

Л. В. Мальцева

**КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ  
В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА  
СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ**

Учебное пособие

Курганский  
государственный  
университет



Библиотечно-издательский  
центр

65-48-12

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Курганский государственный университет»

Л. В. МАЛЬЦЕВА

**КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
ПСИХОЛОГА СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ**

Учебное пособие

Курган 2023

УДК 159.9:61 (075.8)

ББК 88.48я73

М 21

#### Рецензенты

Елена Владимировна Алфеева, первый проректор – проректор по науке и инновационной деятельности ГАОУ ДПО ИРОСТ, канд. психол. наук, доцент;

Ольга Александровна Ефимова, педагог-психолог ГБОУ «Курганский областной лицей-интернат для одаренных детей».

*Печатается по решению методического совета Курганского государственного университета.*

#### **Мальцева Л. В.**

Клиническая психология в деятельности психолога системы образования : учебное пособие / Л. В. Мальцева. – Курган : Изд-во Курганского гос. ун-та, 2022. – 126 с.

В учебном пособии изложены основные теоретические подходы к изучению клинической психологии и ее отраслей, основы патопсихологической дифференциальной диагностики, нарушения эмоциональной и когнитивной сфер, психогенные расстройства и нарушения личности. Рассмотрены практические методы и способы оказания диагностической и консультационной помощи в рамках профессиограммы клинического психолога, используемые в системе образования и других сферах социальной жизни.

Учебное пособие предназначено для самостоятельной работы студентов-психологов, педагогов-психологов системы образования.

© Курганский государственный университет, 2023

© Мальцева Л. В., 2023

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	4
Тема 1. Понятие, предмет, задачи, методологические основы клинической психологии .....	5
1 Клиническая психология как самостоятельная наука .....	5
2 Предмет, объект и цели исследования в клинической психологии.....	9
3 Взаимосвязь клинической психологии с другими науками.....	12
4 Методологические принципы клинической психологии .....	13
Тема 2. История клинической психологии.....	17
Тема 3. Основные понятия и методы клинической психологии .....	21
1 Основные понятия клинической психологии.....	21
2 Методы клинической психологии .....	28
Тема 4. Введение в патопсихологию.....	36
1 Понятие и задачи патопсихологии.....	36
2 Порядок проведения патопсихологического исследования.....	37
Тема 5. Нарушения познавательной сферы и их диагностика .....	42
1 Нарушения сенсорно-перцептивной сферы и их диагностика .....	42
2 Нарушения внимания и их диагностика .....	43
3 Нарушения памяти и их диагностика.....	45
4 Нарушения мышления и их диагностика.....	46
Тема 6. Психогенные расстройства .....	54
1 Психологическая характеристика невроза.....	54
2 Классификации неврозов .....	56
3 Основные невротические синдромы .....	61
Тема 7. Нарушения личности.....	67
1 Акцентуации характера.....	67
2 Психопатии.....	70
Тема 8. Нарушения эмоциональной сферы .....	74
1 Классификация эмоциональных расстройств.....	74
2 Описание эмоциональных расстройств.....	77
Библиографический список.....	83
Приложения .....	85

## ВВЕДЕНИЕ

Целью освоения дисциплины «Клиническая психология» является получение базовых знаний по профилю «Психология образования». Дисциплина «Клиническая психология» опирается на общепсихологические теории и знакомит студентов с историей и теориями клинической психологии, возможностью ее использования в различных сферах деятельности, в том числе в системе образования.

Дисциплина готовит студентов к изучению предметов «Экспериментальная психология», «Организация психологической службы в системе образования», «Профдиагностика и профконсультирование в работе психолога» и содействует развитию ценностно-смысловой сферы и профессиональной мотивации, закладывает фундамент научно-гуманистического мировоззрения.

Дисциплина «Клиническая психология» имеет логические, содержательно-методические взаимосвязи с рядом дисциплин базовой части профессионального цикла: «Основы консультативной психологии», «Практикум по психодиагностике», «Психодиагностика».

Итоги обучения по дисциплине «Клиническая психология» необходимы для выполнения выпускной квалификационной работы в части интерпретации результатов исследования.

По итогам изучения дисциплины студент должен знать: основные теории и подходы к определению клинической психологии как науки, особенности деятельности клинического психолога, основные нарушения психики и поведения, способы диагностики и оказания помощи.

В результате изучения дисциплины студент должен уметь: осуществлять подбор диагностического психологического инструментария, проводить дифференциальную психологическую диагностику, выявлять возможные нарушения психики, формулировать психологическое заключение.

Изучение дисциплины направлено на формирование следующих профессиональных компетенций (ПК):

### *профессиональные компетенции*

- способность к реализации стандартных программ, направленных на предупреждение отклонений в социальном и личностном статусе и развитии участников образовательного процесса (ПК-1);
- способность к выявлению специфики психического функционирования человека с учетом особенностей возрастных этапов, кризисов развития и факторов риска (ПК-3).

# ТЕМА 1. ПОНЯТИЕ, ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ, МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

## 1 Клиническая психология как самостоятельная наука

Клиническая психология в настоящее время считается одним из ведущих и наиболее интенсивно развивающихся направлений современной психологии. Она является не только фундаментальной наукой, но и областью профессиональной деятельности психологов, направленной на повышение психических ресурсов человека, его адаптационных возможностей, а также на гармонизацию психического развития, охрану здоровья и психологическую реабилитацию. Ее данные имеют теоретическое и практическое значение как для психологии, так и для медицины [5].

В некоторых странах используется понятие «медицинская психология», но в чаще в зарубежных источниках распространен термин «клиническая психология».

В широком смысле под медицинской психологией понимается применение знаний и методов психологии для решения медицинских проблем; предмет медицинской психологии – это, прежде всего эмоции и поведение в состоянии болезни и все формы предупреждения болезни и профилактики. Что касается тематики исследований, то медицинская психология, клиническая психология, поведенческая медицина и психология здоровья тесно соприкасаются друг с другом.

Впервые термин «клиническая психология» был предложен Лайтнером Уитмером в начале XX века, но само понятие сформировалось лишь в 1946 году, когда Вилли Гельпах предложил под словосочетанием «клиническая психология» понимать психологию в соматической медицине. В 1970 году В. Шрамль впервые предложил рассматривать клиническую психологию шире, чем просто психологию в клинике – как применение психологических знаний, техник и методов в широком клиническом поле: от консультационных бюро до больниц [10; 14].

Часто понятия «медицинская психология» и «клиническая психология» разделяются, причем первое подразумевает дисциплину, изучающую применение психологических знаний в клинике (близко к пониманию Гельпаху), а второе считается более широким. Во избежание путаницы приве-

дем определение, предложенное У. Бауманном и М. Перре в международном руководстве по клинической психологии: «Клиническая психология – частная психологическая дисциплина, предмет которой – психические расстройства (нарушения) и психические аспекты соматических расстройств (болезней)» [15].

Она включает следующие разделы: этиологию (анализ условий возникновения расстройств психики), классификацию, диагностику, эпидемиологию, интервенцию (профилактику, психотерапию, реабилитацию), охрану здоровья, оценку результатов.

Специалисты дают различные определения клинической психологии. Но все они сходятся в одном: клиническая психология рассматривает область, пограничную между медициной и психологией. Это наука, изучающая проблемы медицины с точки зрения психологии.

Отечественная клиническая психология сформировалась в последние десятилетия в результате интеграции ряда дисциплин, смежных, но имеющих разную историю и проблематику. Сюда мы можем отнести такие отрасли психологии, как нейропсихология и патопсихология, психология телесности (психосоматика), психология аномального онтогенеза, психологическая коррекция, психология здоровья.

**Клиническая психология** (от греч. kline – постель, койка и psyche – душа + logos – учение) – область психологии, занимающаяся абберрантным (отклоняющимся от нормы), плохо адаптивным или патологическим поведением человека. На сегодняшний день в нашей стране это психологическая специальность широкого профиля (030302.65 «Клиническая психология»), имеющая межотраслевой характер и участвующая в решении комплекса задач в системе здравоохранения, образования и социальной помощи населению, утвержденная Министерством образования Российской Федерации в 2000 г. [16].

Клиническая психология изучает общие и частные закономерности изменений и восстановления психической деятельности при различных патологических состояниях и аномалиях развития, роль психических факторов в возникновении и преодолении различных недугов, в укреплении здоровья. В центре внимания клинической психологии человек с душевными «болями» и проблемами, с трудностями адаптации и самореализации, связанными с состояниями его здоровья.

В своих теоретических концепциях клиническая психология опирается на целостный подход к человеку, на понятие «здоровье» (а не только на понятия «болезнь», «патология»), на идею ответственности личности за свое здоровье, на семейный подход при оказании психологической помощи клиенту, а также учет социального контекста его жизнедеятельности.

Объектом клинической психологии является человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, психическим, социальным, духовным состоянием. Основные сферы, в которых самоактуализируется (развивается и проявляется) человек, это:

- телесность (не тождественна телу-организму, биологическому субстрату, включает помимо психофизиологических компонентов осознаваемые и неосознаваемые, отчетливые или смутные образы, символы, представления, переживания, связанные с телом, его строением и функционированием),

- социум (общение с целью социальной адаптации, самореализация в обществе, др.),

- внутренний психический мир (рефлексия, самосознание, самосозидание, др.),

- духовность (преодоление эгоцентризма, стремление к высшим духовным ценностям и др.) [10; 14].

