения психические функции находятся в инактивном состоянии. По мере ликвидации этих патологических явлений временно выпавшие функции восстанавливаются в их прежнем виде.

- Перемещение данной функции с одних участков мозга на другие, которые компенсируют дефект (спонтанное замещение разрушенных участков мозговой ткани соседними).

- Переход функции «вниз», к системе двигательных подкорковых элементов данного полушария, или перемещение к соответствующим зонам правого полушария.

Другой способ восстановления – восстановление функций путем перестройки функциональных систем.

Л.С. Цветкова описывает ряд принципов восстановительного обучения, разработанных под руководством А.Р. Лурия, условно разделив их на психофизиологические, психологические и психолого-педагогические принципы. К первым, психофизиологическим, относят:

- Принцип квалификации дефекта (нейропсихологический анализ нарушенной функции и выявление его механизма, т.е. первичного дефекта, лежащего в основе нарушения).

- Принцип использования сохранных анализаторных систем в качестве опоры при обучении. В ряде случаев пораженное звено функциональной системы может быть заменено сохранным.

– Принцип опоры на разные уровни организации психических функций. В данном случае восстановительное обучение должно учитывать наличие разных уровней организации функциональной системы и использовать сохранные уровни нарушенных функций для их восстановления.

– Принцип опоры на сохранные психические функции, взаимодействующие с пострадавшей (например, на речь, память, интеллект).

– Принцип контроля, исходящий из положения о том, что лишь постоянный поток обратной информации обеспечивает слияние выполняемого действия с исходным намерением и своевременную коррекцию допускаемых ошибок (П.К. Анохин, Н.А. Бернштейн, А.Р. Лурия).

К психологическим принципам относятся:

– Принцип учета личности больного. Восстановительное обучение должно исходить из задач лечения человека, восстановления нарушенной функции у больного, а следовательно, опирается на мотивационную сферу деятельности.

– Принцип опоры на сохранные формы вербальной и невербальной деятельности больного. Опора на прошлый опыт больного позволяет перенести пострадавшую функцию на другой, более низкий и доступный уровень ее осуществления.

– Принцип опоры на предметную деятельность. Как известно, психические процессы формируются в предметной, специально организованной деятельности. Естественно, что их восстановление должно идти в тех же условиях.

– Принцип программированного обучения, предусматривающий разработку программ, состоящих из ряда последовательных операций, выполнение которых приводит к реализации нарушенного умения.

И, наконец, психолого-педагогические принципы:

– Принцип «от простого к сложному». При этом главное – определить, что именно является сложным или простым при данном нарушении функции. Например, для больного с сенсорной афазией гораздо сложнее выделить отдельный звук, чем понять большой текст.

– Принцип учета объема и степени разнообразия материала (вербального и картиночного). Объем не должен перегружать внимание, поэтому он не может быть очень большим или слишком разнообразным.

– Принцип учета сложности вербального материала. Он требует учитывать объективную и субъективную частотность лексики, фонематическую сложность, длину слов, фраз, текста.

– Принцип учета эмоциональной сложности материала, который должен создавать положительный эмоциональный фон для занятий, положительный настрой клиента.

2. Нейропсихология восприятия

При нейропсихологическом анализе нарушений ВПФ, предложенном А.Р. Лурия и его учениками, следует учитывать все симптомы, возникающие при поражении разных уровней анализаторных систем. Е.Д. Хомская выделяет два типа расстройств, возможных при повреждении работы различных анализаторных систем: относительно-элементарные сенсорные расстройства, отражающие нарушения различных видов ощущений (светоощущения, цветоощущения и пр.), и более сложные гностические расстройства, отражающие нарушения разных видов восприятия (восприятие формы, предмета, звуков речи и пр.). Первый тип расстройств возникает при повреждении анализаторных систем и первичных зон коры больших полушарий, второй – при поражении вторичных зон коры. Гностические расстройства, возникающие в этом случае, носят название «агнозия». В зависимости от локализации поражения могут быть зрительные, слуховые, тактильные агнозии.

Большинство авторов выделяют следующие шесть форм нарушения зрительного гнозиса [Лурия, 2013; Хомская, 2005].

Предметная агнозия возникает при поражении нижней части вторичных зон затылочной коры. При этом нарушении больной может описать все признаки предмета, но не понимает смысл изображения в целом, не узнает предмет. В такой грубой форме предметная агнозия наблюдается лишь при одновременном поражении нижних отделов вторичных зон височной области левого и правого полушарий. В этом случае больной ведет себя как слепой, хотя и видит предметы. Он постоянно ощупывает их и ориентируется на слух. При одностороннем поражении данная агнозия проявляется при распознавании в затрудненных условиях (контурное, перечеркнутое, наложенное изображение).

Лицевая агнозия (прозопагнозия) возникает при поражении нижних отделов вторичных зон затылочной коры правого полушария. Больные не могут различать человеческие лица или их фотографии. При грубой форме лицевой агнозии не различают мужские и женские лица, детские и взрослые, лица своих родных и близких.

Буквенная агнозия возникает при поражении нижних отделов вторичных зон затылочной коры левого полушария, на границе затылочной и височной коры (у правшей). При этом больные правильно копируют буквы, но не могут их узнать и назвать, в результате распадается навык чтения (первичная алексия).

Оптико-пространственная агнозия характерна для поражения верхних отделов вторичных зон затылочной коры и сопровождается нарушением ориентировки в пространственных признаках окружающей среды и изображений объектов (нарушается лево-правая ориентировка, самостоятельность рисунка, поскольку рисует все отдельно, иногда возникают трудности чтения букв с признаками «лево–право», например, «К»–«Я»). В грубых случаях нарушается ориентировка и в верхне-нижних координатах.

Симультанная агнозия характеризуется сужением объема зрительного восприятия, больной не может одновременно воспринимать два предмета, воспринимает только отдельные фрагменты изображения. Поэтому он не в состоянии поставить карандашом точку в центр круга, так как видит или круг, или карандаш.

Цветовая агнозия проявляется в том, что больные различают цвета, но не говорят, в какой цвет окрашены предметы. Они не могут назвать предметы определенного цвета, у них отсутствует обобщенное представление о цвете, и они затрудняются его классифицировать. Это связано с трудностями категоризации цветов, с образованием определенных цветовых групп.

Согласно теории системной динамической локализации высших психических функций, зрительное восприятие представляет собой сложную функциональную систему, включающую несколько компонентов, в организации которых принимают участие разные структуры мозга. Выделяют следующие уровни организации зрительных перцептивных процессов: анализ зрительной информации (обеспечивается первичными отделами затылочной коры), синтез зрительной информации в целостный зрительный образ (осуществляется вторичными отделами затылочной коры). Вторичные зоны являются аппаратами, осуществляющими исполнительную часть перцепторной деятельности, поэтому их поражение затрудняет зрительный синтез, но не лишает перцепторную деятельность направленного и осмысленного характера. Больной старается разобраться в значении фрагментов зрительной информации и может компенсировать свой дефект с помощью рассуждений, зрительно-пространственная организация выполняется задними третичными зонами мозга. Включение внезрительных компонентов (кожно-кинестетические ощущения, вестибулярный анализатор) обеспечивает пространственный анализ зрительной информации, организация перцепторной деятельности обеспечивается лобными отделами коры больших полушарий. При поражении лобных долей больные воспринимают и узнают простые изображения, буквы, читают слова и даже фразы, но страдает активная перцепторная деятельность. Больной заменяет адекватную оценку ситуации оценкой непосредственного впечатления.

Поражение вторичных зон височной области приводит к нарушению целостности слухового восприятия, которое в зависимости от места поражения может проявляться в виде:

слуховой агнозии, возникающей при повреждении как левого, так и правого полушария. Проявляется данное нарушение в том, что страдает понимание предметных звуков. Больной слышит звуки, может отличить один от другого, но не может назвать их источник. Хотя больные могут различать звуки по высоте, интенсивности, длительности и тембру, они не имеют для них никакого смысла;

сенсорной амузии, характерной для поражения верхних отделов вторичных зон височной области правого полушария. Нарушается способность

узнавать и воспроизводить знакомую мелодию или ту, которую человек только что услышал, а также отличать одну мелодию от другой. При грубых нарушениях могут возникать болевые ощущения при восприятии мелодий;

речевой акустической агнозии (сенсорной афазии), проявляющейся при поражении верхних отделов вторичных зон височной области левого полушария. При этом сохранна острота слуха, нет выпадения тон-шкалы, но больные не различают фонематические признаки речи (путают близкие по звучанию фонемы: «Б–П», «Г–К»), при массивных поражениях вместо речи слышат неречевой шум (шум моря, шорох листьев и т.п.);

акустико-мнестической афазии (нарушение слухоречевой памяти), которая возникает при поражении средних отделов вторичных зон височной области левого полушария. Дефект заключается в том, что больной не может удержать в памяти даже небольшую серию звуков: «дом – лес – стол». При повторении первое слово уже забывается;

нарушения интонационной стороны речи, что связано с поражением правой височной области. Больные не различают речевых интонаций, невыразительны в своей речи, плохо различают мужские и женские голоса, не узнают знакомые голоса.

Согласно представлениям о синдромном анализе нарушений высших психических функций, поражение одного участка мозга приводит к первичному нарушению психической функции. Это, в свою очередь, вызывает расстройство всех функциональных систем, в которые он входит в качестве составного компонента. Расстройство речевого (фонематического) слуха приводит к нарушению всех психических функций, так или иначе с ним связанных [Лурия, 2013]. Эти нарушения, имеющие вторичный, или системный, характер, получили название «синдром височной афазии» и включают в себя следующие симптомы:

Расстройство понимания речи. Невозможность различать близкие фонемы приводит к затруднению понимания устной речи: путая близкие по звучанию фонемы, больной не понимает отдельные слова (при утяжелении поражения начинает воспринимать родную речь как иностранный язык или как неречевой шум).

Затруднения в назывании предметов: перестает с легкостью припоминать нужные слова (возникают обильные литеральные парафазии). Например, при попытке произнести «колос» у больного получается «голос», «хорост», «горст».

Расстройство экспрессивной речи: не имея опоры в фонематической системе, больной плохо владеет связной речью, она представляет бессвязный набор слов.

Распад письма: поскольку больные не могут выделить фонемы и проанализировать сложный состав слова, то не могут найти и нужный звукобуквенный состав слова.

Частичное нарушение чтения: нарушено чтение мало встречающихся слов при сохранности автоматизмов.

Нарушение вербального мышления: проявляется в том, что больные не могут удержать в слухоречевой памяти последовательность операций.

3. Нейропсихология речи

Нейропсихология занимается изучением различных форм нарушения речи при локальных поражениях мозга. В качестве двух самостоятельных видов речи в нейропсихологии выделяют импрессивную (понимающую) и экспрессивную (выражающую) речь, которые имеют разное психологическое строение. Импрессивная речь – процесс понимания речевых высказываний, как устных, так и письменных, начинается с восприятия потока чужой речи, затем идет декодирование этого потока до речевой схемы, выделение через внутреннюю речь общей мысли высказывания и понимание его мотива. Экспрессивная речь – процесс высказывания с помощью языка – начинается с мотива высказывания, формирования программы высказывания, после чего общая мысль перекодируется с помощью внутренней речи в речевые схемы, а затем – в развернутую речь.

С точки зрения лингвистики в речи выделяют следующие единицы: фонемы, лексемы и семантические единицы. Под фонемами понимают смыслоразличительные звуки речи. В русском языке фонемами являются гласные и согласные звуки, а также такие их характеристики, как звонкость – глухость, твердость – мягкость, благодаря чему, например, слова «был», «бил», «быль» и «биль» в русском языке имеют совершенно разные значения. В то же время длина гласного звука, играющая в английском и немецком языке смыслоразличительную функцию, в русском воспринимается как варианты одного и того же слова. Лексемы – это слова или фразеологические сочетания, обозначающие отдельные предметы или явления. Семантические единицы представляют собой обобщения в виде системы слов, обозначающих понятия. Другими словами, речь имеет фонематическую, лексическую и семантическую структуру.

Выделяют четыре самостоятельные формы речевой деятельности, или подсистемы: устная и письменная речь (экспрессивная речь) и понимание устной и письменной речи (импрессивная речь). Каждая из выделенных подсистем выполняет разные функции, имеет свои особенности организации, а также различные сроки формирования. Эти различия в генезисе и психологической структуре находят свое отражение и в мозговой организации различных видов речевой деятельности.

Как сложная функциональная система речь включает большое число афферентных и эфферентных звеньев, в ней принимают участие все анализаторы: слуховой, зрительный, кожно-кинестетический, двигательный. Каждый из них вносит свой вклад в организацию речевой деятельности

в целом. Выпадение любого из этих звеньев приводит к нарушению речи, но особенности нарушения зависят от того, какое именно звено пострадало.

По утверждению А.Р. Лурия, для организации импрессивной речи (декодирования воспринимаемой речи) необходимо соблюдение следующих условий [Лурия, 2013]:

Четкое выделение фонематических признаков речи. Обеспечивается работой верхних отделов вторичных зон височной области левого полушария мозга (зона Вернике). Поражение данного участка приводит к сенсорной афазии, заключающейся в невозможности выделения близких по звучанию фонем. Больной не слышит разницы между словами «кора»—«гора». При этом намерение разобраться в смысле высказывания остается у него сохранным.

Понимание слова (предполагается, что эта функция обеспечивается в результате взаимодействия слухового и зрительного анализаторов). При нарушении этого взаимодействия звуковой образ слова перестает вызывать зрительный, поэтому узнавание его смысла грубо нарушается.

Понимание значения целой фразы или связного речевого высказывания. В выполнение данного условия включены несколько компонентов:

а) удержание в памяти всех элементов фразы, обеспечиваемое работой средних отделов вторичных зон височной области левого полушария. При поражении этого участка мозга возникает акустико-мнестическая афазия (невозможно удержать в памяти даже несколько слов);

б) симультанный синтез речевого высказывания, который связан с работой височно-теменно-затылочных отделов левого полушария мозга (у правшей). Поражение этого участка приводит к семантической афазии (нарушается понимание сложных логико-грамматических конструкций);

в) активный анализ наиболее существенных элементов высказывания (проявляется в понимании общего смысла высказывания, его контекста). Это условие обеспечивается за счет участия лобных долей мозга.

Следовательно, импрессивная речь представляет собой сложную функциональную систему, в организации которой принимают участие различные структуры мозга, каждая из которых вносит свой вклад в обеспечение данной функции [Лурия, 2013; Хомская, 2005].