Взаимодействие с этими сферами является источником развития личности, ее становления. Однако возможен и путь саморазрушения, путь в направлении болезни, а не здоровья. На своем индивидуальном жизненном пути человек может пережить и системный кризис из-за неравномерности развития разных своих ипостасей.

Деятельность клинического психолога направлена на повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека, на гармонизацию психического развития, охрану здоровья, профилактику и психологическую реабилитацию. Вместе с тем клинические психологи решают практические задачи в разных сферах жизни, таких как здравоохранение, образование, социальная помощь населению. Психологическая диагностика, экспертиза, реабилитация и коррекция являются необходимыми составляющими современных комплексных мер профилактики и преодоления не только заболеваний, но и различных состояний дезадаптации человека [5; 16].



Предметом профессиональной деятельности специалиста – клинического психолога являются психические процессы и состояния, индивидуальные и межличностные особенности, социально-психологические феномены, проявляющиеся в различных областях человеческой деятельности. Клинический психолог может иметь дело с людьми, которые жалуются, например, на состоянии тревоги, выражающееся в функциональных расстройствах эмоционального или сексуального плана, или же на трудности в преодолении неурядиц повседневной жизни. Практическая и научно-исследовательская деятельность клинического психолога направлена на повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека, на гармонизацию психического развития, личностный рост, самореализацию, на охрану здоровья, преодоление недугов и т. п. Для этого он должен быть компетентным для выполнения следующих видов профессиональной деятельности: диагностической, экспертной, коррекционной, профилактической, реабилитационной, консультативной, научно-исследовательской, культурно-просветительной, учебно-воспитательной. В этом контексте слово «клинический» означает такой подход к клиенту, при котором в центре внимания психолога находится человек в целом. Одновременно осуществляется индивидуальный подход к психологической работе с конкретным человеком, включающей терапевтическую практику, которая может полагаться на субъективные решения клинициста. Так, каждое «клиническое интервью» (метод получения информации как с помощью устного опроса клиента, так и во время проведения терапевтической беседы при оказании психологической помощи) по-своему неповторимо. Решение исследовательских задач при клиническом подходе зачастую опирается на небольшое число обследованных пациентов в естественной для них обстановке (в противоположность экспериментальному подходу к решению исследовательских задач) [10; 16; 22].

Как профессионал клинический психолог может специализироваться по нейропсихологии, патопсихологии, психосоматике, психологии аномального развития, психопрофилактике, психотерапии, психологической реабилитации и др. Он может работать в центрах психического здоровья, больницах, на предприятиях, в учебных учреждениях, консультационных кабинетах и т. п., иметь частную практику.

Наряду с индивидуальными формами клинической психологии психолог использует в своей работе и групповые формы, владеет методами семейной психотерапии, сотрудничает с семейным врачом, участвует в программах общественного здравоохранения для поддержания общественного здоровья (ВОЗ обращает серьезное внимание на «систему социальной поддержки против стресса»), сотрудничает с психологами других специальностей [16].

## **2 Предмет, объект и цели исследования в клинической психологии**

По направленности психологические исследования делят на общие (выявление общих закономерностей) и частные (изучение особенностей конкретного больного). В соответствии с этим можно выделить общую и частную клиническую психологию.

С точки зрения основателей и исследователей, в частности, Б. Д. Карвасарского, «предметом общей клинической психологии являются:

1) основные закономерности психологии больного, психологии медицинского работника, психологические особенности общения больного и врача, а также влияние психологической атмосферы лечебно-профилактических учреждений на состояние человека;

2) психосоматические и соматопсихические взаимовлияния;

3) индивидуальность (личность, характер и темперамент), эволюция человека, прохождение им последовательных этапов развития в процессе онтогенеза (в детском возрасте, подростковом, юношеском и т. д.), а также эмоционально-волевые процессы;

4) вопросы врачебного долга, этики, врачебной тайны;

5) психогигиена (психология медицинских консультаций, семьи), в том числе психогигиена лиц в кризисные периоды их жизни (пубертатный, климактерический), психология половой жизни;

6) общая психотерапия» [12; 14].

В то время как частная клиническая психология изучает отдельного человека. В данном случае анализируются:

1) особенности психических процессов;

2) психическое состояние пациентов в период подготовки к операциям и после;

3) особенности психики людей, имеющих соматические заболевания, например, онкологические, сердечно-сосудистые, болезни желудочно-кишечного тракта и другие;

4) психологические особенности больных с нарушениями органов слуха, зрения и т. п.;

5) психологические особенности людей для заключения по результатам трудовой, военной и судебной экспертизы;

6) особенности психики больных алкоголизмом и наркоманией;

7) частная психотерапия.

Б. Д. Карвасарский в качестве предмета клинической психологии выделил «особенности психической деятельности больного в их значении для патогенетической и дифференциальной диагностики болезни, оптимизации ее лечения, а также предупреждения и укрепления здоровья» [14]. Он считал, что «объектом клинической психологии является человек с трудностями адаптации и самореализации, которые связаны с его физическим, социальным и духовным состоянием» [14].

Перед клинической психологией как самостоятельной наукой встают определенные цели, которые были сформулированы М. С. Лебединским, В.Н. Мясищевым, М. М. Кабановым и Б. Д. Карвасарским в 60–70-х гг. XX века. Они озвучены в учебнике «Медицинская психология» Б. Д. Карвасарского следующим образом [10]:

«1) изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней, их профилактику и лечение;

2) изучение влияния тех или иных болезней на психику;

3) изучение психических проявлений различных болезней в их динамике;

4) изучение нарушений развития психики; изучение характера отношений больного человека с медицинским персоналом и окружающей средой;

5) разработка принципов и методов психологического исследования в клинике;

6) создание и изучение психологических методов воздействия на психику человека в лечебных и профилактических целях» [10].

Подобное формулирование целей клинической психологии соответствовало усиливающейся тенденции к использованию идей и методов данной науки для повышения эффективности диагностики и лечения в различных областях медицины.

Рассмотрим структуру клинической психологии (рисунок 1).

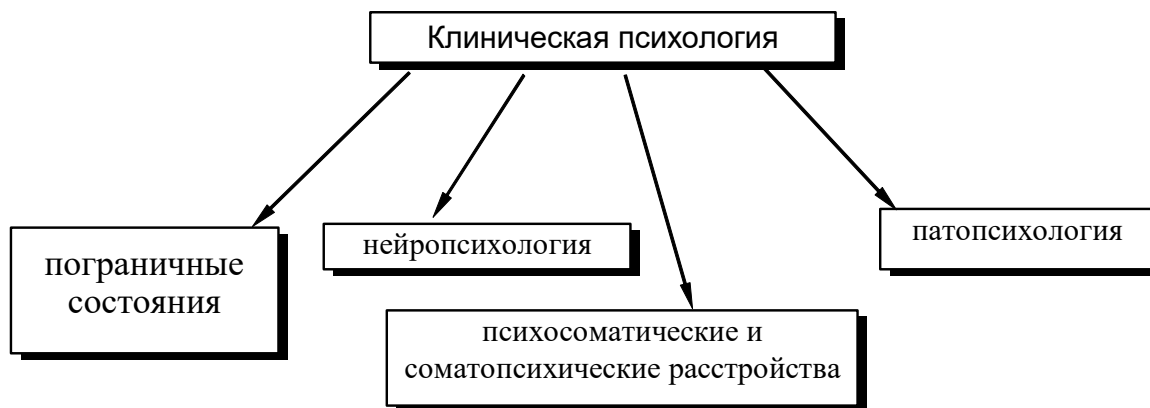


Рисунок 1 – Основные разделы и области исследования клинической психологии [5]

По мнению Б. В. Зейгарник, *патопсихология* изучает нарушения психической деятельности, закономерности распада психики по сравнению с нормой. Она отмечает, что патопсихология оперирует понятиями общей и клинической психологии и использует психологические методы. Патопсихология работает над проблемами как общей клинической психологии (когда исследуются изменения личности психических больных и закономерности распада психики), так и частной (когда исследуются нарушения психики конкретного больного для уточнения диагноза, проведения трудовой, судебной или военной экспертизы) [8].

Объектом изучения *нейропсихологии* служат заболевания центральной нервной системы, преимущественно локально-очаговые поражения головного мозга.

*Психосоматика* изучает, как изменения психики влияют на возникновение соматических заболеваний.

*Пограничные состояния* – слабые, стертые формы нервно-психических расстройств, находящихся вблизи условной границы между психическим здоровьем и выраженной патологией. Круг таких расстройств очень

широк: психогении без острых психотических расстройств (реактивные состояния, неврозы), психопатии, психические нарушения в экстремальных условиях деятельности, медленно начинающиеся, вялотекущие формы шизофрении, мягкие формы циркулярного психоза (циклотимия), психосоматические расстройства, хронический алкоголизм (без выраженной деградации личности) и т. д., когда больные не обнаруживают глубоких изменений психики [13; 22; 23].

### **3 Взаимосвязь клинической психологии с другими науками**

Любая наука развивается во взаимодействии с другими науками и под их влиянием. Базисными науками для клинической психологии являются общая психология и психиатрия.

*Психиатрия* – медицинская наука, которая по многим параметрам плотно связана с клинической психологией. Психические расстройства являются общим предметом их научных изысканий. Однако клиническая психология изучает еще и такие расстройства, которые по своей сути не являются равноценными болезнями, а также психическими аспектами соматических расстройств. Психиатрия как частная сфера медицины больше учитывает соматические аспекты психических расстройств, клиническая же психология делает акцент на психологических аспектах.

Также клиническая психология связана со следующими науками.

*Клиническая нейропсихология* – научная прикладная дисциплина, которая изучает влияние заболеваний и поражений головного мозга, сказывающееся на эмоциях и поведении; на первом месте стоят диагностика и интервенция.

*Психология здоровья* – отрасль психологии, включающая профилактику и охрану здоровья, предотвращение заболеваний, выявление причин нарушения здоровья, выявление форм поведения, повышающих риск заболевания, реабилитацию, а также совершенствование системы здравоохранения в целом. В некоторых источниках психологию здоровья называют отраслью клинической психологии.

*Психотерапия* – частное множество методов клинико-психологической интервенции, а именно те методы, которые используются в терапии функциональных нарушений и нарушений межличностных систем при психических расстройствах. Иногда понятие психотерапии понимается более широко и

приравнивается к вышеназванному понятию клинико-психологической интервенции. Существуют определения психотерапии в медицинском и психологическом контексте.

Также клиническая психология тесно переплетается с неврологией, нейрохирургией и психофармакологией.

Исследования и научные данные других психологических и педагогических наук добавляют важные данные для изучения психики человека в клинической психологии. Примерами здесь служат экспериментальная психология, олигофренопедагогика, дефектология, медицинская педагогика, тифлопсихология, сурдопсихология, коррекционная педагогика и другие отрасли психологии и педагогики.

Таким образом, очевидно, что в процессе работы клиническому психологу необходимо применять комплексный подход.

#### **4 Методологические принципы клинической психологии**

Методология в рамках клинической психологии определяется конкретно-научным уровнем и связана с мировоззренческой позицией исследователя.

Методология подразумевает следующие приемы исследования: наблюдение, эксперимент, моделирование и другие, которые реализуются в методиках получения научных данных.

Так как клиническая психология является психологической дисциплиной, то берет за основу методологию и методы общей психологии. Психология, как каждая наука, применяет систему частных методов или методик.

Перечислим основные методологические принципы психологии.

1 Психика и сознание должны изучаться в единстве внутренних и внешних проявлений. Средством и объектом психологического исследования является тесная взаимосвязь сознания и деятельности, психики и поведения.

2 В психологическое исследование часто включен физиологический (психофизиологический) анализ психических процессов. Так решается психофизическая проблема, которая подразумевает единство, но не тождество психического и физического.

3 Социально-исторический анализ деятельности человека должен лежать в основе методики психологического исследования.

4 Принцип индивидуализации исследования предполагает анализ и интерпретацию специфических психологических закономерностей в психологическом исследовании.

5 Генетический принцип подразумевает, что психологические закономерности раскрываются в процессе развития.

6 Принцип педагогизации психологического изучения ребенка означает включение принципов педагогической работы в экспериментальное исследование.

7 Принцип изучения конкретной личности в конкретной ситуации обязывает использовать в психологическом исследовании продукты его деятельности, поскольку в них материализуется сознательная деятельность человека.

Для клинической психологии наибольшее значение имеют принципы детерминизма, единства сознания и деятельности, рефлексорный, историзма, развития, структурности, личностного подхода. Рассмотрим, как они представлены Б. Д. Карвасарским, который акцентировал внимание на принципе развития, принципе структурности и принципе личностного подхода.

*Принцип развития.* В клинической психологии этот принцип может конкретизироваться как этиология и патогенез психопатологических расстройств в их прямом (развитие болезни) и обратном (ремиссия, выздоровление) развитии. Специфической является особая категория – патологическое развитие личности [10].

*Принцип структурности.* В общей психологии изучают структуры сознания, деятельности, личности и др. Задачей клинической психологии является приведение в единую систему частных структур различных психопатологических явлений и согласование ее с общей структурой здоровой и больной личности [10].

*Принцип личностного подхода.* В клинической психологии личностный подход означает отношение к пациенту или исследуемому человеку как к целостной личности с учетом всей ее сложности и всех индивидуальных особенностей [10].

Подчеркивая значение методологических проблем в клинической психологии, В. Н. Мясищев писал: «Чем более важны и ответственны проблемы здоровья и болезней человека, тем более необходимо серьезное

обоснование методологической стороны и основы медицинской психологии, сложность и трудность которой возрастает вследствие сочетания в проблеме медицины и психологии» [23; 15].

### **Вопросы и задания для практических занятий**

- 1 Дайте определение клинической психологии.
- 2 Выделите общее и различное в медицинской и клинической психологии.
- 3 Что является предметом профессиональной деятельности клинического психолога?
- 4 Перечислите, что является предметом общей и частной клинической психологии?
- 5 Что является предметом и объектом клинической психологии с точки зрения Б. Д. Карвасарского?
- 6 Перечислите и объясните цели клинической психологии.
- 7 Дайте определения основным разделам клинической психологии.
- 8 Обоснуйте взаимосвязь медицинских, психологических и педагогических наук с клинической психологией.
- 9 Объясните значение методологических принципов психологии, которые имеют наибольшее значение для клинической психологии.
- 10 Изучите профессиограмму клинического психолога (Приложение А).
- 11 Изучите основные квалификационные требования к профессии «клинический психолог».
- 12 Изучите классические модели, включающие определенные моральные принципы и составляющие современное ценностно-нормативное содержание современной биомедицинской этики:
  - модель Гиппократ (принцип «не навреди»);
  - модель Парацельса (принцип «делай добро»);
  - деонтологическая модель (принцип соблюдения долга);
  - биоэтика (принцип уважения прав и достоинства личности).
- 13 Изучите и объясните этические принципы в клинической психологии:
  - Не навреди!
  - Не оценивай! (не произноси отрицательных оценок вслух).
  - Принимай человека таким, каков он есть.
  - Соблюдай профессиональную тайну (принцип конфиденциальности).



- Уважай своих коллег, их право на профессиональное творчество и самостоятельный выбор методов работы.

- Не выясняй отношений с коллегами в присутствии клиентов и учащихся.

- Принцип профессиональной компетентности: не передавай психологические методики неподготовленным специалистам и сам не используй методики, которыми в должной степени не владеешь.

- Соблюдай меру взаимного откровения с клиентом.

- Не отнимай у клиента права самому отвечать за свои права и поступки.

- Не выставляй свои знания напоказ, стремись помочь клиенту сначала самостоятельно формулировать те или иные положения и выводы.

- Не дезинформируй клиента.

- Соблюдай принцип добровольности участия клиента в психологических процедурах.

- Уважай себя как человека и как специалиста.

**Главный этический ориентир** – поддержание права каждого на построение своего неповторимого образа жизни, но права, не ущемляющего таких же прав других людей. «Поступай по отношению к другому человеку так, чтобы это придавало силы тебе и ему...» – писал известный психолог Эрик Эриксон в книге «Детство и общество».

14 Обоснуйте свою точку зрения при возникновении следующих этических противоречий:

- между правом человека на самоопределение и его неготовностью к изменениям, что создает основу для оправдания манипуляции со стороны психолога.

- между интересами общества и конкретной личности (конкретных людей).

- между мировоззрением психолога и конкретного человека – клиента.

- между высокими и благородными устремлениями психолога и его ограниченностью в адекватных методах.

- между высокими и благородными устремлениями психолога и прагматизмом современной реальности.

- между свободой выбора в работе психолога и усилением его зависимости от конкретного «заказчика» [4].

## ТЕМА 2. ИСТОРИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Историю развития клинической психологии можно разделить на несколько периодов.

1 Зарождение клинической психологии можно соотнести первыми научными исследованиями психиатров конца XIX в. Это работы Э. Крепелина, Э. Кречмера, И. Брайера, З. Фрейда, Ж.-М. Шарко, П. Жане и других ученых, которые пытались понять природу патологии психики с естественнонаучной точки зрения, выделить ее феномены и отличительные черты. На этом этапе формирование клинической психологии происходило путем соединения лучших достижений классической психиатрии с инновационными идеями психологического эксперимента и включением возможностей гипноза как способа проникновения в бессознательное человека.

Зарождение научной клинической психологии можно отнести к концу XIX в., когда Вильгельм Вундт основал Институт экспериментальной психологии в Лейпциге. В этом институте наряду с другими обучались и работали те психологи, которые сегодня по праву считаются основателями клинической психологии [15].

2 В этот период в психологии и психиатрии активно начинает использоваться метод эксперимента, который применяли такие ученые, как В. Вундт, Г. Эбингауз, Э. Титченер и другие. В конце XIX века психологические лаборатории были открыты в психиатрических клиниках, например, Э. Крепелина – в Германии (1879), П. Жане – во Франции (1890).

Так, в частности, у Вундта обучался американец Лайтнер Уитмер (1867–1956), который ввел понятие клинической психологии, а уже в 1896 г. основал первую психологическую клинику (Psychological clinic) при университете Пенсильвании.

Из лаборатории Вундта вышел и немецкий психиатр Эмиль Крепелин (1856–1926), который уже в 90-е гг. XIX в. пытался применить экспериментальные подходы, используемые в психологии, к решению проблем психиатрии и этим дал мощный импульс для развития клинической психологии.

Большую роль в развитии клинической психологии, особенно немецкоязычной, сыграл другой медик, а именно Зигмунд Фрейд (1856–1939), открыв сферу психотерапии для не-медиков, благодаря чему была популяризирована психологическая теория возникновения психических рас-

стройств. Сначала он, как и Крепелин, стоял на естественнонаучной позиции, но впоследствии обратился к герменевтическому, понимающему подходу [5].