Основными звеньями экспрессивной речи, по мнению А.Р. Лурия, являются простейшая повторная речь (повторение звука, слога, слова) и называние. В повторной речи присутствует звуковой образец, в назывании его нет. В основе повторной речи лежат такие элементы:

Четкое слуховое восприятие, обеспечиваемое верхними отделами вторичных зон височной области левого полушария. Их поражение приводит к распаду фонематического слуха, что сопровождается дефектами повторения (замена близких фонем, неправильное произношение).

Четкая система артикуляции, в основе которой лежит функционирование нижних отделов вторичных зон постцентральной (теменной) коры

левого полушария (у правшей). Их поражение ведет к афферентной моторной афазии (распад артикулем, замена близких по произношению артикулем, появление литеральных парафазий).

Возможность переключения с одной артикулемы на другую или с одного слова на другое, которая обеспечивается аппаратами нижних отделов премоторной коры левого полушария. Их поражение приводит к эфферентной моторной афазии, проявляющейся в патологической инертности речедвигательной сферы и появлению речедвигательных персевераций (заикание).

Подчинение произнесения заданной программе и торможение побочных альтернатив, которое обеспечивается работой лобных отделов мозга. Их поражение приводит к тому, что нужная программа заменяется повторением хорошо усвоенного в прошлом опыте слова или фразы (использование речевых стереотипов).

Называние как элемент экспрессивной речи включает в себя:

- Отчетливое зрительное восприятие, которое обеспечивается височно-затылочными отделами левого полушария (у правшей). При поражении последних возникает оптическая афазия (больной не может назвать слово, поскольку не узнает его).

- Сохранность акустической структуры слова, которая обеспечивается благодаря функциям слухоречевых систем левой височной области. Их поражение при попытке назвать предмет приводит к обильным литеральным парафазиям.

- Нахождение нужного обозначения и торможение всех побочных альтернатив, которое связано с особенностями третичных (височно-теменно-затылочных) отделов левого полушария. Патологическое состояние последних приводит к амнестической афазии. Она проявляется в бесконтрольно возникающих вербальных парафазиях (замена нужного слова близкими по значению или по структуре словами).

- Подвижность нервных процессов, обеспечивающая легкость переключения на другое название.

Следовательно, и экспрессивная речь имеет сложную структуру, которая обеспечивается совместной работой разных отделов мозга.

Выделяют:

Сенсорная афазия возникает при поражении верхних отделов вторичных зон височной области левого полушария (зона Вернике). В ее основе лежит нарушение фонематического слуха, т.е. способности различать звуковой состав слова. Больной путает близкие по звучанию фонемы («Б–П», «Г–К»), В тяжелых случаях он воспринимает родную речь как иностранную или вместо речи слышит неречевой шум. Но продолжает активно использовать в речи интонации. Нарушение фонематического слуха приводит к дезорганизации всей речевой системы, дефектам понимания устной речи, непониманию речи в усложненных условиях. Наблюдается замена одних

звуков другими (литеральные парафазии), замена одного слова другим (вербальные парафазии), нарушение письма (под диктовку), частичное нарушение чтения.

Акустико-мнестическая афазия наблюдается при поражении средних отделов вторичных зон височной области левого полушария. Больной правильно понимает обращенную к нему речь, но не способен запомнить даже самую короткую фразу. Объем слухоречевой памяти снижается до трех или двух единиц, что приводит к вторичному непониманию устной речи, а также к трудностям в активной устной речи (скудная речь, частый пропуск слов, обычно существительных). Но интонации при данном дефекте остаются сохранными. При акустико-мнестической афазии сохраняется фонематический слух, но наблюдаются трудности в поиске нужного слова, возникают вербальные парафазии, налицо снижение скорости переработки словесной информации.

Оптико-мнестическая афазия имеет место при поражении задненижних отделов височной области левого полушария (у правшей). В основе лежит слабость зрительных представлений, зрительных образов слов, в силу чего больной не может правильно назвать предмет. А.Р. Лурия и его сотрудники доказали, что в этом случае распадаются преимущественно зрительно-мнестическое звено речевой системы, связи между зрительным образом и его наименованием. У больных нарушается способность изображения объекта, в их описаниях отсутствуют зрительные образы.

Афферентная моторная афазия появляется вследствие поражения нижних отделов вторичных зон теменной области левого полушария и связана с выпадением кинестетического афферентного звена речевой системы. Нарушается возможность появления четких ощущений, поступающих от артикуляционного аппарата в кору больших полушарий во время речевого акта, больной путает близкие по артикуляции звуки («д» – «л» – «и»), например: «халат» – «хадат» и т.д. Часто наблюдается нарушение орального (неречевого) праксиса. Больной не может надуть щеки, высунуть язык и т.п.

Семантическая афазия связана с областью стыка височных, теменных и затылочных зон левого полушария (третичные зоны коры). А.Р. Лурия установил, что у таких больных нарушается понимание определенных логикограмматических конструкций: тех, которые отражают одновременный симультанный анализ и синтез явлений, когда для понимания выражения требуется одновременное представление нескольких явлений. Больные не понимают пространственные отношения, выраженные с помощью предлогов («круг под крестом» или «круг над крестом»), слова с суффиксами, сравнительные отношения (длиннее, светлее и т.п.), конструкции родительного падежа (отец брата, брат отца), временные конструкции («прежде чем позавтракать, я прочитал газету»), пространственные конструкции (не понимает, что правильно – «Земля освещает солнце» или «Солнце освещает

землю»). Как правило, эта форма афазии сопровождается дефектами счетных операций (акалькулия).

Эфферентная моторная афазия связана с поражением нижних отделов премоторной области (зона Брока). Распадается двигательная сторона речевого акта, нарушается четкая временная последовательность речевых движений, больной не может переключиться с одной артикулемы на другую, с одного слова на другое, возникают речевые персеверации, которые проявляются и в письме. Слияние отдельных слов в плавную речь у таких больных невозможно.

Динамическая афазия связана с поражением средне- и заднелобных отделов коры левого полушария. В основе этой формы афазии лежат нарушения сукцессивной (или развернутой) организации речевого высказывания. У больных страдает внутренняя схема речевого высказывания, его замысел, поэтому их речь бедная, преимущественно диалогическая, снижено использование глаголов, наблюдается эхолалия, персеверация слов и использование речевых стереотипов. Наблюдаются дефекты и внешней, и внутренней речи. Распадается ее предикативность, т. е. имеются трудности в построении высказывания, встречаются аграмматизмы в виде пропуска глаголов, предлогов, встречается употребление шаблонных фраз.

Афазии возникают при поражении разных уровней организации речи, связаны с состоянием других психических процессов (восприятия, памяти, представлений), а также с эмоционально-волевой сферой личности. Поэтому возникновение афазий приводит к дезинтеграции всей психической сферы.

4. Нейропсихология внимания

Еще недавно считалось, что внимание не связано с какими-то определенными структурами мозга и что его нарушение (в виде ослабления, снижения объема, нарушения концентрации и т.д.) проявляется у любого больного человека, независимо от локализации поражения мозга.

Нейропсихологические исследования позволили выделить нарушения внимания, характерные для больных с поражением неспецифических структур мозга:

Нижние отделы ретикулярной формации (уровень продолговатого мозга и среднего мозга) являются основными механизмами перехода от сна к бодрствованию и обеспечивают элементарные формы внимания (генерализованное состояние внимания). При их поражении возникает быстрое истощение, резкое сужение объема и нарушение концентрации внимания в любом виде деятельности. Может быть компенсировано при усилении речевого контроля.

Уровень диэнцефальных отделов мозга и лимбической структуры обеспечивает уровень активности. Кроме того, гиппокамп содержит нейроны, отвечающие на модальностеспецифические раздражения

и проводящие сличение старых и новых раздражителей. В результате они обеспечивают реакцию на новые сигналы или их свойства, наряду с угашением реакции на старые, уже привычные раздражители. Поэтому гиппокамп выполняет роль «фильтрующего аппарата», который необходим для избирательных реакций на специфические раздражители.

Лобные доли (медиобазальные отделы мозга) обеспечивают торможение реакции на любые побочные раздражители и сохранение направленного программированного поведения (произвольное внимание).

При нарушении рассмотренных отделов мозга наступают следующие дефекты внимания:

При поражении ретикулярной формации ухудшаются все свойства внимания (объем, концентрация, устойчивость, переключение, распределение). В тяжелых случаях больные находятся в полусонном состоянии, посторонние раздражители вплетаются в течение их мыслей, сознание становится спутанным.

При поражении гиппокампа нет отчетливых нарушений гнозиса и праксиса, но наблюдаются выраженные нарушения избирательности. Они проявляются в повышенной отвлекаемости больного, быстром прекращении активной деятельности, легком всплывании ассоциаций.

При поражении лобных отделов мозга ориентировочные реакции могут быть сохранены и даже патологически усилены, возникает рассогласование между резко ослабленным произвольным вниманием и патологическим усилением непроизвольного. У такого больного нельзя вызвать устойчивое произвольное внимание по речевым инструкциям.

5. Нейропсихология памяти

В нейропсихологии память рассматривают как сложную функциональную систему, в организации которой принимает участие целая система совместно работающих аппаратов мозговой коры и нижележащих образований. Каждый из этих аппаратов вносит свой специфический вклад в организацию мнестических процессов, поэтому разрушение или патологическое состояние любого из них неизбежно скажется на мнестической деятельности в целом. Нарушения памяти бывают самые разнообразные. Выделяют гипомнезию, гипермнезию, парамнезию и амнезию. Но характер этих нарушений будет зависеть оттого, какое именно звено страдает. Гипомнезия проявляется в ослаблении всех видов памяти. Она может быть связана с возрастными изменениями либо является следствием каких-либо заболеваний. Для гипермнезии характерно резкое увеличение объема и прочности запечатления материала. Это явление подробно описано А.Р. Лурия на примере репортера Н. Шершевского в «Маленькой книжке о большой памяти» [Лурия, 1968]. Парамнезия – это особое состояние, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами. Эти обманы памяти связаны с измененными состояниями сознания. И, наконец,

амнезии, возникающие при локальных поражениях мозга. А.Р. Лурия выделил два типа нарушения памяти при локальных поражениях мозга – модально-специфические и модально-неспецифические [Лурия, 2013; Федотов, 2001; Хомская, 2005]. Под модально-неспецифическими нарушениями памяти в нейропсихологии понимают такие патологические явления, которые проявляются во всех видах, формах и процессах памяти. Основным условием запечатления всех следов информации является сохранение оптимального тонуса коры больших полушарий, который связан с активностью ретикулярной формации. Снижение коркового тонуса является основным фактором, который приводит к модально-неспецифическим нарушениям памяти (снижение продуктивности процессов запечатления, сохранения и воспроизведения информации). Но в зависимости от уровня поражения неспецифических структур модально-неспецифические нарушения памяти носят разный характер:

- на уровне продолговатого мозга нарушения памяти проявляются в виде синдрома нарушения сознания, внимания, нарушения сна и бодрствования;

- на уровне гиппокампа наблюдаются нарушения кратковременной памяти, ее повышенная ранимость, подверженность следов влиянию интерференции. П. Милнер утверждает, что структуры гиппокампа обеспечивают общую способность запечатлевать следы текущего опыта [Милнер, 1973]. У больных с массивными поражениями этих структур наблюдается полная невозможность сохранить следы текущего опыта, что проявляется в синдроме грубой дезориентировки больного в месте, времени и происходящих с ним событиях. Он не может вспомнить, что было 15–20 минут назад.

6. Нейропсихология движений и действий

Произвольные движения и действия относятся к числу наиболее сложных психических функций человека. Выделяют афферентную и эфферентную стороны в организации движений. Афферентная организация движений обеспечивается постцентральными (кожно-кинестетическими) отделами коры, расположенными кзади от центральной извилины и состоящими из первичных и вторичных зон. Для первичных зон характерно мелкоклеточное строение (с преобладанием шестого афферентного слоя), соматотопическая организация (нижние конечности представлены в верхних отделах, верхние – в средних, а лицо, губы, язык – в нижних отделах первичных зон теменной коры противоположного полушария) и функциональный принцип организации. При поражении первичных отделов постцентральной коры можно выделить:

- выпадение чувствительности в соответствующем сегменте тела;
- афферентный парез: больной не может производить тонкие дифференцированные движения, поскольку отсутствует кожно-кинестетическая афферентация движений;

– двигательные импульсы теряют дифференцированный характер и перестают доходить до нужной группы мышц, и движение не выполняется.

Вторичные отделы постцентральной коры надстроены над первичными, сохраняют модальную специфичность, но теряют соматотопическую организацию, их нейроны реагируют на более комплексные раздражители, более распространенные ощущения. При их поражении возникают различного рода апраксии. Под апраксиями понимают такие нарушения движений и действий, которые не сопровождаются частными элементарными двигательными расстройствами (в виде параличей и парезов), грубыми нарушениями мышечного тонуса. Это нарушения произвольных движений, совершаемых с предметами:

– отсутствуют грубые нарушения чувствительности, но страдают комплексные формы кожно-кинестетической чувствительности (невозможен синтез отдельных ощущений в целостную структуру); остериогноз (не узнает на ощупь предъявляемые предметы в контралатеральной руке);

– афферентная апраксия – нарушается непосредственная афферентная основа движений: рука, не получающая нужных афферентных сигналов, не может выполнить тонкие дифференцированные движения, не может адекватно приспособиться к характеру предмета (симптом «рука-лопата»);

– афферентная моторная афазия – если поражение распространяется на нижние отделы постцентральной коры, нарушается организация движений речевого аппарата: невозможно найти положение губ и языка, необходимые для артикуляции соответствующих звуков речи.

Постцентральные отделы коры оказывают модулирующее влияние на первичные проекционные зоны двигательной коры больших полушарий. Первичные зоны (моторная кора) расположены в пределах передней центральной извилины, состоят из гигантских пирамидных клеток Беца (пятый эфферентный слой), которые являются началом двигательного пирамидного пути и имеют соматотопическое строение.

Вторичные зоны (премоторная кора) обеспечивают превращение отдельных двигательных импульсов в последовательные «кинетические мелодии». В основе движения лежит цепь сменяющих друг друга импульсов формирование стойких намерений, определяющих сознательное поведение человека. Они поддерживают и регулируют общий тонус коры больших полушарий, обеспечивают создание, сохранение, выполнение программы действий и контроль над ее протеканием. При поражении лобных долей, как правило, нет дефектов в исполнительном звене двигательного акта, но распадается программированная целенаправленная деятельность. Возникает регуляторная апраксия, проявляющаяся в том, что выполнение намеченной программы заменяется бесконтрольно всплывающими инертными стереотипами, больные не замечают своих ошибок, утрачивают контроль над результатами действий.