Можно считать, что Крепелин и Фрейд (и тот и другой – медики, а не психологи) дали сильнейший толчок развитию немецкой (и международной) клинической психологии. Но, кроме того, эти два имени знаменуют и два различных понимания клинической психологии, которые и по сей день нередко противостоят друг другу как в науке, так и в практике: Крепелин был сторонником эмпирической клинической психологии, а Фрейд – приверженцем герменевтического научного подхода, нашедшего наиболее яркое выражение в глубинной психологии [15].

В России наблюдалась аналогичная тенденция, связанная с открытием психологических экспериментальных лабораторий во многих психиатрических клиниках. Примерами могут служить лаборатории В. М. Бехтерева в Казани и Санкт-Петербурге, С. С. Корсакова в Москве, В. Ф. Чижа в Юрьеве, И. А. Сикорского в Киеве, П. И. Ковалевского в Харькове. В США и Англии также были открыты несколько лабораторий. В журнале «Образование психиатрии» (1907 г.) В. М. Бехтерев писал «Пренебрегать положениями современной психологии, опирающейся на эксперимент, а не на умозрение, для психиатра уже не представляется возможным» [10].

В 1917 г. специалисты по клинической психологии образовали Американскую ассоциацию клинических психологов. Уже через два года она в качестве клинической секции была включена в Американскую психологическую ассоциацию. И несмотря на то, что определения клинической психологии еще не сформировалось, данное понятие уже определило профессиональный статус. Аналогом понятия «клиническая психология» в англоязычных странах было словосочетание «Abnormal Psychology», которое используется и в настоящее время как синоним клинической психологии.

3 До Второй мировой войны на западе активно развивалось тестирование интеллекта. С 40-х годов XX века произошла переориентация на диагностику индивидуальных особенностей. Благодаря разработкам Ф. Гальтона и Дж. Кеттелла в Англии, А. Бине и Ф. Симона во Франции в сфере исследований индивидуальных различий стали применяться тесты для изучения психически больных людей. Также в клинической психологии стали активно использоваться проективные методики и техники для более глубокого изучения бессознательных процессов в психике.

4 В 60-е годы XX века в клинической психологии стали формироваться антипсихиатрические тенденции, связанные с актуализацией гуманистических идей. На первый план в профессиональной деятельности психолога в клинике выходит психотерапия, границы помощи клинической психологии расширяются и уже включают в себя экзистенциальные проблемы межличностных отношений.

На этом фоне появляется новое направление – социальная психиатрия, благодаря чему стали использоваться внебольничные способы работы с пациентами, включающие психологическое консультирование, семейную и групповую психотерапию. Также изменился и подход к пациентам, названный экологическим, направленный на поиск скрытых резервов психики для гармоничного взаимодействия с социумом.

Доминирующий подход – экологический, ориентированный на активацию потенциальных резервов и механизмов выживания, способствующих гармоничному взаимодействию пациента с социумом.

5 Прочный теоретический базис российских классиков психологической науки, таких как В. М. Бехтерев, Л. С. Выготский, Б. В. Зейгарник, А. Р. Лурия, В. Н. Мясищев, послужил развитию прикладного и практического направлений клинической психологии, представленных в исследованиях Е. Д. Хомской, Б. С. Братуся, Ю. Ф. Полякова, В. В. Николаевой и других представителей клинической психологии.

В середине 1980-х годов как результат предыдущих исследований сформировалось новое понятие «поведенческая медицина» (Behavioral medicine), что послужило проникновению клинической психологии в сферу соматической медицины. Благодаря этому у психологов появилась новая сфера профессиональной и исследовательской деятельности. В конце 1980-х годов появилось еще одно направление в клинической психологии – психология здоровья, что еще больше расширило сферу деятельности психологов.

Современные тенденции клинической психологии характеризуются конкретным разделением общей клинической психологии на сферы и специализации, что отражается в научных исследованиях и практической деятельности. В настоящее время существует социальный заказ на деятельность клинических психологов, что связано с огромным фундаментом знаний связи медицины и психологических факторов здоровья/болезни.

Профессиональная сфера деятельности клинических психологов в настоящее время вышла далеко за границы клинической медицины и

направлена на изучение психических проблем личности и группы, на профилактику вредных для здоровья способов поведения и привычек, на пропаганду здорового образа жизни и культуры здоровья.

Одно из важных направлений деятельности современных клинических психологов связано с психологической коррекцией детей и подростков с аномалиями развития. В зоне внимания клинических психологов оказываются люди с пограничными психическими расстройствами, с алкоголизмом и наркоманией, с психосоматическими проблемами.

В рамках исследований клинической психологии выработано новое понимание синдрома как новообразования, оказывающего влияние на жизнь и деятельность человека и усложняющего адаптацию. Это требует разработки более обширного подхода к развитию и коррекции различных изменений сферы психики.

Клиническая психология не останавливается в изучении проблемы нормы и патологии психики, ее типологий, форм и методов дифференциальной диагностики, нейропсихологической диагностики и т. д.

В целом в современной клинической психологии наблюдается явная тенденция к синтезу различных областей клинической психологии и разработке общих принципов, закономерностей, категорий, что в дальнейшей перспективе позволит сформулировать системную теорию психических отклонений и нарушений, которую можно будет использовать при диагностике и коррекции различных видов патологии и аномалий развития.

### **Вопросы и задания для практических занятий**

1 Каковы истоки зарождения клинической психологии?

2 Сравните этапы развития психологии как науки и клинической психологии.

3 В чем заключалось «антипсихиатрическое течение» в клинической психологии?

4 Каковы современные тенденции клинической психологии?

5 Выделите особенности развития клинической психологии в России.

6 Подготовить доклады о вкладе в развитие клинической психологии следующих ученых: А. Бине, М. Монтессори, Э. Крепелин, З. Фрейд, А. Фрейд, М. Кляйн, В. М. Бехтерев, Г. Я. Трошин, А. П. Нечаев, Н. Е. Румянцев, Г. И. Россолимо, А. Р. Лурия, С. Я. Рубинштейн, М. С. Певзнер, Г.Е. Сухарева, Б. В. Зейгарник, К. С. Лебединская и др.

## ТЕМА 3. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

### 1 Основные понятия клинической психологии

Категории нормы и патологии, здоровья и болезни выступают основными понятиями, которые являются критериями оценки состояния человека в клинической психологии.

#### *Норма и патология*

Понятие «норма» используется в качестве основного критерия для сравнения актуального и обычного состояния людей. Это понятие ассоциируется с понятием «здоровье». Какое-либо отклонение от нормы понимается как патология и болезнь.

Термин «норма» рассматривается двояко.

В первом значении понимается «статистическая норма», которая рассчитывается как среднеарифметическое значение каких-либо эмпирических данных. Для примера: если у большинства населения нет страха замкнутого пространства, значит, отсутствие этого страха является статистически нормальным.

Во втором значении нормой является некий идеальный образ состояния человека, как образец, к которому нужно стремиться. Тогда любое состояние, которое не соответствует данному идеальному образцу, определяется и оценивается как не норма.

В таком случае вопрос нормы подразумевает наличие нормативной группы людей, состояние психики, организма и жизнедеятельности которых является стандартом.

В понятие «индивидуальная норма» вкладывается следующий смысл: актуальное состояние человека сравнивается с его же состоянием, которое присуще ему обычно и соответствует его личным ценностям, целям и возможностям.

Любое отклонение от установленной нормы можно определить как патологию (в переводе с древнегреческого «patos» – страдание). В клинической психологии в содержание понятия «патология» включаются такие отклонения от нормы, в которых нет никаких биологических компонентов, и тогда вполне возможно употребление термина «патологическая личность».

В этом случае под патологией понимаются только такие отклонения от нормы, при которых человек чувствует эмоциональный дискомфорт, причем подразумевается одна главная причина. Но у какого-либо психического состояния часто существует несколько, а иногда и совершенно противоположных причин как биологического, так и психологического плана.

Для примера рассмотрим состояние депрессии. Здесь причинами могут быть нейрохимические нарушениями (сниженная активность серотонина, норадреналина, дофамина), нейрогормональные изменения (повышенное выделение кортизола). Также депрессии могут быть вызваны сложной жизненной ситуацией, а также особенностями когнитивной переработки информации (интерпретации событий). Опираясь на принцип связи мозга и психики, сложно однозначно быть уверенным в первопричине таких отклонений от нормы.

Наконец, в понятии «патология» выражен оценочный компонент, под который можно подвести любого человека, не соответствующего идеальным или статистическим нормам, и навесить на него ярлык «больной».

Из-за перечисленных особенностей употребления слова «патология» (обязательное наличие у отклоняющегося от нормы человека страдания, плохого самочувствия; предположение о действии одной ведущей причины нарушения; выраженный оценочный компонент) многие ученые выступают за его исключение из лексикона психиатров и клинических психологов, предлагая взамен использование термина «расстройство», ограничив применение понятия «патология» только биологическим уровнем нарушений [25].

Расстройство, с точки зрения Е. А. Орловой и Н. Т. Колесник, означает отсутствие или нарушение существовавшего ранее обычного для человека состояния. Употребление данного термина не предполагает обязательного наличия для того или иного отклонения от нормы однозначных причинно-следственных связей его возникновения. Расстройства могут вызываться взаимодействием ряда факторов биологического, психологического и социального уровня, причем в каждом конкретном случае тот или иной фактор может оказаться ведущим в начале, развитии или исходе нарушения. Использование в современной клинической психологии слова «расстройство» является более предпочтительным [26].

*Базовые критерии определения психического расстройства:*

– отдельные типы реакций, превышающие статистически выявленную частоту их возникновения у большинства людей в определенной ситуации в некоторый промежуток времени (например, если пять из девяти признаков депрессии наблюдаются у человека на протяжении двух и более недель, то только такое состояние признается расстройством);

– состояния, мешающие человеку адекватно реализовывать поставленные им перед собой цели и поэтому наносящие ему ущерб (так называемые дисфункциональные состояния);

– типы поведения, от которых страдает и получает физический ущерб сам индивид или приносящие страдание и физический ущерб окружающим его людям [26].

Среди причин возникновения психических заболеваний выделяют следующие:

– эндогенные – хромосомные, наследственные, с наследственным предрасположением или многофакторные;

– экзогенные, обусловленные внешними биологическими факторами;

– психогенные – основной этиологический фактор – конфликт личности с неприемлемой для нее ситуацией в системе межличностных отношений, порождающий психотравмирующую ситуацию;

– соматогенные, обусловленные соматическим заболеванием.

Основные эндогенные психические заболевания – шизофрения и аффективные расстройства. Ведущее место среди причин экзогенных психических расстройств занимают черепно-мозговые травмы, инфекции и интоксикации. К психогениям относят неврозы, декомпенсации патологических личностных нарушений (психопатии), реактивные состояния. Специальное место занимают олигофрении, инволюционные психозы, сенильное (старческое) слабоумие, связанные с генетическими нарушениями и атрофическими процессами в головном мозге, а также алкоголизм, наркомания и токсикомания, имеющие особое медико-социальное значение.

Понятия «здоровье» и «болезнь» как уровень нормы и патологии [26].

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

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



Негативное определение здоровья рассматривает последнее как простое отсутствие патологии и соответствие норме. Здесь норма рассматривается как синоним здоровья, а патология – как синоним болезни. Однако понятия нормы и патологии шире понятий здоровья и болезни. Они связаны не с объективно регистрируемым отклонением от нормы, а с субъективным состоянием хорошего или плохого самочувствия, влияющего на выполнение нами повседневных функций в деятельности, общении и поведении.

Характеристика общего самочувствия оказывается центральным звеном разграничения здоровья и болезни. Здоровый человек благополучно себя чувствует и поэтому может выполнять повседневные социальные функции. Больной человек – наоборот.

При этом наличие или отсутствие различных отклонений от нормы на биологическом уровне зачастую не становится определяющим для отнесения себя к здоровым или больным. Например, люди, употребившие алкоголь, имеют отклонения от «нормальных» параметров психического функционирования и находятся в измененном состоянии сознания, однако они не считаются больными до тех пор, пока у них не нарушается выполнение социальных функций. Получается, что понятие здоровья шире понятия нормы, а понятие болезни по содержанию отличается от понятия патологии. Данное обстоятельство привело исследователей к поиску позитивных концепций здоровья [26].

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

Общее определение здоровья, предложенное ВОЗ, включает такое состояние человека, при котором:

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

Критерии психического здоровья по определению ВОЗ:

- осознание и чувство непрерывности, постоянства своего «Я»;
- чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и к результатам своей деятельности;
- соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий;

- способность управления своим поведением в соответствии с общепринятыми нормами;
- способность планировать свою жизнь и реализовывать свои планы;
- способность изменять поведение в зависимости от жизненных ситуаций и обстоятельств.

При оценке психологии здоровья важно различать понятия «состояние здоровья» и «самочувствие». Состояние здоровья – истинное положение дел в организме по данным врачебного осмотра. Самочувствие же субъективно и не всегда точно отражает объективное состояние здоровья.

Ряд отечественных авторов (А. М. Громбах, А. Ш. Тхостов, В. В. Лебединский, Б. Д. Карвасарский) представили показатели психического здоровья и выделили четыре группы людей [26]:

- 1) совершенно здоровые (жалоб нет);
- 2) легкие функциональные нарушения, эпизодические жалобы астено-невротического характера, связанные с конкретными психотравмирующими событиями, напряжение адаптационных механизмов под влиянием отрицательных микросоциальных факторов;
- 3) лица с доклиническими состояниями и клиническими формами в стадии компенсации, стойкие астено-невротические жалобы вне рамок трудных ситуаций, перенапряжение механизмов адаптации (в анамнезе у таких людей неблагополучие беременности, родов, диатезы, травмы головы и хронические инфекции);
- 4) клинические формы заболевания в стадии субкомпенсации, недостаточность или поломка адаптационных механизмов.

Таким образом, «здоровье вообще и психическое здоровье в частности представляют собой динамическое сочетание различных показателей, тогда как болезнь, напротив, можно определить как сужение, исчезновение или нарушение критериев здоровья, т. е. как особый случай здоровья» [26].

В понимании болезни существуют две точки зрения: болезнь есть любое состояние, диагностированное специалистом; болезнь есть субъективное ощущение себя больным. В первом случае болезнь рассматривается как оцениваемое по объективным признакам расстройство функционирования. «Второй подход тоже имеет свои ограничения: сообщаемое пациентом состояние скорее отражает его проблемы, а не само расстройство. К тому же при ряде тяжелых соматических состояний изменений самочувствия может и не возникнуть (например, при туберкулезе)» [26].

Понятие болезни не столько представляет собой отражение объективного состояния человека, сколько выступает общим теоретическим и социальным конструктом, с помощью которого обычные люди и специалисты пытаются определить и понять возникающие нарушения здоровья.

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

В биомедицинской модели не учитываются социальные, психологические и поведенческие причины развития болезни.

В рамках этой модели дефект (в том числе и психический) всегда подразумевает соматическую природу, независимо от причин, которыми он вызван. В данном случае вся ответственность за лечение возлагается только на врача.

Биопсихосоциальная модель болезни была сформирована в конце 70-х годов XX века и основывалась на системной теории. В центре этой теории находится личность, включая ее переживания и поведение. В этом случае ответственность за выздоровление полностью или частично возлагается на самих больных людей.

Следовательно, в рамках биопсихосоциальной модели ведущую роль играют психологические факторы. Субъективно здоровье определяется чувством оптимизма, соматического и психологического благополучия, радости жизни. С точки зрения Е. А. Орловой «это субъективное состояние обуславливают психологические механизмы, обеспечивающие здоровье:

- принятие ответственности за свою жизнь;
- самопознание как анализ своих индивидуальных телесных и психологических особенностей;
- самопонимание и принятие себя как синтез (процесс внутренней интеграции);
- умение жить в настоящем;
- осмысленность индивидуального бытия, как следствие – осознанно выстроенная иерархия ценностей;
- способность к пониманию и принятию других;
- доверие к процессу жизни. Наряду с рациональными установками, ориентацией на успех и сознательным планированием своей жизни необходимо душевное качество, которое Э. Эриксон называл базовым доверием: умение следовать естественному течению процесса жизни, где бы и в чем бы он ни проявлялся» [26].

В рамках биопсихосоциальной парадигмы болезнь рассматривается как расстройство, угрожающее дисфункцией – неспособностью психобиологических механизмов выполнять свои функции в определенном социокультурном пространстве. При этом болезнью считается не каждое расстройство функционирования, но только то, которое становится причиной значимой для личности угрозы существованию в конкретных условиях среды. Следовательно, «болезнь – это не всякое расстройство, а только такое, которое нуждается в изменении («имеется потребность в лечении»))» [26].

Если нарушена работоспособность, социальные отношения, обычная деятельность, человек страдает и у него наблюдаются признаки отклонений, необходимо лечение.

В настоящее время более встречающимся является термин *«психические, личностные и поведенческие расстройства»*, который охватывает различные формы нарушений, не исключая болезни в узком смысле слова.

Необходимо в рамках данной модели рассмотреть понятия «образ жизни», «стиль жизни», «уровень жизни», «качество жизни».

Образ жизни подразумевает все особенности обычной повседневной жизни человека, включая профессиональную деятельность, бытовые условия, виды досуга, специфика удовлетворения материальных и духовных потребностей, все его нормы жизни и правила.

Есть факты, доказывающие, что такие категории образа жизни, как уровень жизни, качество жизни и стиль жизни, в 50–55 % случаев детерминируют здоровье человека в целом.

Уровень жизни — это экономическая категория, которая показывает степень удовлетворения материальных, культурных, духовных потребностей.

Качество жизни имеет социологический подтекст и предполагает удовлетворение человеческих потребностей.

Стиль жизни относится к социально-психологической категории и включает поведенческие особенности жизни человека, тот стандарт, под который подстраивается психология и психофизиология личности.

## 2 Методы клинической психологии

Общей задачей клинического психолога является его участие в проведении дифференциальной диагностики, лечении и социальном приспособлении пациентов.

Конкретные задачи включают:

- участие в решении задач дифференциальной диагностики;
- анализ структуры и установление степени психических нарушений;
- диагностика психического развития;
- выбор путей общеобразовательного и трудового обучения и переобучения;
- характеристика личности и системы его отношений;
- оценка динамики нервно-психических нарушений и учет эффективности терапии;
- решение экспертных задач;
- участие в психокоррекционной, психотерапевтической и реабилитационной работе с больными [5].