Третичные зоны второго блока мозга (зоны ТРО) участвуют в пространственной организации движений. При их поражении возникают нарушения в построении движений в пространстве – конструктивная апраксия (или пространственная апраксия). Больные не могут выполнить элементарные действия, требующие четких пространственных координат, но сохраняют сложные движения, не требующие таких координат (например, выступивание ритма).

Постцентральные отделы коры больших полушарий мозга обеспечивают кинестетическую афферентацию движений. Только постоянное поступление кинестетических импульсов от двигательного аппарата обеспечивает сигналы о положении суставов и состоянии мышц, что приводит к четкой адресации эфферентных импульсов. При поражении возникают афферентный парез и афферентная апраксия.

Премоторные зоны коры больших полушарий обеспечивают организацию серии движений, денервацию уже выполненных звеньев двигательного акта, плавное переключение на последующие звенья.

Моторные зоны коры больших полушарий являются началом двигательного пирамидного пути и передают возбуждение к отдельным мышечным волокнам.

Стриопаллидарная система (подкорковые узлы) обеспечивает постоянное изменение тонуса мышц, регуляцию медленных плавных движений и поддержание позы.

Передние отделы мозолистого тела обеспечивают координацию движений обеих рук.

7. Нейропсихология мышления

Нейропсихология мышления относится к числу мало разработанных разделов нейропсихологии. Следует отметить, что современная психология рассматривает мышление как активную психическую деятельность, направленную на решение определенной задачи. Как известно, мыслительная деятельность проходит стадию предварительной ориентировки в условиях задачи, стадию формирования программы и выбора средств решения задачи, стадию непосредственного осуществления мыслительных операций, стадию контроля за промежуточными и конечными результатами, стадию сличения конечного результата с условиями задачи и ожидаемым результатом.

А.Р. Лурия, описывая нейропсихологические синдромы поражения различных отделов левого полушария мозга (у правшей), выделяет несколько типов нарушения интеллектуальных процессов при поражении височных, теменно-затылочных, премоторных и префронтальных отделов мозга [Лурия, 2013; Хомская, 2005].

При поражении левой височной области нарушается звуковая структура речи, в то время как ее семантическая сторона остается сохранной.

Поэтому у больных страдает способность выполнять последовательные вербальные операции, для осуществления которых необходима опора на речевые связи или их следы. Но, как указывает Е.Д. Хомская, у них сохраняется непосредственное понимание наглядно-образных и логических отношений. Они могут правильно оперировать пространственными отношениями элементов, выполнять арифметические операции (в письменном виде), решать задачи на поиск последовательности наглядно разворачивающегося сюжета (серии сюжетных картин) [Хомская. 2005].

При поражении теменно-затылочных отделов мозга страдает комплексный синтез элементов в группы. В данном случае дефект интеллектуальной деятельности связан с нарушением наглядно-образного мышления, требующего выполнения операций на пространственный анализ и синтез. У больных сохранно намерение выполнить ту или иную задачу, они могут составить план действий, но не могут выделить наглядные признаки и их пространственные отношения, например в задачах на «конструктивный интеллект» (например, кубики Кооса). В этих задачах элементы, на которые распадается модель, не соответствуют тем элементам, из которых может быть составлена конструкция. Кроме того, у больных нарушено выполнение арифметических действий из-за первичной акалькулии.

Поражение премоторных отделов левого полушария головного мозга приводит к изменению динамики мыслительного процесса. В основе лежит дефект внутренней речи: нарушен процесс «развертывания» речевого замысла и процесс «свертывания» речевых структур, необходимый для понимания смысла текста. В обоих случаях наблюдается изменение последовательности речевых процессов и, как следствие, нарушение динамики вербально-логического мышления, распад свернутых «умственных действий» (арифметических, вербальных и т.п.), патологическая инертность интеллектуальных актов. Но у таких больных сохранены пространственные операции и понимание логико-грамматических конструкций, отражающих пространственные отношения.

При поражении префронтальных отделов мозга расстройства интеллектуальной деятельности носят сложный характер. Во-первых, они возникают вследствие нарушения ее структуры: у больных выпадает стадия ориентировки в условиях задачи, они импульсивно начинают выполнять случайные действия, не сличая их с исходными целями. Во-вторых, нарушаются операции с понятиями и логическими отношениями, страдает избирательность семантических связей. В-третьих, для лобных больных характерна общая интеллектуальная инактивность.

Тема 19. Психологическая экспертиза

План:

1. Сущность и значения экспертизы.
2. Специфика и задачи назначения психологической экспертизы.
3. Права и обязанности эксперта-психолога.
4. Права и обязанности подэкспертного.
5. Особенности психологических способностей несовершеннолетних давать показания по делу.
6. Комплексные экспертизы с участием психолога.

1. Сущность и значение экспертизы

Сущность экспертизы. И в теории, и в практике сегодня признается необходимость прибегать к оценкам специалистов-экспертов в сложных, проблематичных ситуациях. Экспертиза проводится, как правило, в экстраординарных случаях, когда познаний лиц, ответственных за принятие решений в сфере социального и производственного управления, судопроизводства, образования, бывает недостаточно.

Обстоятельствами, при которых целесообразно назначить экспертизу, могут быть следующие:

- необходимость получения объективного мнения специалиста, не заинтересованного в принятии решения или совершении действия;
- конфликтная ситуация в сфере управления, осуществление властных полномочий, наличие спорных позиций по одному и тому же вопросу, когда необходимо мнение незаинтересованного специалиста;
- потребность решить проблемы, находящиеся на стыке различных отраслей науки, техники;
- когда границы проблемы шире границ суммарного знания;
- когда об этом указывается в законе или подзаконном акте.

Использование экспертизы для решения специальных задач базируется на ряде принципов, состоящих в том, что:

- экспертные оценки должны быть получены от признанных в определенной области знаний специалистов в максимально систематизированной форме, дающей возможность их обобщения;
- для получения суждений экспертов в максимально систематизированной форме необходимо ставить перед ними четко сформулированную задачу;
- выбор экспертов, постановка им задач, обобщение их суждений должны основываться на определенной методике.

Вопрос о назначении судебно-психологической экспертизы получил законодательное разрешение после принятия уголовно-процессуального, гражданско-процессуального и административно-процессуального кодексов. В уголовно-процессуальном кодексе в качестве общего правила

установлено, что в случае необходимости использования специальных познаний в области науки, техники, искусства и ремесла возможно привлечение эксперта – лица, обладающего такими познаниями, а также психолога и назначать судебно-психологическую экспертизу.

Экспертиза назначается в случаях, когда для разрешения определенных вопросов при производстве по делу необходимы научные, технические и другие специальные познания. Дается перечень видов специальных познаний: наука, техника, искусство, ремесло.

Психологическое знание, будучи специальным, объективно основано на научных данных о закономерностях развития и функционирования психики и может быть использовано наряду с другими знаниями в целях обеспечения правосудия, охраны имущественных отношений и личных прав граждан. Так, определяя случаи обязательного проведения экспертизы, указывает, что она проводится для определения психического состояния обвиняемого, подозреваемого, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости или способности отдавать отчет в своих действиях или руководить ими, а также для установления психического состояния свидетеля или потерпевшего в случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

Анализ норм кодекса позволяет сделать вывод, что законодатель обязывает суд и органы дознания и расследования в соответствующих случаях назначать психологическую экспертизу для выяснения таких индивидуальных особенностей психики, как воля, интеллект, восприятие, память, мышление и т.п. Способность правильно воспринимать обстоятельства исследуемого события и давать о них правильные показания зависит не только от наличия или отсутствия душевного заболевания, но и от некоторых индивидуальных особенностей психики человека, условий его развития, характера ситуации. Очевидно, что эти стороны психической деятельности должен исследовать эксперт-психолог, а не психиатр.

Впервые на судебно-психологическую экспертизу как на один из источников было прямо указано в 1968 г. в постановлении «О судебной практике по делам о преступлениях несовершеннолетних». В частности, указывалось, что при наличии данных, свидетельствующих об умственной отсталости несовершеннолетнего подсудимого, суды должны выяснять уровень его умственной отсталости, устанавливать, мог ли он полностью осознавать значение своих действий и в какой мере мог руководить ими.

В юрисдикции действуют общие условия, характерные для назначения экспертизы, однако здесь есть и определенная специфика: экспертиза не должна касаться специальных познаний в области юриспруденции.

Судебно-психологическая экспертиза – исследование, осуществляемое экспертом на основе специальных познаний в области психологии в целях дачи заключения по поводу обстоятельств, имеющих значение для правильного разрешения дела. Таким образом, судебно-психологическая экспертиза

– это специальное действие, заключающееся в исследовании сведущим лицом – психологом по заданию следователя или суда предоставленных ему подэкспертных материалов с целью установления фактических данных, имеющих значение для дела и дачи заключения в установленной форме.

Заключение эксперта-психолога является одним из предусмотренных уголовно-процессуальным законом источников доказательств. Оно представляет собой письменное сообщение эксперта о ходе и результатах проведенного им исследования и о выводах по поставленным перед ним вопросам. Средством получения такого заключения является использование специальных познаний в психологической науке. Познания являются специальными в том смысле, что ими владеет ограниченный круг специалистов, имеющих соответствующую профессиональную психологическую подготовку. Подобные специальные познания могут относиться к любой сфере человеческой деятельности, за исключением правовых познаний, которыми должны в достаточной мере обладать сами следователи и судьи.

Эксперт-психолог исследует фактические обстоятельства дела и в ходе этих исследований применяет свои специальные психологические познания, на основе чего дает заключение по поставленным вопросам.

Основными признаками судебно-психологической экспертизы, характерными для любого вида экспертиз, являются следующие.

1. Исследование проводится на базе специальных познаний в области психологической науки. Эксперт-психолог – лицо или орган, обладающий специальными познаниями в области психологии, достаточными для дачи заключения.

2. Заключению эксперта закон придает силу источника доказательств, ссылаясь на который можно устанавливать наличие или отсутствие каких-либо данных доказательств.

3. Подготовка, назначение и проведение судебно-психологической экспертизы осуществляются с соблюдением специального правового регламента, определяющего наряду с процедурой исследования и процессуальные права и обязанности участников процесса.

В заключение дается вывод эксперта, полученный им путем оценки результатов психологического исследования. Таким образом, применение специальных психологических познаний и дача заключения – два взаимосвязанных фактора, отличающих экспертизу от других способов установления фактических данных.

2. Специфика и порядок назначения судебно-психологической экспертизы

Наряду с возрастанием роли количественных методов в обработке информации нередко ее анализ и оценка могут быть лишь результатом суждений, мнений лиц, обладающих глубокими профессиональными познаниями. И в теории, и в практике сегодня признается необходимость в сложных, проблематичных ситуациях прибегать к оценкам специалистов-экспертов.

Экспертиза проводится, как правило, в особых, экстраординарных случаях, когда познаний лиц, ответственных за принятие решений в сфере социального и производственного управления, судопроизводства, образования бывает недостаточно. Специфическими обстоятельствами, при которых целесообразно назначить экспертизу, могут быть следующие:

- необходимость получения объективного, незаинтересованного решения;
- конфликтная ситуация в сфере управления, осуществление властных полномочий, наличие спорных позиций по одному и тому же вопросу, когда необходимо мнение незаинтересованного специалиста;
- потребность решить проблемы, находящиеся на стыке различных отраслей науки и техники;
- когда границы проблемы шире границ суммарного знания;
- когда об этом указывается в законе или подзаконном акте.

Использование экспертизы для решения специальных задач базируется на ряде принципов, основные из которых таковы:

- экспертные оценки должны быть получены от признанных в определенной области знаний специалистов, в максимально систематизированной форме, дающей возможность их обобщения;
- для получения суждений экспертов в максимально систематизированной форме необходимо поставить перед ними четко сформулированную задачу;
- выбор экспертов, постановка перед ними задач, обобщение их суждений должны основываться на определенной методике.

Компетенция судебно-психологической экспертизы

Компетенция судебно-психологической экспертизы определяет рамки задаваемых эксперту вопросов, границы разрешаемых им ситуаций и строго ограничена законом. В частности, эксперт-психолог решает вопросы, заданные ему следователем в постановлении, и не вправе выходить за рамки этих вопросов. В некоторых случаях необходима постановка дополнительных вопросов для разрешения какой-либо возникшей ситуации, тогда эксперт имеет право запросить следователя (лицо, ведущее дознание) дополнить постановление, а в отдельных случаях – назначить дополнительную либо повторную экспертизу. Закон, ограничивая компетенцию эксперта, тем самым устанавливает рамки решаемых им вопросов.

С точки зрения развития науки психологии и других смежных наук (психиатрии, педагогики и т.п.) компетенция эксперта-психолога ограничивается степенью развития научной мысли, последними научными разработками. Для наиболее полного и объективного заключения эксперт должен ознакомиться с материалами дела (уголовного или гражданского), но в этом он может быть ограничен. Если лицо, ведущее дознание, предоставляет не весь необходимый материал, то эксперт вправе потребовать доступа ко всей необходимой ему информации.

С позиции иных отечественных психологов компетенция психологической экспертизы включает разрешение вопросов о достоверности показаний свидетеля, подозреваемого и т.д. Некоторые ученые полагают, что компетенция психологической экспертизы ограничивается лишь разрешением вопросов аффекта (психологического) и выяснением факта, могло ли лицо осознавать характер действий, совершаемых им или над ним в случаях экспертизы жертв изнасилования.

Под компетенцией психологической экспертизы следует понимать совокупность поставленных перед экспертами задач, их возможностей и полномочий.

Пределы компетенции психологической экспертизы ограничены, с одной стороны, возможностями психологии в целом и ее конкретной отрасли, с другой – нормативным урегулированием статуса экспертизы и эксперта в конкретной сфере. Возможно также ограничение компетенции экспертизы полномочным должностным лицом или органом.

Нормативные акты, регулирующие назначение и производство экспертизы, рассчитаны на широкое число случаев и являются универсальными. Так, в уголовном, гражданском, административном процессах действующие нормы регулируют назначение и проведение любой экспертизы, не выделяя психологическую.