Также в зависимости от конкретных условий деятельности могут возникнуть задачи участия в проведении семейного консультирования с ближайшим окружением больного, в психогигиенических и психопрофилактических мероприятиях, в психологическом просвещении медицинских работников.

Для решения этих задач клинический психолог должен располагать большим арсеналом методов исследования, большая часть которых заимствована из общей психологии, а некоторая часть создана специально как клинико-психологические методы [15].

**Наблюдение** – это целенаправленная фиксация проявлений психики человека в определенных условиях. Существует много разновидностей данного метода (включенное, свободное, внешнее, внутреннее и др.), каждая из которых имеет свои особенности применения.

**Эксперимент** – это метод изучения психики, когда специально создаются условия для проявления психического явления и в результате определение причинно-следственных связей. Эксперимент считается наиболее достоверным и информативным методом изучения психики.

**Тест** – перечень задач или вопросов, интерпретация которых позволяет выявить и оценить психическое явление, а также степень его развития.

Тесты предполагают четкую процедуру сбора и обработки первичных данных, а также особые приемы их последующей интерпретации.

Условно все методики подразделяют на нестандартизированные и стандартизированные. Нестандартизированные методы, представленные набором так называемых патопсихологических методик (Б. В. Зейгарник, С. Я. Рубинштейн, Ю. Ф. Поляков), отличаются «прицельностью», направленностью на определенные виды психической патологии, и выбор их осуществляется индивидуально для конкретного испытуемого. Создаются эти методики для изучения конкретных видов нарушения психической деятельности. В условиях психологического эксперимента они избирательно используются для выявления особенностей психических процессов в соответствии с поставленной задачей, в частности, дифференциальной диагностики [14].

Стандартизированные методики уступают по своей диагностической ценности нестандартизированным, применение их в клинике обычно имеет вспомогательное значение, чаще в качестве дополнения к нестандартизированным методам. Адекватно их использование при массовых обследованиях, при необходимости групповой оценки испытуемых, для ориентировочной экспресс-диагностики в условиях дефицита времени. При оценке результатов исследований, проводимых с помощью одних лишь тестовых методов, необходима известная осторожность, особенно уместная из-за нередко сопутствующей таким исследованиям (по Стоквису) «иллюзии псевдоточности» [14].

**Метод анализа продуктов деятельности.** К продуктам деятельности в психологии относятся рисунки, рукописи, книги, статьи, письма, поделки и другие вещи, имеющие отношение к испытуемому. Они отражают особенности деятельности и психических процессов человека.

Контент-анализ относится к способу изучения текстов, в котором анализируются понимание, осмысление, стиль, смысловые единицы, выделяются ключевые понятия. Затем подсчитывается их частота, процентное соотношение по разным частям текста, что впоследствии дает информацию о психике испытуемого.

Особое внимание среди продуктов деятельности в клинической психологии уделяется рисункам и результатам творчества душевнобольных.

Анализ результатов деятельности (иначе – архивный метод) относится к вспомогательным методам изучения психики и обязательно подтверждается другими методами.

**Метод беседы** – это способ изучения психических явлений и особенностей личности с помощью специально подобранных вопросов. В рамках клинической психологии при работе с пациентом этому методу придается особое значение.

Существуют разновидности этого метода, к которым относятся сбор анамнеза, клиническое интервью и психологические анкеты.

Анамнез (греч. *anamnesis* – воспоминание) – это все сведения, которые можно получить о прошлом испытуемого. Он бывает субъективный, когда сам испытуемый рассказывает о себе, или объективный, когда об испытуемом рассказывают близкие, хорошо знающие его люди.

Интервью – это вид беседы, когда существует задача получить ответы на заранее подготовленные вопросы.

Интервью может быть:

- стандартизированное, когда существует строгий перечень вопросов;
- свободное, когда нет определенного перечня вопросов, что обуславливает хороший психологический контакт, косвенно добавляет много полезных сведений о больном, а также обладает и психотерапевтическим ресурсом.

Еще одной разновидностью считается диагностическое интервью. Рассмотрим особенности его проведения. Основное условие его успешности – это создание безопасной дружеской атмосферы, чтобы настроить пациента на сотрудничество и установить эффективный контакт.

Беседа всегда начинается с обычных вопросов, затем задаются вопросы общего характера, чтобы определить основные события жизни и деятельности испытуемого. На следующем этапе доходит очередь до специальных вопросов, касающихся внутреннего мира, которые и являются целью интервью. На данном этапе психолог может встретиться с психологическим барьером, который характеризуется отказом отвечать или давать неопределенные и расплывчатые ответы.

По этому поводу Б. Д. Карвасарский писал: «Для преодоления психологического барьера вопросы не рекомендуется формулировать как прямые (первый тип вопросов), т. е. непосредственно касающиеся исследуемого предмета (прямой вопрос: «Вы боитесь грозы?»). Необходимые сведения о

пациенте можно получить, используя косвенные или проективные вопросы, которые часто становятся психологически более приемлемыми и не вызывают негативных реакций пациента» [14].

Далее Б. Д. Карвасарский отмечал, что «косвенные вопросы (второй тип вопросов) затрагивают интересующую тему опосредованно; тем самым частично снижается и опасность внушения ответа или симуляции (косвенный вопрос: «Что вы делаете, когда бывает гроза?»). Так называемые проективные вопросы (третий тип вопросов) отличаются проблематичным значением, и часто при ответе на них пациент спонтанно (самопроизвольно) присоединяет комментарий о себе (проективный вопрос: «Как вы думаете, большинство людей боится грозы?» Комментарий о себе можно вызвать добавочным вопросом типа: «Ну, а как вы?»)» [14].

Особое внимание нужно уделить отсутствию в речи психолога суггестивных вопросов, которые в своей формулировке подразумевают ответ и могут вызвать внутреннее сопротивление у клиента (например, прямой суггестивный вопрос: «Вы любите свою маму?»). В данном случае лучше сформулировать косвенный или проективный вопрос, или вопрос общего характера («Что вы мне расскажете о маме?», «Вы с мамой понимаете друг друга или иногда бывают недоразумения?»). Чтобы эмоционально не заблокировать клиента и не вызвать протест или снизить неблагоприятное предполагаемое впечатление от своего ответа, психолог использует подводящую фразу (например, «Иногда все люди ссорятся, так бывает... А как у вас? Вы иногда тоже ссоритесь? С кем?»).

Необходимо еще раз обратить внимание на создание атмосферы безопасности, некоторой снисходительности, тем самым дать возможность почувствовать клиенту, что он может свободно проявлять свои чувства без осуждения со стороны психолога. Исследователь должен быть максимально тактичным, не осуждающим, не оправдывающим, но в то же время понимающим собеседником. Ошибкой со стороны психолога может быть бесстрастная, равнодушная позиция, что будет по-своему истолковано клиентом.

Иногда в начале интервью могут возникнуть протест, агрессивность и другие оборонительные реакции со стороны клиента. Неопытных психологов такое поведение может напугать. На самом деле оно имеет огромную диагностическую ценность. Опытный психолог из каждого доступного вос-



приятно признака в поведении клиента (например, ассоциации, переспрашивание вопроса, неправильное его понимание, паузы и т. д.) выделяет важную для диагностического процесса информацию.

Наибольшую трудность для исследователя представляет своеобразное умение улавливать (точнее, предвосхищать) реакции пациента на вопрос, который еще не задан, но это умение помогает соответствующим образом менять тактику проведения беседы (В. Михал, 1978) [26].

Особое место среди методов клинической психологии занимает **клиническое интервью**.

Б. Д. Карвасарский дал следующее определение: «Клиническое интервью – это метод получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности, психологических феноменах и психопатологических симптомах и синдромах, внутренней картине болезни пациента и структуры проблемы клиента, а также способ психологического воздействия на человека, производимый непосредственно на основании личного контакта диагноста и пациента» [10; 14].

Клиническое интервью отличается прежде всего тем, что оно нацелено не только на активно предъявляемые клиентом жалобы, но и на выявление скрытых мотивов поведения человека и оказание ему помощи в осознании истинных (внутренних) оснований для измененного психического состояния. Существенной для интервью считается также психологическая поддержка пациента (В. Д. Менделевич).

Авторский коллектив учебника по клинической психологии под руководством Б. Д. Карвасарского выделил следующие принципы клинического интервью: однозначность, точность и доступность формулировок-вопросов; адекватность, последовательность (алгоритмизованность); гибкость, беспристрастность опроса; проверяемость получаемой информации [14]. Далее ими было раскрыто основное содержание данных принципов.

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

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

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

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

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

Принцип беспристрастности – навязывание пациенту собственного представления о наличии у того психопатологической симптоматики на основании предвзято или небрежно проведенного интервью может происходить как по причине сознательной установки, так и на базе незнания принципов интервью или слепой приверженности одной из научных школ [10; 14].

По длительности первое интервью должно быть около 45–50 минут. Последующие интервью с тем же клиентом должны быть несколько короче.

В. Д. Менделевич в книге «Клиническая и медицинская психология» описал оптимальную модель клинического интервью [22]:

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

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

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

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

При первом интервью преобладающими являются первые три этапа, а при последующих – четвертый. Особо следует учитывать уровень психических расстройств пациента (психотический – непсихотический); добровольность или принудительность интервью; критичность больного; интеллектуальные особенности и способности, а также реальную окружающую его ситуацию.