Препятствием в деятельности экспертизы может явиться и воля субъекта, ее назначившего, поскольку он может оказаться недостаточно подготовленным в области психологии, слабо представляющим себе ее возможности и методы. С этим также бывает связана нечеткая, неточная формулировка вопросов и задач, которые ставятся перед экспертом. Последний, безусловно, должен подчиняться действующим нормам, особенно в том, что касается характера его взаимоотношений с субъектом, назначившим экспертизу, требований к итоговому документу экспертного исследования.

Эксперт, проводящий психологическую экспертизу, не может вмешиваться в деятельность органа или должностного лица, назначившего экспертизу, однако он не должен быть и слепым орудием в их руках. Установив, например, что вопрос перед ним поставлен неправильно, узко, эксперт может обратиться к заинтересованному субъекту за уточнениями, чтобы провести исследование исходя из сегодняшних возможностей психологической науки.

Судебно-психологическая экспертиза широко применяется в практике правоохранительных органов, однако вопрос ее компетенции до сих пор дискутируется как в юридической, так и в психологической литературе.

Специфика назначения судебно-психологической экспертизы в стадии рассмотрения дела в суде

Прежде всего необходимо отметить, что экспертиза может быть назначена только либо в стадии расследования дела, либо в стадии судебного разбирательства в порядке, установленном уголовно-процессуальным законом. «Однако суд или судья при рассмотрении вопросов, связанных с подготовкой

к рассмотрению дела в судебном заседании, вправе решить вопрос о вызове в судебное заседание лица, обладающего специальными познаниями, эксперта-психолога. Лицо, вызванное в судебное заседание в качестве эксперта, которое не было назначено на предварительном следствии, может участвовать в исследовании обстоятельств дела, относящихся к предмету экспертизы, после вынесения определения о назначении экспертизы».

В судебном заседании решается вопрос: возможно ли проведение экспертизы при судебном разбирательстве дела либо необходимо возвратить дело на дополнительное расследование. Решение принимается судом в зависимости от характера обстоятельств, подлежащих исследованию, их значения для вывода и достаточности оснований к преданию суду, а также от возможности предоставления эксперту в судебном заседании материалов, подлежащих исследованию.

Суд не вправе заменить определение о назначении экспертизы другими документами, не предусмотренными законом (сопроводительным письмом, списком вопросов).

Судебно-психологическую экспертизу не следует назначать на начальных стадиях предварительного следствия, так как для решения поставленных перед экспертизой вопросов требуется значительный объем информации как о криминальной ситуации, так и об участниках исследуемых событий (особенно об испытуемых). Если планируется проведение судебно-психологической и судебно-психиатрической экспертизы, то первая не должна предшествовать второй во избежание выхода психолога за пределы своей научной компетенции. Не следует также назначать «искусственные» КСППЭ (комплексные судебно-психолого-психиатрические экспертизы), т.е. с целью экономии времени объединять две экспертизы в одну без достаточных на то оснований.

Нередко следователи не представляют, в чем заключается специфика проведения СПЭ, полагая, что она мало чем отличается (в том числе и по затратам времени) от амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы. Необходимо отметить, что на проведение СПЭ затрачивается значительное время, поскольку помимо беседы (часто длительной) в отношении испытуемого проводится экспериментально-психологическое обследование с применением большого числа методов (сами методы и их количество определяются конкретными задачами, вытекающими из поставленных перед экспертами вопросов).

Зачастую работа непосредственно с испытуемым занимает несколько дней. Кроме того, полученные данные эксперту-психологу необходимо обработать и интерпретировать, что также требует значительного времени. Как показывает опыт авторов, в среднем срок производства экспертизы (от начала ознакомления с постановлением и материалами дела и до момента выдачи заключения) составляет 10–20 дней (в зависимости от сложности исследования).

3. Права и обязанности эксперта-психолога

Закон предоставляет эксперту ряд прав, которые являются важнейшими юридическими гарантиями добросовестности его экспертных исследований и правдивости даваемых заключений.

Проводить психологическую экспертизу следует при наличии общего основания к ее назначению, а выбор вида экспертизы зависит от специфики правовой природы дела, рассматриваемого судом.

Итак, в первую очередь нужно знать основание, по которому назначена психологическая экспертиза, и уметь отличать его от оснований назначения других видов экспертиз по определению психического состояния лица. Но общего законодательно установленного основания производства судебных экспертиз (необходимость в специальных познаниях для разъяснения возникающих при рассмотрении дела вопросов) недостаточно. Необходимо его конкретизировать. Опираясь на имеющиеся в психологии разработки, таким основанием следует считать наличие у суда (судьи) сомнений в способности гражданина (субъекта) правильно воспринимать, запоминать и воспроизводить обстоятельства, имеющие значение для дела.

Успешная деятельность эксперта-психолога зависит от обеспечения его необходимыми материалами. С этой целью закон наделил эксперта правом заявлять ходатайства о предоставлении дополнительных материалов, необходимых для дачи заключений. Подобное ходатайство эксперт может (устно или письменно) заявлять как в момент объявления постановления о назначении экспертизы, так и в ходе ее производства. Необходимо, чтобы эксперт указал, какие именно дополнительные материалы и для производства каких исследований ему нужны.

Эксперт-психолог, не получивший всех необходимых материалов, в письменной форме сообщает лицу, назначившему экспертизу, о невозможности дать заключение до получения материалов в полном объеме. Если требование эксперта не удовлетворяется, то материалы экспертизы остаются без исполнения.

Эксперт имеет право знакомиться с обстоятельствами уголовного дела, связанными с предметом экспертизы. Это ограничение вполне оправдано, ибо ознакомление эксперта со всеми без исключения материалами дела может способствовать предвзятости его суждений, порождать тенденцию к решению вопросов не на основе изучаемых признаков, а путем оценки имеющихся в деле доказательств.

Эксперт вправе указать в своем заключении на установленные им обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых ему не были поставлены вопросы. В заключении могут быть отмечены только те данные, установление которых входит в компетенцию этого вида экспертизы. Обо всех иных данных, обнаруженных экспертом по собственной инициативе, он может сообщить в письме на имя лица, назначившего экспертизу.

Вопрос об участии эксперта в следственных и судебных действиях может быть рассмотрен и по ходатайству участников процесса, и по инициативе органа, осуществляющего производство по делу, когда предмет соответствующего действия связан с предметом или с содержанием экспертизы. Противоречит закону практика самостоятельного собирания экспертом по собственной инициативе или по указанию органа, назначившего экспертизу, дополнительных материалов.

Если эксперт делает следователю какие-либо замечания, заявления или возбуждает ходатайства, связанные с проведением экспертизы, то об этом составляется протокол.

В ходе допроса эксперт вправе изложить свои показания. Он вправе давать заключения, показания, делать заявления и возбуждать ходатайства на родном языке и пользоваться услугами переводчика.

Процессуальное положение экспертов – работников экспертных учреждений и иных лиц, назначенных экспертами, одинаково. Однако эксперт, не состоящий в штате экспертного учреждения, имеет право на вознаграждение за производство экспертизы в рамках, установленных специальными инструкциями. Вознаграждение нештатным экспертам выплачивается за проведение экспертизы согласно заключенному договору.

Эксперты имеют право совещаться между собой перед дачей заключения. Эксперт, не согласный с мнением остальных членов комиссии, составляет отдельное заключение. Таким образом, если мнения экспертов-психологов разделились, то по поводу одного и того же подэкспертного составляются два (или более) заключения.

Предоставляя широкие возможности в обеспечении условий, необходимых для успешного производства экспертизы, закон налагает на него и определенные обязанности. Прежде всего эксперт обязан по предложению лица, производящего дознание, следователя или суда провести исследование, дать заключение, а в ряде случаев – объяснения в связи с производством экспертизы. При неявке по неуважительной причине эксперт может быть подвергнут приводу.

В уголовно-процессуальном законодательстве сформулировано положение о том, что эксперт дает заключение от своего имени и несет за него личную ответственность. Именно поэтому каждый член комиссии экспертов, не пришедших к единому мнению, дает свое заключение отдельно.

Если перед экспертом ставятся вопросы, выходящие за пределы его компетенции, то он должен отказаться от их решения и уведомить об этом в письменном виде лицо, назначившее экспертизу. Иначе должно быть мотивировано неисполнение полученного задания в случаях, когда поставленные вопросы выходят не за пределы компетенции эксперта, а за пределы его специальных познаний. Эксперт обязан в письменной форме сообщить лицу, назначившему экспертизу, о невозможности дать свое заключение.

Лицо, назначаемое экспертом, обязано сообщить следователю (лицу, производящему дознание), прокурору, суду, руководителю экспертного учреждения об обстоятельствах, исключающих возможность его участия в данном деле. Ему, в свою очередь, разъясняются основания для самоотвода.

Объективность заключения означает, что его дает лицо, не заинтересованное в исходе дела, на основе специальных познаний и оценки по внутреннему убеждению результатов исследований в совокупности. Нарушением этого требования является дача заключения при недостаточности данных или на основании материалов дела, исследование и оценка которых не входят в компетенцию эксперта, неприменение апробированных или применение опровергнутых или непроверенных методик.

В случаях, когда ведомственными актами предусматривается перечень обязательных действий эксперта и (или) обозначается круг способов и метод исследования, которые должны быть обязательно применены, эксперт обязан выполнить такие требования и оговорить это в заключении, иначе возникают сомнения в полноте и достоверности выводов.

На эксперте лежит обязанность обеспечить сохранность объектов экспертизы и их неизменность, поскольку это совместимо с заданиями.

Необоснованное предание огласке данных предварительного следствия может существенно осложнить решение задач производства по уголовному делу и повлечь за собой нарушение прав и законных интересов граждан. В отличие от судебного разбирательства гласность на предварительном следствии ввиду специфичности последнего допустима лишь в строго ограниченных пределах. Разрешение на предание огласке материалов предварительного следствия в определенном объеме дается правомочным следователем или прокурором в письменной форме. Такое разрешение целесообразно оформлять в виде отдельного постановления с указанием, кто именно, какому кругу лиц, какие материалы предварительного следствия (в каком объеме) и в какой форме может предавать огласке. Следователь вправе получить подписку о неразглашении данных предварительного следствия у эксперта-психолога. За дачу заведомо ложного заключения эксперт подлежит привлечению к уголовной ответственности. Под заведомо ложным подразумевается неправильное заключение, данное умышленно. В случае менее серьезных упущений и нарушений возможна постановка вопроса о дисциплинарной ответственности эксперта или применении к нему мер общественного воздействия. Неполнота или некачественность заключения могут быть учтены также при определении размера вознаграждения эксперта.

При нарушении порядка в зале судебного заседания эксперт может быть удален; наложение штрафа законом не предусмотрено.

4. Права и обязанности подэкспертного (подозреваемого, обвиняемого, подсудимого, свидетеля, потерпевшего)

Потерпевшим признается лицо, которому преступлением нанесен моральный, физический или имущественный ущерб, но только после того, как дознаватель, следователь или судья вынесет постановление или определение о признании гражданина потерпевшим.

В качестве свидетеля для дачи показаний может быть вызвано любое лицо, которому могут быть известны какие-либо обстоятельства, подлежащие установлению по уголовному делу.

Не могут допрашиваться в качестве свидетеля защитник обвиняемого, адвокат, представитель общественной организации об обстоятельствах дела, которое стало им известно в связи с выполнением ими своих обязанностей, а также лицо, которое в силу своих физических или психических недостатков не способно правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

5. Особенности психологических особенностей несовершеннолетних при даче показаний по делу

Оценка способности несовершеннолетних давать показания по делу – один из наиболее сложных видов экспертных исследований. Существует точка зрения, согласно которой необходимо подвергать психологическому обследованию каждого несовершеннолетнего допрашиваемого, а также проводить психиатрическое освидетельствование даже если подросток считается психически здоровым.

Внимание, восприятие, память, мышление, речь несовершеннолетнего отличаются не только количественными, но и нередко качественными параметрами. По поводу способности подростков давать показания о криминальных событиях высказываются две полярные точки зрения. Согласно одной из них несовершеннолетние не могут давать правдивые показания до 16 лет, и, следовательно, их свидетельствам не следует доверять. Другие переоценивают реальные возможности подростков.

Точка зрения о недоверии сейчас подвергается аргументированному сомнению. Существуют три проблемы, позволяющие сомневаться в этой способности несовершеннолетних:

- 1) склонность несовершеннолетних к фантазированию;
- 2) более высокая внушаемость;
- 3) склонность к конфабуляциям.

В.В. Гульдан, например, считает, что несовершеннолетние от 12 лет способны давать столько же информации при свободном рассказе, сколько и взрослые, и не склонны к изменению показаний по наводящим вопросам.

М.М. Коченов указывает, что при качественном, правильно построенном допросе от несовершеннолетнего можно получить достаточно подробные показания даже о событиях, смысл которых ему непонятен,

но существует определенная специфика при оценке данных показаний следователем и судом.

М.В. Морозова дает определенный качественный и сравнительный анализ характеристик способности несовершеннолетних к даче показаний. Такие криминальные ситуации, как убийство, телесные повреждения, сексуальные правонарушения, превышение служебных полномочий, способны правильно воспринимать несовершеннолетние в возрасте от 6 до 16 лет, но несовершеннолетние в возрасте до 14 лет понимают только внешнюю сторону происходящего, а от 14 лет – уже и внутреннюю, содержательную. Кроме того, у несовершеннолетних существуют определенные ограничения по воспроизведению полученной информации: временные и ассоциативные смещения, элементы замещения, контаминации, но в любом случае у подростков с нормальным развитием потенциальная способность давать показания полностью сохранена.

Ограничение этой способности наблюдается у подростков с какими-либо психическими аномалиями. На эту способность также влияют посткриминальная ситуация и личностные особенности подростка. М.В. Морозова выделяет четыре группы факторов, совокупность которых ограничивает потенциальную способность и возможность несовершеннолетних к даче показаний по делу: возрастные, личностные, ситуационные и дизонтогенетические. На детей до 12 лет влияют только ситуационные (криминальные) и возрастные факторы, на подростков – и личностные, и возрастные, и ситуационные (посткриминальные) факторы. На несовершеннолетних с аномалиями психического развития влияют дизонтогенетические факторы.

В практике довольно часто несовершеннолетние изменяют показания или искажают факты, что очень затрудняет следствие по делу, поскольку несовершеннолетний не несет ответственности за дачу заведомо ложных показаний. Несовершеннолетнему приходится подробно разъяснять необходимость дачи правдивых показаний, последствия ложных показаний, повторять вопросы при допросе, задавать улавливающие вопросы, если он умышленно искажает факты, чтобы избежать ответственности или под воздействием других заинтересованных лиц. Он часто стремится играть на публику, бравируя, доказывая авторитет.

Психологи в настоящее время однозначно считают, что данные психологии не позволяют определить степень достоверности показаний, особенно у несовершеннолетних, в силу особого восприятия ими окружающего мира, когда сами они порой не могут четко отграничить реальность от фантазий. Психологические основы допроса несовершеннолетнего подозреваемого – это специфические особенности, присущие допросу данного лица и проявляющиеся в использовании психологических закономерностей его личности, процесса формирования его показаний, установления контакта с ним и воздействия на него с помощью определенной совокупности тактических приемов.

Психологические особенности несовершеннолетнего, имеющие значение для уголовного судопроизводства:

1) общие психофизические особенности несовершеннолетнего в возрасте 14–17 лет;

2) типологические черты психологии личности несовершеннолетнего правонарушителя;

3) типологические особенности психологии, связанные с процессуальным положением несовершеннолетнего обвиняемого (подозреваемого);

4) личностные свойства несовершеннолетнего обвиняемого.

Н.Ш. Сафин выделяет три группы особенностей: возрастную, процессуальную и социально-психологическую характеристики личности несовершеннолетнего обвиняемого. Последняя группа, в свою очередь, содержит особенности: общие (типологические) черты несовершеннолетнего, индивидуальные (черты восприятия) и единичные (особенности микросреды). По мнению этого автора, нельзя судить о личности несовершеннолетнего подозреваемого на основании его слов.

Подростковый возраст – время глубоких внутренних переживаний, происходящих на фоне межличностных конфликтов, физиологических изменений. В целом для данного периода характерна эмоциональная насыщенность. Нравственные ориентиры, установки еще не выработались, общественные стереотипы поведения не усвоились, собственное место в обществе, своя роль не уяснены.

Подростку присуща категоричность суждений (белое или черное), как правило, нет полутонов, полуоттенков и в то же время характерны принижённая оценка многих ценностей, неосознание значимости, полезности даже самого себя.

Подростки склонны к аффектам, которые у них более быстротечны и внезапны, чем у взрослых, но более устойчивы, чем у детей.

Особенность правонарушений несовершеннолетних – частая их немотивированность, внезапность возникновения умысла. Психологическую основу антиобщественного поведения несовершеннолетних составляют поверхностные и искаженные нравственные и правовые представления и взгляды, отсутствие четких жизненных планов, ограниченность интересов, внутренняя противоречивость интеллектуальных, эмоциональных и волевых свойств личности правонарушителя.

В качественных особенностях несовершеннолетнего как участника процесса нужно учитывать следующие процессы.

Акселерация – ускоренное психофизиологическое развитие нынешних поколений по отношению к предшествующим. Общее развитие молодежи, индивидуальное ускорение развития отдельных подростков (включает не только ускорение полового созревания, но и физиологического и физического), психологическая дисгармония влечет резкую неуравновешенность нервной системы и чувств несовершеннолетнего, вызывает особые реакции и сказывается на особенностях характера.

Определенный уровень интеллектуального развития несовершеннолетнего всегда является индивидуальным, но иногда в зависимости от условий жизни психическое развитие молодого человека не соответствует его возрасту. Задержка психофизиологического развития, его несоответствие фактическому возрасту несовершеннолетнего называется инфантилизмом.

Возрастные особенности нередко выступают в качестве катализатора конфликтности в сложных объективных условиях. Жизненный опыт несовершеннолетнего намного беднее, половая зрелость наступает раньше физической, психологической и социальной, т.е. наблюдается значительный разрыв между общей и половой зрелостью.

Кроме вышеперечисленного, нужно учитывать: особые интересы подростков, интимно-личностные отношения между ними, отличающиеся увлеченностью друг другом; четкую направленность личности подростка, в основе которой лежит доминирующая система мотивов (мотивация), поглощающая и определяющая все иные мотивы; противоречивость чувств подростка, повышенную возбудимость. Как, например, считает М.Р. Гинзбург, подростковый период – период самостандартизации, включения своего «я» в конкретные роли, в силу чего потребность в обретении чувства идентичности настолько остра, что несовершеннолетний может решить эту проблему, став делинквентом (лицом с антиобщественным поведением), лишь бы не остаться без идентичности.

6. Комплексные экспертизы с участием психолога

Проведение экспертизы коллективом экспертов в сфере правоохранительной деятельности получает все большее распространение. Центральной и наиболее сложной задачей при этом является отбор экспертов для включения их в группу с учетом требований, вытекающих из характера и числа поставленных перед экспертизой вопросов.

Возникновение комплексных экспертиз представляет собой закономерный результат научно-технического прогресса, естественный и необходимый процесс, порождаемый постоянным углублением междисциплинарных связей.

Если для получения ответа на поставленные вопросы необходимо привлечение знаний из области смежной науки, то в заключении может быть изложено предложение экспертов-психологов назначить комплексную психолого-психиатрическую, медико-психологическую, психолого-техническую или другую экспертизу.

В ходе развития научных знаний дифференциация и интеграция наук диалектически взаимосвязаны: первый процесс непрерывно приводит к все более узкой специализации научных знаний, второй вызывает постоянное взаимодействие их различных областей, определяет взаимное проникновение и синтез наук.

Сущность комплексной экспертизы состоит в решении задач, пограничных для разных классов, рядов и видов судебных экспертиз. Анализ литературы позволяет утверждать, что комплексная экспертиза – понятие многоаспектное. В нем можно выделить процессуальную, методическую, организационную и гносеологическую стороны. К основным признакам, позволяющим говорить о комплексной экспертизе, относится использование специальных знаний, составляющих основу профессиональной подготовки экспертов, представляющих различные виды, роды и классы судебных экспертиз.

Иногда комплексной экспертизой ошибочно называют экспертизу, проводимую несколькими специалистами самостоятельно, независимо один от другого. Они решают вопросы, но излагают свои выводы в одном документе. Для комплексной экспертизы важно, чтобы каждый поставленный вопрос решался с применением знаний из нескольких смежных наук.

Комплексная экспертиза имеет ряд особенностей. Во-первых, в ее производстве участвуют несколько экспертов различных специальностей (специализаций), функции которых в процессе исследований разделены. В отличие от обычной (однородной) экспертизы, где все эксперты принимают равное участие в процессе исследований, здесь каждый эксперт может исследовать лишь объекты, относящиеся к его компетенции, и применять методы, которыми он владеет. Отсюда вытекает и другая особенность комплексной экспертизы – общий вывод дается по результатам, полученным различными экспертами. Причем в формулировании конечного вывода могут участвовать не все эксперты, проводившие исследования, а только те, кто компетентен в общем предмете исследования.

При комплексной экспертизе иначе решается вопрос и о личной ответственности эксперта за данное им заключение. Каждый эксперт несет личную ответственность за ту часть исследований, которую он провел, и за полученные им результаты. При формулировании общих выводов имеет место своего рода условная ответственность эксперта: он отвечает за правильность выводов, в формулировании которой он участвовал, при условии, что использованные им результаты исследований, проведенных другими экспертами, тоже верны.

Иногда потребности практики опережают возможности теории, т.е. речь идет о том, что в системе психологических наук не всегда можно найти отрасль, которая бы соответствовала задачам конкретной экспертизы. В частности, это бывает тогда, когда объект экспертного исследования оказывается сложным по структуре. В таких случаях назначается комплексная экспертиза, в которой одной из отраслей используемого знания выступает психология. Основанием для подобных экспертиз служит объективный процесс взаимодействия наук по предмету и методу исследования.

Юридическим основанием для производства комплексной психологической экспертизы является постановление следователя и определение суда о ее назначении.

Вопросы правильного оформления назначения комплексной психологической экспертизы особенно актуальны. В литературе высказывались мнения о возможности производства комплексных экспертиз по инициативе экспертных учреждений. Эта точка зрения была подвергнута справедливой критике, поскольку подобная практика противоречит закону, ибо существенно ущемляет интересы обвиняемого. Обвиняемый должен быть ознакомлен с постановлением о назначении экспертизы и имеет право заявлять отводы экспертам, просить о назначении экспертов из числа указанных им лиц, представляет дополнительные вопросы для получения по ним заключения экспертов и др.

В постановлении (определении) о назначении комплексной психологической экспертизы указывается учреждение, которому поручено ее проведение. В случае, когда производство комплексной психологической экспертизы поручается нескольким учреждениям, указывается, какое из них является ведущим – осуществляющим организацию экспертизы и координацию проводимых специалистами исследований.

Важно заметить, что заключение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (часто называемой также актом) подписывается всеми экспертами – и психиатрами, и психологами.

Тема 20. Психологическая реабилитация

План:

1. Основные понятия.
2. Основные направления развития психологической реабилитации.
3. Методы психологической реабилитации.
4. Оценка эффективности психологической реабилитации.

1. Основные понятия

Современная концепция реабилитации больных и инвалидов берет свое начало с разработки ее принципов и практического применения в Англии и США во время второй мировой войны. Наиболее содержательное и полное определение реабилитации принято на 9-м совещании министров здравоохранения и социального обеспечения восточно-европейских стран. Согласно, которому реабилитация является системой государственных, социально медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно-полезному труду. Реабилитация представляет собой сложный процесс, в результате которого у пострадавшего формируется активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное восприятие жизни, семьи и общества.

Реабилитация – система медико-педагогических мер, направленных на включение аномального ребенка в социальную среду, приобщение к общественной жизни и труду на уровне его психофизических возможностей. Реабилитация осуществляется с помощью психологических средств, направленных на устранение или смягчение дефектов развития, а также специального обучения, воспитания и профессиональной подготовки. Задачи реабилитации решаются в системе специальных учебно-воспитательных учреждений для разных категорий аномальных детей, где особенности организации учебного процесса определяются спецификой аномального развития.

Реабилитация – завершающий этап общего лечебного процесса, где весьма важно оценить эффективность лечения, воздействия на организм, прежде всего в плане восстановления личностного и социального статуса клиента.

Правильное, рациональное сочетание физических и психических методов воздействия на конкретного больного влияет самым непосредственным образом на успех в лечении распространенных тяжелых хронических заболеваний, в том числе в полном или частичном восстановлении трудоспособности.

По определению ВОЗ, реабилитация – это комбинированное и координированное применение социальных, медицинских, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки индивидуума для достижения оптимальной его трудоспособности.

Реабилитация включает профилактику, лечение, приспособление к жизни и труду после болезни, но, прежде всего – личностный подход к больному человеку (Кабанов). В настоящее время принято различать медицинскую, психологическую, профессиональную и социальную реабилитацию.

Психологическая реабилитация включает в себя мероприятия по своевременной профилактике и лечению психических нарушений, по формированию у пациента сознательного и активного участия в реабилитационном процессе.

Рассматривая психологическую реабилитацию как функцию психотерапии и психологической коррекции, нам приходится говорить о ней как о психологическом (психотерапевтическом) вмешательстве.

Психотерапевтическое вмешательство, или психотерапевтическая интервенция – это вид (тип, форма) психотерапевтического воздействия, который характеризуется определенными целями и соответствующим этим целям выбором средств воздействия, то есть методов. Термин психотерапевтическое вмешательство может обозначать конкретный психотерапевтический прием, например, разъяснение, уточнение, стимуляцию, вербализацию, конфронтацию, научение, тренинг, советы и пр., а также более общую стратегию поведения психотерапевта, которая тесным образом связана с теоретической ориентацией (прежде всего, с пониманием природы того или иного расстройства и целями и задачами психотерапии).

Психологические интервенции характеризуются:

- 1) выбором средств (методов);
- 2) функциями (развитие, профилактика, лечение, реабилитация);
- 3) целевой ориентацией процесса на достижение изменений;
- 4) теоретической базой (теоретическая психология);
- 5) эмпирической проверкой;
- 6) профессиональными действиями.

Рассмотрим основные характеристики реабилитационно-психологических интервенций. Методы психологических интервенций – это психологические средства, которые выбирает психолог. Они могут быть вербальными или невербальными, ориентированными в большей степени либо на эмоциональные, либо на поведенческие аспекты и реализуются в контексте взаимоотношений и взаимодействий между клиентом и психологом. Типичными психологическими средствами являются беседа, тренировка (упражнения) или межличностные взаимоотношения как фактор влияния и воздействия. Функции психологических интервенций состоят в профилактике, лечении, реабилитации и развитии. Цели реабилитационно-психологических интервенций отражают целевую ориентацию на достижение определенных изменений. Реабилитационно-психологические интервенции могут быть направлены как на более общие, отдаленные цели, так и на конкретные, более близкие цели. Однако всегда психологические средства воздействия должны четко соответствовать целям воздействия. Теоретическая обоснованность реабилитационно-психологических интервенций состоит в ее взаимосвязи с определенными психологическими теориями научной психологии. Эмпирическая проверка клинико-психологических интервенций связана, прежде всего, с изучением их эффективности, они должны всегда осуществляться профессионалами.

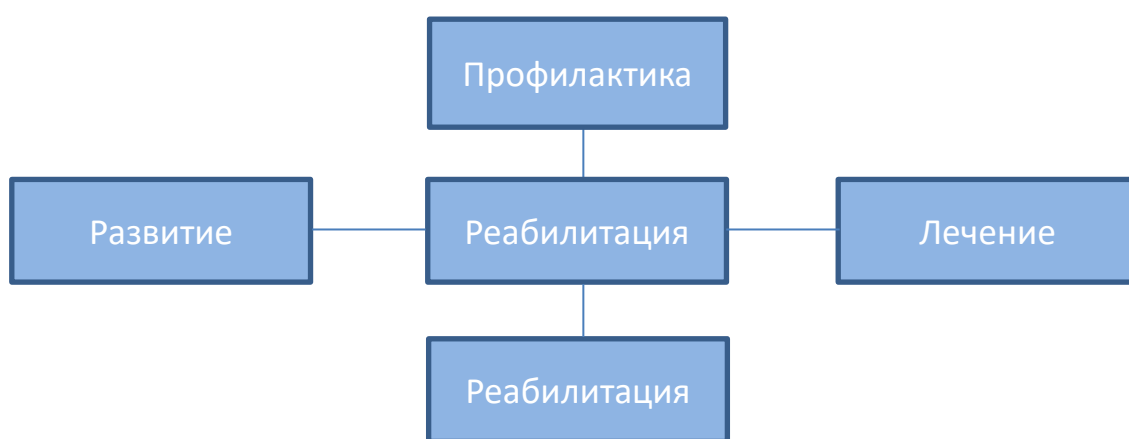
Психологическая интервенция, осуществляемая в целях реабилитации, является психотерапевтической интервенцией и соответствует термину психотерапии.