**Анкетирование** как метод изучения психики используют в том случае, когда вопросы и ответы представлены в письменной форме. Анкетирование считается способом изучения поверхностного слоя фактов, однако при ответственной формулировке вопросов и тщательной проработке ответов можно получить очень важную информацию о психике клиента.

«Один из крупнейших отечественных клинических психологов В. Н. Мясищев отмечал, что в сложной задаче психологического исследования на современном уровне каждый из психологических методов имеет преимущества и слабые стороны. Лабораторный метод уступает клиническому в близости к жизни, но может превосходить его с аналитически-методической точки зрения. Задача психолога-исследователя и психолога-практика – в умелом комбинировании этих методов сообразно целям исследования» [14].

### **Вопросы и задания для практических занятий**

- 1 Объясните содержание понятий «норма» и «патология».
- 2 Каковы базовые критерии определения психического расстройства?
- 3 Определите разницу между понятиями «негативное определение здоровья» и «позитивное определение здоровья»?

4 Объясните критерии психического здоровья по определению ВОЗ.

5 Объясните различие в понятиях: здоровье, состояние здоровья, здоровье индивидуальное, здоровье психическое, самочувствие.

6 Объясните значение биопсихосоциальной модели болезни для клинической психологии, ее содержание.

7 Сформулируйте задачи, которые стоят перед клиническим психологом.

8 Охарактеризуйте методы исследования в клинической психологии.

9 Объясните целесообразность использования стандартизированных и нестандартизированных методик в практике клинического психолога.

10 Объясните целесообразность/нецелесообразность использования прямых, косвенных, проективных и суггестивных вопросов.

## ТЕМА 4. ВВЕДЕНИЕ В ПАТОПСИХОЛОГИЮ

### 1 Понятие и задачи патопсихологии

Патопсихология — это раздел клинической психологии, в сфере внимания которого находятся закономерности распада психической деятельности и свойств личности при болезни. Анализ патопсихологических изменений осуществляется на основе сопоставления с характером формирования и протекания психических процессов, состояний и свойств личности в норме. Патопсихология вскрывает характер протекания и особенности структуры психических процессов, приводящих к наблюдаемым в клинике симптомам.

Патопсихология и нейропсихология являются отечественными отраслями клинической психологии, создателями которых считаются Л. С. Выготский, Б. В. Зейгарник и С. Я. Рубинштейн.

Патопсихология приобрела большое практическое значение, так как располагает собственными методами для диагностики нарушенного психического развития. Ее роль значительно возрастает, когда речь идет о неуточненном диагнозе, о пограничных состояниях или о профилактике развития психического заболевания [26].

Знания по патопсихологии являются необходимыми для психологов различных специальностей и специализаций, потому что профессиональное общение психолога с людьми не исключает встречи с психически больным человеком.

На границе между психологией и патопсихологией находится такая актуальная для социальной практики и в особенности ряда ее областей проблема, как вопрос о нормальном психическом развитии. В патопсихологии в определении нормы и психического здоровья обычно придерживаются положения Всемирной организации здравоохранения, под нормой понимают «... не только отсутствие болезней, но состояние физического, социального и психического благополучия» [10; 14; 15].

Задачи патопсихологического исследования изложены Б. Д. Карварским в его трудах по клинической психологии в разделе «Патопсихология».

1 Оценка структуры и степени нервно-психических расстройств.

С помощью патопсихологического исследования психолог может определить выраженность и характер нарушений отдельных психических процессов, возможности компенсации этих нарушений с учетом психологических особенностей той или иной деятельности [14].

2 Участие психолога в экспертной работе. При проведении судебно-психиатрической экспертизы психолог не только предоставляет данные, облегчающие решение диагностических вопросов, но и объективно устанавливает степень выраженности психического дефекта [26].

3 Диагностика психического развития и выбор путей обучения и переобучения.

В детских учреждениях патопсихолог играет большую роль в решении диагностических задач. Важной задачей здесь является определение аномалий психического развития, выявление степени и структуры различных форм нарушений психического развития. Патопсихологическое исследование способствует лучшему пониманию характера аномалии психического развития, а также служит основой для разработки психокоррекционных программ для дальнейшей работы с ребенком [5].

## **2 Порядок проведения патопсихологического исследования**

Психологическое исследование, по мнению ученых и патопсихологов, складывается из следующих этапов [10; 14].

1 *Изучение истории болезни, беседа с врачом и конкретизация задачи исследования.* Задачи перед патопсихологом ставятся врачом, который должен быть знаком с перечнем основных диагностических вопросов, требующих применения психологических методов. Формулируя задачу, врач сообщает такие клинические данные о больном, которые являются важными для проведения психологического исследования и анализа его результатов. Психолог, в свою очередь, изучает историю болезни, выделяя особенности психического состояния больного. Затем, согласно вопросам, которые формулирует врач, конкретизирует для себя задачу исследования, подбирает методики и порядок их прохождения. Врач должен доступно объяснить больному цели психологического исследования и стремиться сформировать у него положительную мотивацию для работы с психологом.

2 *Проведение патопсихологического исследования.* Достоверность результатов в значительной мере зависит от умения психолога установить

контакт с клиентом. Лишь после того, как психолог убедится, что необходимый контакт установлен, больной понял цель исследования, можно приступать к проведению эксперимента. Инструкция должна быть четкой и мотивированной. В ходе исследования следует наблюдать за поведением больного и учитывать его при интерпретации результатов.

Длительность непрерывного патопсихологического исследования не должна превышать 2 часов. Продолжительность необходимо уменьшить до 30–40 минут, если больной выглядит утомленным или он пожилого и старческого возраста. По статистике полное психологическое обследование проходит примерно 3,5–4 часа, поэтому оно захватывает 2–4 дня. Но есть возможность сократить обследование за счет уменьшения количества методик, особенно если наблюдается повышенная утомляемость и истощение.

Для исследования чаще всего подходит первая половина дня.

### *3 Обработка и анализ данных патопсихологического исследования.*

Сначала психолог проводит количественную обработку данных (число и процент правильных и ошибочных ответов в определенные промежутки времени при выполнении различных заданий, оценку написанных рассказов, выполненных рисунков, расшифровку записей). Затем приступает к качественному анализу результатов исследования, который интерпретируется под углом зрения поставленных вопросов. Иногда психологу необходимо продолжить эксперимент, изменить его последующий ход, включить дополнительные методы, и это не является ошибкой.

При формулировке ответов на вопросы врача при написании заключения психолог учитывает всю массу разнообразных факторов, включая образование больного, его состояние во время исследования, отношение к исследованию.

*4 Описание результатов, заключение по психологическому исследованию, пределы компетенции психолога.* Заключение составляется по определенному плану, позволяющему последовательно изложить результаты исследования. Изложение основных результатов исследования начинается с описания поведения больного во время исследования и его отношения к последнему.

Затем в сжатой форме приводят результаты, полученные конкретными психологическими методами, причем выводы в каждом случае иллюстрируют конкретными примерами. Наряду с качественным анализом вы-

полнения больным различных заданий приводят и количественные характеристики: число правильных и ошибочных решений, итоговые статистические оценки, типы профилей, полученные при использовании стандартизированных методов. Описание полученных данных должно быть подчинено ответу на основной вопрос, поставленный перед психологическим исследованием. Другие данные приводят постольку, поскольку они содержат дополнительную диагностически значимую информацию, полученную психологом и выходящую за рамки первоначально поставленной задачи [14].

В последнем разделе формируется заключение по патопсихологическому исследованию. Оно должно содержать конкретный ответ на поставленные вопросы: особенности личности, наличие характерных изменений мотивационной сферы, нарушения различных сторон мышления. Психолог констатирует, например, равномерное снижение внимания и памяти, преимущественно кратковременной, лабильность волевого усилия, утомляемость. Однако, приходя к заключению о наличии тех или иных расстройств познавательных процессов или личностно-мотивационной сферы, характерных для отдельных заболеваний, психолог не вправе ставить диагноз, который относится к компетенции лечащего врача, основывающегося на учете всего комплекса данных изучения анамнеза, объективного статуса больного, динамики болезни и результатов лабораторных исследований, включая данные психологического эксперимента [14].

Пределы компетенции психолога заметно расширяются при постановке функционального диагноза. Если для дифференциальной диагностики он представляет лишь дополнительную диагностическую информацию, то личностный и социальный аспекты функционального диагноза формулируются им самим. Психолог играет также весомую роль и при определении клинико-психопатологического аспекта функционального диагноза, поскольку этот аспект основывается во многом на изучении структуры нервно-психических расстройств, в оценке которой значимое место принадлежит патопсихологическому исследованию.

Традиционно выделяют следующие методы патопсихологического эксперимента [10; 14]:

- методы анализа ощущений;
- методы анализа восприятия;
- методы измерения времени психических процессов;



- методы анализа воспроизведений: методы простых воспроизведений, методы сложных представлений;
- методы анализа сложных психических актов.

Основным принципом построения психологического эксперимента является принцип качественного анализа особенностей протекания психических процессов больного. Важным является не только то, что клиент выполнил, но и то, как он размышлял, в чем причины его ошибок и затруднений. Именно интерпретация ошибок представляет важный и показательный материал для оценки того или иного нарушения психической деятельности.

Дело в том, что один патопсихологический симптом бывает обусловлен различными механизмами и может явиться индикатором различных состояний. Так, например, нарушение опосредованной памяти или нестойкость суждений могут возникнуть вследствие нарушений умственной работоспособности больного (как это имеет место при астениях разного органического генеза), оно может быть обусловлено нарушением целенаправленности мотивов (например, при поражениях лобных отделов мозга) и при некоторых формах и течении шизофрении, оно может быть проявлением дезавтоматизации действий (при сосудистых изменениях мозга, эпилепсии) [14].