На рисунке определены основные функции реабилитации, которые совпадают с функциями психотерапии. Но не нужно при этом смешивать психотерапию и реабилитацию. Психотерапия исправляет или корректирует недуг, реабилитация помогает адаптироваться в среде.

Психологическая коррекция представляет собой направленное психологическое воздействие для полноценного развития и функционирования индивида. Термин психологическая коррекция получил распространение в начале 70-х годов. В этот период психологии стали активно работать в области психотерапии, прежде всего, групповой.

Об обоснованности использования понятия «психологическая коррекция» наряду с понятием психологическое вмешательство ответить однозначно довольно трудно. Их сопоставление обнаруживает очевидное сходство. Психологическая коррекция, так же как и психологическое вмешательство, понимается как целенаправленное психологическое воздействие.

Они реализуются в различных областях человеческой практики и осуществляются психологическими средствами. Психологическая коррекция может быть направлена на решение задач профилактики, лечения и реабилитации. Психологические вмешательства (реабилитационно-психологические вмешательства), как уже указывалось ранее, также выполняют функции профилактики, лечения и реабилитации. И психологическая коррекция, и психологическое вмешательство, используемые с целью реабилитации, выполняют психотерапевтическую функцию. Очевидно, что по существу эти понятия совпадают.



2. Основные направления развития психологической реабилитации

Психолог не в состоянии изменить природные и социальные условия жизни личности. Это задача политиков, экологов, социальных работников и других специалистов, влияющих на изменение среды обитания человека. Сфера влияния психолога ограничена воздействием на внутреннее пространство жизни отдельного человека. При этом центром этого внутреннего пространства является самосознание.

Фриц Месмер считал, что в основе психических нарушений лежит неравномерное распределение в организме особого рода «животной энергии» – флюида. Врач путем специальных воздействий на организм добивается гармоничного распределения флюида, что и ведет к излечению.

С середины XIX века термин «животный магнетизм» был заменен на более адекватный тому психосоматическому состоянию, в которое погружается пациент во время взаимодействия с врачом, – гипноз. Впервые этот термин ввел в научный обиход Джеймс Брейд, пытавшийся обнаружить физиологические корреляты психологического состояния, возникающего во время гипнотического сна. Главными факторами в гипнотических явлениях считались внушение со стороны врача и чувствительность к нему со стороны пациента (внушаемость). Работы Ипполита Бернхейма, Жан Шарко и их последователей вышли далеко за рамки гипнотических феноменов и подготовили почву для возникновения психоанализа.

Основоположник психоаналитической теории Зигмунд Фрейд был первым, кто увидел за феноменами гипноза психическую реальность внутреннего мира человека и сумел теоретически обосновать целостную систему психологической помощи личности. Результаты его исследований, посвященных этой теме, совершили настоящую революцию в психологической науке и впервые дали возможность психологам оказывать практическую помощь людям в решении встающих перед ними психологических проблем.

Основным принципом психоаналитической работы с людьми З. Фрейд считал принцип перевода бессознательных влечений под контроль сознания. Осознав свои внутренние конфликты, личность, по мнению З. Фрейда, избавится от иллюзорных представлений о себе и мире и сможет самостоятельно решать встающие перед ней жизненные проблемы. По его мнению, «психоаналитическое лечение» является чем-то вроде «довоспитания» и способствует личностному росту и развитию. Но новое знание о себе и мире не может быть передано человеку «путем сообщения, это не имеет никакого успеха. Знание должно быть основано на внутреннем изменении, которое может быть вызвано лишь психологической работой с определенной целью». В качестве такой цели для психоаналитика выступает поиск вытесненных в бессознательное сексуальных влечений к родителям, раскрытие перед пациентом сопротивления этим поискам, преодоление сопротивлений, уничтожение вытеснения и «превращение бессознательного в сознательное». Психоаналитик в процессе взаимодействия с пациентом оживляет старый конфликт вытеснения, «подвергая пересмотру завершившийся тогда процесс», и, таким образом, помогает человеку взять под сознательный контроль свои влечения.

В противовес классическому психоаналитическому методу, который можно назвать редуктивным, основатель «аналитической психологии» Карл Юнг разработал так называемый конструктивный метод.

К. Юнг в аналитической работе выдвигает на первый план помощь личности в осознании заложенных в самосознании личности бессознательных ориентаций на реализацию в окружающем мире своей действительной сущности, определяемой им как самость».

Он придавал исключительно важное значение роли фантазии в функционировании самосознания личности: «фантазия является той плодородной почвой, на которой выросло все, что когда-либо двигало жизнью человека и развивало ее». В этом его отличие от З. Фрейда, который считал фантазию лишь символическим покровом, за которым скрывается то, что является «изначальным влечением». В процессе аналитической терапии, как полагал К. Юнг, «если толковать фантазии герменевтически, как настоящие символы, то они, несомненно, помогут нам внести гармонию в нашу жизнь и согласовать ее с внутренними запросами».

Заслугой Альфреда Адлера является акцентирование внимания на роли собственной активности личности в преодолении имеющих место отклонений в самосознании. Он считал, что индивид является и картиной, и художником. Он художник своей собственной личности, но как художник

он не является, ни работником, не совершающим ошибок, ни личностью, полностью понимающей разум и тело; они слабое... способное на ошибки и несовершенное человеческое существо». Задачей психотерапии является помощь личности в этой работе. Психолог помогает человеку осознать социальные ценности и таким образом преодолеть присущее ему чувство неполноценности, реализовать «индивидуально-личностный план жизни».

Важный вклад в понимание роли переживаний в психотерапии отклонений в самосознании личности внесла Карен Хорни.

Разделяя методические подходы З. Фрейда, она акцентировала внимание на том, что личность должна не только осознать, но и эмоционально пережить в процессе анализа имеющие место отклонения в самосознании. В отличие от основателя психоанализа, она считает задачей психотерапии не осознание сексуальных влечений, а преодоление «основного беспокойства» посредством принятия своего реального Я, в котором представлен действительный жизненный опыт личности. В конечном счете, по К. Хорни, психолог должен помочь личности реализовать свои потенциальные возможности, самореализовываться.

Огромное влияние на развитие психологической помощи личности оказали теоретические и практические разработки основателя психодраматической терапии Якоб Леви Морено. Он первым из психологов стал использовать методы групповой работы с пациентами. Как указывает Кьелл Рудестам, «классическая психодрама это терапевтический групповой процесс, в котором используется инструмент драматической импровизации, для изучения внутреннего мира клиента. Она основывается на предположении, что исследование чувств, формирование новых отношений и моделей поведения более эффективно при использовании действий, реально приближенных к жизни по сравнению с использованием вербализации».

Я.Л. Морено полагал, что воспроизведение во время группового занятия в драматической форме ситуации из реальной жизни клиентов помогает им заново в отстраненной форме драматической импровизации пережить негативный опыт, осознать причины конфликтов и найти пути их преодоления в реальной жизни.

Ученый считал важнейшей задачей психолога создание атмосферы доверия и эмоционального комфорта, в которой члены группы могут свободно делиться переживаниями и представлениями, связанными со значимыми событиями их жизни.

Карл же Роджерс в разработанной им клиент-центрированной терапии отказался от важнейшего понятия психоанализа – перенесения. Он считал, что оно не отражает психологической сущности взаимодействия психотерапевта и клиента. На место этого понятия он ввел понятие эмпатического слушания, заключающегося в сосредоточенности психотерапевта на «положительном восприятии внутреннего мира пациента». Он полагал, что «личностному развитию способствует ощущение того, что тебя понимают».

Другим важным фактором психотерапии, согласно К. Роджерсу, является, безусловно, позитивное отношение к клиенту. Оно базируется на убеждении К. Роджерса в том, что «у каждого человека есть потенциальные возможности для понимания и изменения себя в позитивном направлении». Внешними проявлениями, безусловно, позитивного отношения являются интонация психотерапевта, выражение его лица и глаз.

К. Роджерс обязательным считал также искренность психотерапевта, неподдельное выражение им своих реакций на мысли и чувства клиента: «Я могу быть самым собой и позволяю другому человеку быть самым собой».

Важным представляется рассмотрение взглядов на психотерапию Фредерика Соломона Перлза. В разработанном им методе гештальттерапии посредством специальных психотехнических приемов человек актуально, то есть «здесь и теперь», переживает и осознает свой внешний и внутренний опыт. Как полагал Ф.С. Перлз, в этом процессе личность должна обнаружить в своих переживаниях и представлениях границу между собой и окружающим миром, между собой и другими людьми, между своим прошлым, настоящим и будущим. Главной целью гештальттерапии Ф.С. Перлз считал помощь личности в достижении психологической зрелости, когда она, благодаря структурированию в самосознании переживаний и представлений о себе в соотнесенности с окружающим миром, становится способной взять на себя ответственность за свою жизнь.

Долгое время считалось, что психотерапия является исключительной прерогативой медицинских работников, поэтому исследования психологов на эту тему были посвящены изучению медицинских аспектов психотерапии. Был даже предложен специальный термин, описывающий работу психолога – психологическая коррекция.

Как отмечает Алла Семеновна Спиваковская, отличие психотерапии от психологической коррекции состоит в том, что психотерапия – это метод лечения, а психологическая коррекция – метод профилактики. В разработанной ею системе психологической коррекции детей, предрасположенных к неврозам, коррекция рассматривается «как особым образом организованное психологическое воздействие, осуществляемое по отношению к группам повышенного риска, направленное на перестройку, реконструкцию тех неблагоприятных психологических новообразований, которые определяются как психологические факторы риска, и на воссоздание гармоничных отношений ребенка».

Интересным представляется поуровневый подход к психологической помощи Виктора Васильевича Лебединского. Он справедливо считает, что такой подход «позволяет, во-первых, точно определить объем и задачи коррекционной работы: выявить пораженный или несформированный уровень, определить психологию в системе межуровневых связей или констатировать определенный тип дисбаланса. Во-вторых, прицельно выбирать приемы психокоррекции и определять последовательность их применения. И, в-третьих,

в каждом конкретном случае можно предсказать динамику состояния и поведения в целом под влиянием коррекционных воздействий».

Владимир Викторович Столин выделяет два вида психологической помощи: психологическое консультирование и неврачебную психотерапию. На наш взгляд, это искусственное деление, так как в психологическом консультировании необходимо психотерапевтическое воздействие, а психотерапия немыслима без консультирования. В то же время кажется совершенно правильным положение В.В. Столина о том, что при воздействии психологических методов на самосознание личности «терапевтический эффект будет проявляться в той мере, в какой психотерапевтический процесс укрепляет или достраивает структуры самосознания и тем самым активизирует и оптимизирует его работу».

В разработанной Ларисой Андреевной Петровской разновидности социально-психологического тренинга, методе перцептивно-ориентированного тренинга – основное внимание уделяется повышению компетентности в общении. Л.А. Петровская считала, что в этом процессе важное значение имеют переживания и представления личности, связанные с отношениями с другими людьми. Она отмечала глубинное субъективное общение, базирующееся на субъективных принципах, составляет и основную среду, в которой протекает работа группы перцептивно-ориентированного тренинга, и основное средство воздействия этой группы на своих участников, и, наконец, основной результат такого воздействия в виде соответствующих новых знаний, умений и опыта в области общения указанного типа.

3. Методы психологической реабилитации

При психических отклонениях реабилитация имеет свои особенности, связанные в первую очередь с тем, что при них происходят серьезные нарушения личности, ее социальных связей и отношений. Реабилитация психически больных понимается как их ресоциализация, восстановление или сохранение индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса. Игорь Сергеевич Кабанов относит к основным принципам реабилитации партнерство, разносторонность усилий. При психических отклонениях реабилитация имеет свои особенности, связанные в единство психосоциальных и биологических методов, ступенчатость прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий. Ее этапами являются восстановительная терапия, реадaptация, реабилитация в собственном смысле этого слова. Реабилитация представляет собой одновременно цель (восстановление или сохранение статуса личности), процесс, имеющий нейрофизиологические и психологические механизмы, и метод подхода к больному.

Наиболее адекватно целям реабилитации служит психотерапия. Смягчение проявлений и течения психических заболеваний и расширение возможностей современного психофармакологического лечения способствовало возрастанию роли и повышению эффективности психотерапевтического воздействия. При этом точкой приложения психотерапии, в отличие от

биологических методов лечения, является не сам патологический процесс (хотя его зависимость от эмоциональных факторов и деятельности человека бесспорна), а личность пациента и система его отношений к действительности.

Вопрос о соотношении индивидуальной и групповой психотерапии при проведении реабилитации может решаться в сторону повышения интенсивности, как той, так и другой. Индивидуальная работа с клиентом важна для выявления ею основной внутри- и межличностной проблематики, формирования мотивации эффективному участию в групповых занятиях, коррекции реакций на ситуации группового взаимодействия. Групповая психотерапия во всех ее многочисленных вариантах может рассматриваться как наиболее адекватный метод реабилитации (ресоциализации) больных не только невротиками, но и психозами. В условиях группы осуществляется одновременное влияние на ее основные компоненты отношений – познавательный, эмоциональный и поведенческий: достигается более глубокая перестройка важнейших свойств личности, к которым относятся сознательность, социальность и самостоятельность. Групповая психотерапия способствует восстановлению системы отношений больных с микросоциальным окружением, приведению ценностных ориентаций в соответствие с образом жизни, то есть решению тех первоочередных задач, без которых невозможно успешное социальное функционирование пациента.

Можно выделить два вида групповых методов психотерапии и социотерапии в реабилитации.

1. Терапевтические, направленные на социальное поведение клиента, его коммуникабельность, способность к самореализации, разрешению психологических и преодолению социальных конфликтов. Они объединяют группы: разговорные, проблемных дискуссий, психомоторные, коммуникативные, арт- и музыкотерапии, а также семейную психотерапию.

2. Оптимальная организация социальной структуры коллектива клиентов, имеющая в своей основе так называемые средовые группы: совет и собрания, функциональные группы, коллективные экскурсии, клуб пациентов и т.п.

В зависимости от стадии развития, типа течения и формы психического заболевания меняется соотношение сомато-биологических и индивидуально-психологических факторов в формировании картины болезни, в различной степени страдают способности больного к самореализации и к установлению адекватных межличностных отношений. Соответственно этому должно меняться не только место психосоциальных методов в структуре реабилитации, но и сами методы, а также конкретные задачи.

Цели психотерапевтической работы достижимы тогда, когда учитывается активность патологического процесса, психическое состояние больного, его личностные характеристики, особенности непосредственного социального окружения, индивидуальные жизненные условия и прогноз. В зависимости от этого должен решаться вопрос о допустимой глубине вмешательства в сферу значимых отношений и перестройке малоэффективных, но сложившихся форм психологической компенсации. Практика дает немало

примеров срыва адаптации и обострения болезненного состояния при неразумном вскрытии и обсуждении психологических и социально-психологических проблем, имеющих неразрешимый для пациента характер.

4. Оценка эффективности психологической реабилитации

Требование разработки критериев и методов оценки эффективности психореабилитации становится все более актуальным в связи с опережающим развитием методов. Организаторы психотерапевтической службы все чаще встречаются с проблемой оценки полезности, целесообразности и эффективности средств, выделяемых из фондов здравоохранения для охраны психического здоровья.

Чтобы показать всю сложность рассматриваемой проблемы, приведем основные предпосылки для ее решения.

1. Чтобы оценить эффективность психотерапии, требуется, прежде всего, четко определить метод, с помощью которого она осуществляется. В практической же работе чаще говорится о психотерапии вообще, не об одном, а о группе методов, различных их комбинациях – рациональной психотерапии и гипноза, гипноза и аутогенной тренировки и т.д., поскольку утверждение в практике работы психотерапевта интегративного подхода способствует все более широкому применению сочетаний различных методов.

2. При квалифицированном использовании того или иного метода должна быть соблюдена определенная техника. Очевидно, что это одновременно требование к качеству подготовки, опыту, квалификации психотерапевта, что не всегда учитывается. И метод аутогенной тренировки, и метод групповой психотерапии в руках психотерапевтов с различной степенью квалификации, естественно, дадут различные результаты.

3. Число пациентов, которых лечили с помощью данного метода, должно быть статистически значимым. В то же время при использовании некоторых систем психотерапии речь идет чаще об отдельных пациентах, которые подвергались многомесячному или даже многолетнему воздействию психотерапии.

4. Изучение эффективности лечения лучше проводить на гомогенном материале. Обычно же исследуют группы больных, включающие первичных пациентов и тех, кому до этого времени не помогали никакие другие методы лечения, группы амбулаторных больных и госпитализированных, с острым и затяжным течением и т.д.

5. Группа пациентов, создаваемая для оценки эффективности психотерапии, должна формироваться методом случайной выборки. С этической точки зрения это возможно в том случае, когда число больных превышает реальные возможности обеспечить их психотерапевтической помощью.

6. Оценка эффективности психотерапии не должна проводиться тем лицом, которое осуществляет лечение, здесь необходим независимый наблюдатель. Это требование очень важно, так как при этом элиминируется

влияние на оценку отношения пациента к врачу; можно предполагать, что больной будет более искренне оценивать эффективность лечения.

7. Целесообразно, чтобы независимый наблюдатель не знал о применявшемся психотерапевтическом методе, чтобы его собственное отношение к этому методу не влияло на оценку. Использование магнитофонных записей психотерапевтических бесед позволило бы также исключить влияние на оценку типа поведения пациента во время психотерапии и т.д.

8. Играет роль личностная структура психотерапевта, степень выраженности у него качеств, используемых для прогнозирования успешности психотерапии.

9. Необходимо учитывать личность больного, степень выраженности у него черт, особенностей, известных как прогностические благоприятные или неблагоприятные для проведения психотерапии.

10. Имеет значение установка больного на тот или иной вид психотерапии, сформированная у него, в частности, предшествующими встречами с психотерапевтами и теми или иными методами психотерапии.

11. В целях объективности необходимо сравнение непосредственных и отдаленных результатов лечения. Это условие особенно важно, когда речь идет об оценке эффективности применения лично-ориентированной психотерапии.

12. Число повторно исследованных больных в анамнезе по отношению ко всему контингенту лечившихся должно быть репрезентативным; таких больных должно быть не менее 90% от общего их числа.

13. Оценка в анамнезе должна исходить не только от врача, независимого оценщика (объективные данные), но и от самого больного (субъективные показатели).

14. Необходимо учитывать особенности жизни больного после окончания лечения, возможные влияния (положительные или отрицательные) на результат терапии ближайшего окружения пациента (семья, производство и т.д.).

15. Для объективного анамнеза необходима своя контрольная группа больных, поскольку изменения в состоянии клиентов, которых лечили с помощью психотерапии, могли с течением времени происходить и вне лечения.

16. Должны быть учтены те цели и задачи, обусловленные клинической спецификой заболевания и теоретическими предпосылками, которые стремился реализовать психотерапевт с помощью применяемого им метода.

В психотерапевтической практике учет всех этих моментов затруднителен, однако психотерапевт должен помнить о значении их при решении задач, связанных с объективной оценкой эффективности того или иного психотерапевтического метода.

В то же время в плане оценки эффективности психореабилитации отмеченные преимущества применительно к групповой психотерапии в значительной степени нейтрализуются тем, что расширение диапазона interpersonalного взаимодействия в условиях группы серьезно осложняет возможности контроля над изучаемыми переменными.

Дополнительные трудности обусловлены тем, что групповая психотерапия является в первую очередь процессом лечебным, следовательно, оценка его конечных результатов имеет всегда индивидуализированный характер. Она неразрывно связана с клинической оценкой изменений, происходящих в человеке, и вследствие этого требует анализа трех аспектов – клинического, индивидуально-психологического и социально-психологического.

Признание этой неразрывной связи ставит под сомнение обоснованность и целесообразность принятого разделения работ в этой области на исследования процесса и эффективности психотерапии. Анализ литературы последних лет, посвященной изучению групповой психотерапии, показывает, что в большинстве случаев результаты, полученные исследователями, несопоставимы между собой. Причиной этого являются не только различия в теоретических подходах авторов к пониманию ими целей, задач и механизмов реабилитационного процесса, но и, в первую очередь, недостаточно четкое определение критериев эффективности, а, следовательно, не достаточно обоснованный выбор изучаемых переменных. Этот разрыв между процессуальной и результативной сторонами групповой психотерапии ведет к тому, что исследованию подвергаются либо параметры, произвольно установленные авторами в соответствии с их теоретической ориентацией, либо феномены, являющиеся объектом традиционного анализа в социальной психологии, терапевтическая значимость которых, однако, специально не изучается.

Не подлежит сомнению, что выбор критериев эффективности психотерапии самым непосредственным образом определяется ее целями, в свою очередь вытекающими из принятой теоретической концепции. В большей степени это относится к оценке эффективности личностно-ориентированных систем психотерапии.

По убеждению подавляющего большинства специалистов, один лишь критерий симптоматического улучшения не является надежным при определении непосредственной эффективности и устойчивости психотерапии, хотя субъективно переживаемое больным (и по мере возможности объективно регистрируемое) клиническое симптоматическое улучшение является, несомненно, важным критерием оценки эффективности психотерапии. Клинический опыт с применением широких катамнестических данных убедительно свидетельствует о необходимости привлечения для оценки эффективности психореабилитации определенных социально-психологических критериев. К ним относятся: степень понимания пациентом психологических механизмов болезни и собственной роли в возникновении конфликтных и травмирующих ситуаций, в том числе в развитии своих неадаптивных реакций; изменения в отношениях и установках; улучшение социального функционирования и др.

Критерии эффективности психореабилитации должны удовлетворять следующим условиям. Во-первых, достаточно полно характеризовать наступившие изменения в клинической картине и адаптации пациента с учетом трех плоскостей рассмотрения терапевтической динамики: 1) соматической,

2) психологической и 3) социальной. Во-вторых, они должны не только позволять производить оценку с точки зрения объективного наблюдения, но и включать субъективную оценку с позиций самого пациента. И, в-третьих, эти критерии должны быть достаточно независимы друг от друга.

Возрастает интерес к разработке критериев и методов оценки эффективности реабилитации при ряде других заболеваний. Так, Гузиков предлагает оценивать эффективность психореабилитации (в частности, в групповой форме) при алкоголизме с помощью следующих четырех критериев:

- степень преодоления пациентом анозогнозии: это и неспособность признать себя больным алкоголизмом, и нежелание лечиться, и т.д.;
- степень объективности оценки больным своих личностных особенностей, способность к восстановлению самоуважения и др.;
- степень социально-психологической реадaptации, которая определяется характером восстановления нарушенных семейных, производственных и иных отношений клиента.

В исследованиях Воловика, Вида анализируются вопросы эффективности реабилитационных воздействий у больных с малопрогредиентными формами шизофрении. Основными направлениями психореабилитационного вмешательства здесь являются:

- 1) субъективная оценка состояния и отношение к лечению;
- 2) наличие трудностей и конфликтов в иных значимых сферах отношений личности и степень их осознания;
- 3) искажение социальной перцепции, самооценки и уровня притязаний;
- 4) недостаток индивидуального опыта и наличие вторично усвоенных форм поведения, дезадаптирующих больного.

Для оценки изменений в состоянии больных неврозами и другими заболеваниями по критериям симптоматического улучшения, психологическим и социально-психологическим критериям может применяться широкий спектр методик, специально разработанных с учетом данного заболевания, его природы и механизмов, – клинические шкалы, психологические, социально-психологические, психофизиологические, физиологические методики и т.д.

Необходимо лишь подчеркнуть, что обнаружение динамики в состоянии больного с помощью психологических методов требует применения при повторных исследованиях сходных методик, по содержанию и форме предъявления отличающихся, однако, от первоначальных, чтобы уменьшить (если не исключить) искажения, вызванные приобретением навыков в выполнении заданий.

В случаях применения экспериментально-психологических методик для оценки эффективности психореабилитации исходят из обычного для психодиагностики принципа отличия выборки больных от нормальной выборки, а также из того, что по мере улучшения состояния пациентов психологические показатели их приближаются к норме. Поэтому основное внимание акцентируется на разности средних показателей психологических

методик, полученных в начале, в процессе и в конце лечения. При продолжительной (в течение месяцев, а иногда и лет) терапии динамически изучаются с помощью тех же психологических методик и контрольные группы, не подвергавшиеся реабилитационному воздействию.

При оценке эффективности психореабилитации больных неврозами, психическими и другими заболеваниями могут использоваться относительно более объективные психофизиологические методы. Установлено, что улучшению состояния больного сопутствует нормализация (или тенденция к ней) психофизиологической реактивности, обусловленная перестройкой его отношения к прежде патогенным условиям и воздействиям.

Итак, реабилитация – завершающий этап общего лечебного процесса, где весьма важно оценить эффективность лечения, воздействия на организм, прежде всего в плане восстановления личностного и социального статуса клиента.

Во всех рассмотренных нами теоретических и практических подходах к психотерапевтической и психокоррекционной помощи личности, так или иначе исследуется влияние методов психологического воздействия на отклонения в самосознании личности. Следует отметить, что если в зарубежной психологии не производится четкого разграничения между психотерапией и психологической коррекцией, то в отечественной психологии принято различать психотерапию, как систему методов лечебного воздействия на лиц с теми или иными психическими заболеваниями, и психологическую коррекцию, как систему методов профилактики и коррекции нарушений психической деятельности, не имеющих характера выраженной психической патологии.

Несмотря на различия во взглядах на теорию и практику психологической помощи общим для всех авторов является выделение в качестве важнейшей составляющей психологического воздействия на личность, как при индивидуальной, так и при групповой формах работы, терапевтического влияния на переживания и представления личности, связанные с отношениями к себе в своей соотнесенности с окружающим миром.

Какой бы содержательный критерий эффективности ни анализировался, в любом случае мы имеем дело со следующими группами переменных, характеризующих воздействие:

- субъективно переживаемые клиентом изменения во внутреннем мире;
- субъективно регистрируемые параметры, характеризующие изменения в различных модальностях внутреннего мира человека;
- устойчивость изменений в последующей после воздействия жизни человека.

Поиск критериев эффективности психологического воздействия всегда будет требовать учета своеобразия природы, клиники и механизмов развития проблемы, используемых методов воздействия и тех целей, которые стремятся реализовать с их помощью.

Тема 21. Психология взаимоотношений «врач–больной»

План:

1. Модели построения взаимоотношений «врач–больной».
2. Коммуникативная компетентность врача.

1. Модели построения взаимоотношений «врач–больной»

Взаимоотношения врача и больного в каждом конкретном случае складываются индивидуально, в зависимости от особенностей состояния и личности пациента, с одной стороны, и индивидуально-психологических особенностей врача – с другой.

Борис Дмитриевич Карвасарский (2002) выделяет три основных модели взаимодействия «врач–больной»: руководство, партнерство и контракт.

Руководство. Основной моделью отношений «врач–больной» в медицине остается руководство – авторитарная модель с жесткой структурой при ведущей роли врача. Врач доминирует в этих взаимоотношениях, занимает активную лидерскую позицию, определяет стратегию и тактику лечения. Все решения по ключевым вопросам лечебно-диагностического процесса он принимает самостоятельно и берет на себя всю полноту ответственности – юридическую, моральную и психологическую. Больной здесь остается подчиненным, зависимым, пассивным объектом терапии. Сокращение психологической дистанции с пациентом при этом недопустимо; это рассматривается как нарушение профессиональной этики со стороны врача. Модель руководства -ведущая в клинике внутренних болезней, акушерстве и гинекологии, стоматологии, хирургии, травматологии.

Партнерство. Партнерская модель взаимоотношений «врач–больной» более демократична. Это модель неавторитарного сотрудничества, она предполагает активное участие пациента в терапевтическом процессе. Определенная часть ответственности здесь ложится на больного, он принимает участие в принятии решений. В основе взаимоотношений лежит эмпатия. Сопереживание определяет большую степень психологической близости, чем при модели руководства. Хотя и здесь личные отношения остаются нежелательными. Партнерская модель используется в медицине в особых случаях: при решении вопроса об операции (особенно при риске летального исхода); если в роли пациента оказывается врач или статусное лицо; подобная модель принята в психотерапии.

Контракт. В условиях платной медицины сложилась контрактная модель взаимоотношений «врач–больной». Она позволяет структурировать и контролировать лечебный процесс обоим участникам. В рамках этой модели врач и больной приступают к лечению на основе соглашения относительно общего понимания болезни, ее причин, прогноза и стратегии лечения. Юридическую ответственность за результаты лечения несет врач. Но психологическая ответственность в определенной степени лежит

и на больном. Оплачивая медицинские услуги, пациент имеет право выбирать врача, гарантируя себе право на наиболее квалифицированную помощь, право на прерывание курса и смену врача. Больной ожидает, что врач будет согласовывать с ним важнейшие этапы лечения. Врач предъявляет к пациенту требования сотрудничества, выполнения врачебных рекомендаций и следования здоровому образу жизни.

Особое внимание взаимоотношениям «врач–больной» уделялось в психотерапевтическом процессе. З. Фрейд всегда подчеркивал терапевтическую ценность общения врача с пациентом, считая его основным средством глубокого проникновения в психику больного. З. Фрейду принадлежат описания психодинамических механизмов взаимодействия пациента и терапевта:

- перенос (трансфер) – перенесение на терапевта бессознательных инфантильных чувств любви или ненависти;
- идентификация – врач становится объектом, с которым больной стремится себя отождествить;
- сопротивление – бессознательное сопротивление попыткам восстановления вытесненных комплексов;
- контрперенос – перенесение врачом своих чувств и конфликтов на больного.

Бихевиоральный подход в психотерапии основывается на авторитарной модели взаимодействия, постулируется активная и доминантная позиция врача, одобряющего адекватные и порицающего неадекватные формы поведения. Внутренний мир пациента при этом игнорируется.

Экзистенциально-гуманистическое направление в психотерапии исходит из «взаимопроникновения» сознаний врача и пациента; последний выступает как уникальный феномен (*К. Ясперс*). На основе интуитивного видения пациента в процессе их непосредственного контакта врач должен прояснить «экзистенциальную отчужденность» больного; вернуть ему доверие к иррациональной сфере духовного как высшему уровню личности. Врач при этом не стремится навязать больному свою собственную позицию. По мнению *К. Роджерса*, терапевт должен быть «центрирован» на клиенте и лишь создавать доброжелательную обстановку. Больной сам формулирует свои проблемы и ищет выход из ситуации; врачебные интерпретации исключаются. К. Роджерс подчеркивал ответственность самого больного за свое благополучие.

Оптимальность контакта «врач – больной» определяется следующим:

- степенью принятия больным эмоционально-ролевого взаимодействия в соответствии с имеющимся у него эталоном врача;
- степенью принятия больным лечебных задач и процедур в соответствии с его лечебной мотивацией;
- степенью активности больного в лечебном процессе (от сопротивления до сотрудничества) (*В.А. Ташлыков*).

2. Коммуникативная компетентность врача

Коммуникативная компетентность – профессионально значимое качество для врача, так как общение является необходимым компонентом его деятельности. Умение общаться, или коммуникативная компетентность, обеспечивает хороший психологический контакт с пациентом, помогает точнее собрать анамнез. В исследовании Виктором Анатольевичем Тапшыковым представлений больных об образе идеального врача на первый план выступили коммуникативно значимые черты: внимание к пациентам, вежливость, душевность, тактичность. Коммуникативная компетентность предполагает не только наличие определенных психологических знаний, но и специальные навыки – умение строить беседу, «читать» невербальные сигналы.

Профессионально значимым для врача является также такой компонент коммуникативной компетентности, как коммуникативная толерантность – терпимость, снисходительность в общении с больными, даже если пациенты проявляют отрицательные качества, чуждые стили поведения и стереотипы мышления. Врач должен оставаться в рамках профессиональной роли.

Для человека как социального существа наличие общения столь важно, что его недостаток может стать причиной развития стресса. Эта потребность в других людях, стремление к взаимодействию с ними обозначается термином «аффилиация». Внутренне она выступает как чувство привязанности, верности, а внешне – в общительности, желании сотрудничать, особенностях невербального поведения. В деятельности врача, включающей длительные и интенсивные контакты, эта черта помогает сохранить живой интерес к больным и защищает от профессиональных деформаций и равнодушия.

Другая психологическая черта, обеспечивающая коммуникативную компетентность врача, – это эмоциональная стабильность, уравновешенность при отсутствии импульсивности. Эти качества помогают врачу избежать «психологических срывов» и конфликтов. Психологическое равновесие врача, его доброжелательность вызывает у больного чувство надежности и доверия. Больные характеризуются нестабильной психикой, тревожностью, неуверенностью, беспокойством, поэтому нуждаются в стабилизирующей уверенности врача.

Не менее важную роль в профессии врача играет эмпатия – способность к сочувствию, состраданию, сопереживанию, психологическая «включенность» в мир переживаний больного.

Психологической характеристикой, также участвующей в формировании коммуникативной компетентности врача, является сенситивность к отвержению – способность воспринимать негативное отношение окружающих, обеспечивающая «обратную связь» с пациентом.

К психологическим особенностям, снижающим коммуникативную компетентность, относятся повышенная тревожность, депрессивность, интровертированность. Тревога врача «передается» больному и дополнительно дезорганизует его. Врач, имеющий склонность к депрессивным реакциям, не вызывает доверия больного. Наблюдая муки врача от чувства

вины и неуверенности в себе, больной начинает подозревать его в некомпетентности, перестает ему верить. Интровертированный врач не может обеспечить эмоциональной поддержки больного.

В первые годы самостоятельной профессиональной деятельности врач в стремлении как можно лучше помочь больному переживает повышенную ответственность за свои действия из-за недостаточной уверенности в своем профессионализме, что приводит к избыточному эмоциональному напряжению. Избыточная эмоциональная включенность, повышенный уровень тревоги, неуверенность в своих силах приводят к хроническим эмоциональным перегрузкам, переутомлению. Снижаются адаптивные и компенсаторные ресурсы, обостряются хронические заболевания, и в результате возникает синдром эмоционального выгорания как специфическая профессиональная деформация. Синдром эмоционального выгорания субъективно проявляется в чувстве психического истощения; негативном отношении к больным (холодность, враждебность, цинизм); снижении настроения; повышенной раздражительности. В нем выделяют три фазы; напряжения, сопротивления и истощения. Запускается синдром фиксированным состоянием тревожного напряжения, раздражительностью. На этапе сопротивления врач стремится избегать воздействия эмоциональных факторов, «экономит» эмоции, общается формально и поверхностно. Затем снижается энергетический тонус, появляется чувство бесперспективности, безнадежности, бессмысленности; психосоматические расстройства.

Важным компонентом профессионального общения является профессиональный имидж врача. При самых неожиданных и опасных ситуациях врач не может показать, что он растерян, напуган, шокирован. Уверенный стиль поведения врача формирует у больного иллюзию абсолютной компетентности врача, что усиливает веру больного в выздоровление.

Необходимо определить еще такие нарушения процесса взаимодействия «врач – больной», как *ятрогении*. Под ятрогениями понимается широкий диапазон неблагоприятных последствий для больного, вызванных неосторожным словом врача. Вред, принесенный пациенту действиями врача, определяется как *ятропатия*; медицинской сестрой – *соророгения*; другим больным – *эгрогогения*; своими собственными действиями – *эгогения*. М.С. Лебединский и В.Н. Мясищев отмечают, что в происхождении ятрогений необходимо усматривать две стороны:

- поведение и слова врача;
- особенности личности больного (мнительность, тревожность, ипохондричность, повышенная эмоциональность).

Сила ятрогенных воздействий возрастает при директивном, авторитарном характере взаимоотношений врача с больным.

Жак Лакан полагал, что на процесс взаимодействия врача и пациента влияют следующие факторы: пол, возраст, национальность, вероисповедание, сексуальная ориентация. Эмпирические исследования показали,

что пациент расценивает как «идеального врача» лицо одного с ним пола, сексуальной ориентации и более старшего возраста.

Учет фактора пола особенно играет роль в урологической, кожно-венерологической, проктологической, сексологической клиниках, предполагающих интимность взаимодействия. Отмечается тенденция приписывать качества «идеального врача» мужчинам (решительность, активность) в хирургии и женщинам (эмпатичность, доброта, бережность) в терапии. В последние годы в связи с обострением межнациональных конфликтов в мире важной становится национальная принадлежность. Выявляется тенденция к выбору врача той же этнической группы или национальности, особенно в областях медицины, где требуется неформальный межличностный контакт.

В.А. Ташлыков (1980) выявил, что пациенты в образ «идеального врача» включают следующие качества по значимости: ум, увлеченность работой, внимательность, чувство долга, терпеливость, чуткость, интуиция, серьезность, доброта, чувство юмора. Автор описывает четыре типа врача: сопереживающий недирективный, сопереживающий директивный, эмоционально-нейтральный недирективный, эмоционально-нейтральный директивный. Ориентация пациента на тот или иной эталон врача связана с личным опытом взаимодействия с разными авторитетными лицами в разные периоды жизни. Таким образом, ожидания пациента опосредуются личностными особенностями, опытом общения и пристрастиями больного. Врач поставлен в иные условия – он ограничен в своем выборе пациента и должен быть подготовлен к общению с любым человеком.

Квалификация врача включает в себя уровень знаний и навыков, которыми он обладает, а также использование им в профессиональной деятельности нравственных принципов. Ни в какой другой профессии нет такой взаимообусловленности этических и профессиональных качеств.

Медицинская этика и деонтология – совокупность этических норм и принципов поведения врача при выполнении им своих профессиональных обязанностей.

В современной медицине широкое распространение получили следующие этические принципы работы с пациентами и клиентами:

- уважение к автономии пациента;
- не вредить;
- оказание помощи;
- справедливость.

Исторически можно констатировать своеобразную переориентацию в медицине: этика Гиппократов, где роль врача по отношению к пациенту определяется прежде всего, как отцовская (патернализм), сменяется другой этической установкой, более ориентированной на автономию пациента. Одним из инструментов осуществления этической ориентации на практике стал этический кодекс – Хельсинкская декларация, исправленная и дополненная в 1989 году.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология: учебник для студентов учреждений высш. образования по психологическим спец. / Ю.Г. Фролова. – Минск: Вышэйшая школа, 2020. – 431 с.
2. Дереча, В.А. Психология, патофизиология и психопатология личности: учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по гуманитарным и медицинским направлениям / В.А. Дереча. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Юрайт, 2022. – 250 с.

Дополнительная

1. Клиническая психология: учебник для студентов мед. вузов и фак. клинической психологии / Б.Д. Карвасарский; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 5-е изд., доп. – Санкт-Петербург [и др.]: Питер, 2014. – 896 с.
2. Патофизиология: учеб.-метод. комплекс по учеб. дисциплине для специальности (направление специальности) 1-23 01 04 Психология / В.А. Каратерзи, Д.В. Алексеёнок; сост.: В.А. Каратерзи, Д.В. Алексеёнок; М-во образования Республики Беларусь, Учреждение образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова», Фак. социальной педагогики и психологии, Каф. прикладной психологии. – Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2016. – 75 с.
3. Психологическое изучение детей с особенностями психофизического развития: интеллектуальные нарушения: метод. рекомендации / Н.В. Кухтова, Е.В. Новосельцева; [сост.: Н.В. Кухтова, Е.В. Новосельцева]; М-во образования Республики Беларусь, Учреждение образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова», Ин-т повышения квалификации и переподготовки кадров. – Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2019. – 40 с.
4. Полянцева, О.И. Психология для медицинских колледжей: учебник / О.И. Полянцева. – Ростов н/Д: Феникс, 2019. – 431 с.
5. Гримак, Л.П. Психология активности человека: психологические механизмы и приемы саморегуляции / Л.П. Гримак. – Изд. стереотипное. – Москва: URSS, Либроком, 2018. – 366 с.
6. Королева, Е.Г. Общая психопатология: учебно-методическое пособие / Е.Г. Королева, Э.П. Станько, Э.Е. Шустер. – 2-е изд. – Гродно: ГрГМУ, 2011.
7. Фролова, Ю.Г. Медицинская психология: учебник / Ю.Г. Фролова. – Минск: Выш. шк., 2016. – 431 с.
8. Островская, И.В. Психология: учебник / И.В. Островская. – 2-е изд., испр. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 480 с.

9. Кирпиченко, А.А. Основы медицинской психологии и коммуникации: учеб. пособие / А.А. Кирпиченко, В.В. Ладик, А.А. Пашков. – Минск: Вышэйшая школа, 2004. – 314 с.
10. Ефимова, Н.С. Основы общей психологии: учебник для образовательных учреждений среднего профессионального образования / Н.С. Ефимова. – Москва: Инфра-М, Форум, 2011. – 287 с.
11. Тарасевич, Н.Н. Общая психология: практикум / Н.Н. Тарасевич. – Минск: БГАТУ, 2006. – 139 с.
12. Цуранова, С.П. Психология и этика деловых отношений. Практикум: учебное пособие для учащихся учреждений профессионально-технического и среднего специального образования / С.П. Цуранова, И.М. Павлова, А.С. Вашкевич. – 2-е изд., стер. – Минск: РИПО, 2011. – 191 с.
13. Чернова, Р.Г. Психология общения: учеб. пособие / Р.Г. Чернова, Т.В. Солтина. – СПб.: Питер, 2012. – 240 с.
14. Кобузовский, В.М. Общая психология: личность: учебное пособие / В.М. Кобузовский. – Минск: Амалфея, 2005. – 448.
15. Тухтарова, И.В. Соматопсихология: учебно-методическое пособие по курсу «Соматопсихология» / И.В. Тухтарова, Т.З. Биктимиров. – Ульяновск: УлГУ, 2005. – 130с.
16. Клиническая психология: учебник / Д.В. Воронцов [и др.]; под общ. ред. Е.Г. Шевыревой. – Ростов н/Д: «Феникс», 2016. – 541 с.
17. Психология пациента: учеб.-метод. пособие / И.А. Голованчикова. – ГАПОУ НСО «КМТ», 2016. – 39 с.
18. Психология для медицинских колледжей: учеб. пособие / А.М. Руденко, С.М. Самыгин. – Ростов н/Д: «Феникс», 2013. – 383 с.
19. Медицинская психология с элементами общей психологии: учебник для средних медицинских учебных заведений / А.М. Спринц, Н.Ф. Михайлова, Е.П. Шатова. – СПб.: СпецЛит, 2009. – 447 с.

Учебное издание

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Курс лекций

Составители:

КРЕСТЬЯНИНОВА Татьяна Юрьевна

МОРОЖАНОВА Мария Михайловна

Технический редактор

Г.В. Разбоева

Компьютерный дизайн

Л.В. Рудницкая

Подписано в печать 13.11.2024. Формат 60х84 ¹/₁₆. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 9,07. Уч.-изд. л. 9,37. Тираж 55 экз. Заказ 161.

Издатель и полиграфическое исполнение – учреждение образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

Свидетельство о государственной регистрации в качестве издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий

№ 1/255 от 31.03.2014.

Отпечатано на ризографе учреждения образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

210038, г. Витебск, Московский проспект, 33.