А. Р. Лурия считал, что «характер нарушений не является специфическим для того или иного заболевания или формы его течения; он является лишь типичным для них и должен быть оценен в комплексе с данными целостного патопсихологического исследования, т. е. необходим синдромальный анализ» [10].

Необходимо обратить внимание на еще одну важную деталь патопсихологического эксперимента. Его результаты должны определить не только структуру измененных особенностей психической деятельности, но и обязательно выявить сохранные формы. Это является особенно важным для решения вопросов по восстановлению нарушенных функций.

Экспериментально-психологическое исследование в клинике отличается от обычного психологического эксперимента многообразием и большим количеством применяемых методик. Это объясняется таким фактом, что процесс распада психики не происходит однослойно. Исследователи отмечают, что «практически не бывает так, чтобы у одного больного нарушались только процессы синтеза и анализа, а у другого страдала бы исклю-

чительно целенаправленность личности. При выполнении любого экспериментального задания можно в известной мере судить о различных формах психических нарушений. Однако, несмотря на это, не каждый методический прием позволяет с одинаковой очевидностью, четкостью и достоверностью судить о той или иной форме или степени нарушения» [10; 14].

Также необходимо обратить внимание, что нарушение психической деятельности бывает часто нестойким. Если состояние улучшается, то некоторые особенности его мыслительной деятельности могут исчезнуть, а другие — остаются. При этом характер нарушений может меняться в зависимости от особенностей самого экспериментального приема. Именно с этой целью используют разные варианты одного метода и сопоставляют их результаты, что дает возможность определить характер, качества, динамику нарушений мышления больного.

Поэтому при исследовании распада психики нельзя ограничиваться одним методом, а необходимо применять комплекс методических приемов.

### **Контрольные вопросы и задания для практического занятия**

1 Дайте определение патопсихологии и обоснуйте ее практическое значение.

2 Перечислите задачи патопсихологического исследования.

3 Обоснуйте существующий порядок патопсихологического исследования.

4 В чем состоит отличие экспериментально-психологического исследования в клинике от обычного психологического эксперимента?

5 Почему является важным обнаружить структуру не только измененных форм психической деятельности, но и оставшихся сохранными?

## **ТЕМА 5. НАРУШЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ И ИХ ДИАГНОСТИКА**

### **1 Нарушения сенсорно-перцептивной сферы и их диагностика**

Сенсорный образ содержит в себе информацию о месте действия раздражителя и об отдельных модальных свойствах действующего объекта. Перцептивный образ – информацию о локализации в пространстве воспроизводимого объекта, о его форме, величине и модальных характеристиках [14].

Ощущение – это самый простой психический процесс отражения отдельных свойств и качеств среды при непосредственном воздействии на специфические рецепторы органов чувств физических, химических, механических и других раздражителей.

Восприятие – это процесс отражения совокупности свойств и качеств, который зависит от цели жизнедеятельности и характеризуется активностью и мотивированностью.

Восприятие – это не просто сумма ощущений. При восприятии формируется целостный образ окружающей реальности, предметов и явлений на основе той информации, которые дают ощущения.

Возникновение расстройств ощущения и восприятия могут быть обусловлены заболеваниями сосудов, травмами, опухолями головного мозга, гипоксией, дегенеративными заболеваниями. При шизофрении и аффективных расстройствах нарушенными могут быть физиологические механизмы ощущений и восприятия.

При исследовании нарушений восприятия возможно определить ведущую причину, которая может быть как первичной (структурное или функциональное поражение коры головного мозга), так и вторичной (расстройство внимания, аффективной, мотивационной сфер). А если нарушены физиологические механизмы восприятия, это влияет на внимание, аффективную и мотивационную сферы.

Необходимо отметить, что не любое нарушение процесса ощущения и восприятия является признаком психического расстройства. Иногда нарушения могут возникнуть при временных функциональных нарушениях деятельности ЦНС, как например, при переутомлении.

Ученые выделяют зрительные, слуховые, осязательные (тактильные), обонятельные и вкусовые расстройства.

По уровню восприятия существуют следующие типы нарушений в сфере чувственного познания:

- на уровне ощущений;
- на уровне восприятия;
- на уровне представлений;
- изменение порога чувствительности;
- сенестопатии;
- психосенсорные расстройства;
- агнозии;
- иллюзии;
- галлюцинации [5; 10].

## **2 Нарушения внимания и их диагностика**

Внимание – психический познавательный процесс, представляющий сосредоточение сознания на определенном предмете, явлении или деятельности, которое является актуальным для личности в настоящий момент.

К основными параметрами нарушения внимания относятся:

- нарушения направленности (избирательности);
- нарушения концентрации (устойчивости) – отвлекаемость;
- нарушения интенсивности (непрерывность) – истощаемость;
- нарушения объема;
- нарушения распределения и переключаемости.

Рассеянность внимания — это нарушение способности длительно сохранять сосредоточенность сознания на необходимом для реализации цели предмет. Для произвольного движения или действия важно, чтобы восприятие ситуации было избирательным, направленным и достаточным по времени (устойчивым). Нарушение направленности связано с неспособностью выбрать наиболее адекватный для реализации цели предмет [29].

Истощаемость внимания – это прогрессирующее ослабление интенсивности внимания в процессе деятельности при первично высокой способности к концентрации. Это происходит, когда сначала внимание произ-

вольно направлено на значимый стимул, а позднее он перестает фокусироваться и отделяться от других посторонних стимулов, и человек начинает отвлекаться.

При сужении объема внимания происходит уменьшение количества информации, которую человек может запомнить или переработать за короткий промежуток времени. Например, когда преподаватель что-то объясняет студентам, то одни могут понять и запомнить один объем информации, а другие – значительно меньший.

При затрудненном переключении сознания с одного предмета или деятельности на другие проявляется тугоподвижность внимания.

При нарушении функции внимания может проявляться гиперактивность, несдержанность, неконтролируемость двигательных реакций в ответ на внешние стимулы.

Сочетание в поведении детей невнимательности, гиперактивности и импульсивности характеризуется как гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания (ГРДВ). Оно характеризуется ранним началом – обычно в первые пять лет жизни ребенка. Гиперактивность является специфическим признаком дефицита внимания. Просто невнимательность без проявления гиперактивности и импульсивности свидетельствует о других расстройствах поведения ребенка.

По мере взросления интенсивность проявления этого расстройства уменьшается, но может сохраняться в течение всей жизни [22; 29].

Методики изучения внимания [26]:

1 «Корректирующая проба».

Цель: исследование степени концентрации и устойчивости внимания.

2 «Таблицы Шульте».

Цель: определение устойчивости внимания и динамики работоспособности.

3 Методика Мюнстерберга.

Цель: исследование концентрации и избирательности внимания, а также помехоустойчивости.

### 3 Нарушения памяти и их диагностика

Память – это психический познавательный процесс, ответственный за запоминание, сохранение и воспроизведение информации. В этом же и состоит основная функция памяти.

Нарушения памяти относятся к наиболее часто встречающейся проблеме. Под кажущимися расстройствами мнестической функции могут прятаться различные нарушения психической деятельности, например, нарушения внимания мотивационной, волевой, эмоциональной сфер. Встречаются случаи, когда люди жалуются на нарушения памяти, а результаты психологического исследования такую проблему не подтверждают. Бывают противоположные случаи, когда результаты исследования говорят о нарушении функции внимания, а в деятельности эти нарушения не проявляются, и человек их не замечает.

При изучении нарушений памяти необходимо придерживаться деления памяти как психической функции на два типа: декларативную и процедурную память.

Декларативная (эксплицитная) память – это произвольная память на события и объекты. Произвольная память всегда включает цель и волевые усилия и локализуется в медиальных частях височных долей.

Процедурная (имплицитная) память – это вид памяти, отвечающий за действия и навыки, привычки, условные способы поведения, который может существовать без участия сознания и воли. Она локализуется в соответствующих сенсорных и моторных отделах мозга [29].

Исследования доказывают, что нарушения памяти практически всегда связаны с декларативной памятью.

В целом при нарушениях памяти речь идет о нарушениях сохранения, поиска и установления функциональных связей между различными кодами информации о событиях и объектах. Поскольку память тесно связана с речью, мышлением, восприятием, эмоциями и произвольными действиями, то ее нарушения бывают настолько характерными, что могут служить важнейшим диагностическим критерием в распознавании некоторых острых и хронических психических заболеваний. Специфические нарушения памяти могут свидетельствовать о наличии процессуального психического заболевания, о различных вариантах слабоумия (деменции) [10; 14].

Клинические типы нарушений памяти:

- 1 Дисмнезии.
- 2 Парамнезии.
- 3 Гипермнезии.
- 4 Гипомнезии.
- 5 Амнезии.
- 6 Псевдореминисценции.
- 7 Криптомнезии.
- 8 Эхомнезии.
- 9 Конфабуляции [22; 29].

Методики исследования памяти:

1 «Заучивание 10 слов» (методика предложена А. Р. Лурия).

Цель: оценка состояния памяти, утомляемости, активности внимания.

2 «Память на образы».

Цель: обследование образной памяти.

3 «Память на числа».

Цель: оценка кратковременной зрительной памяти, ее объема и точности.

## **6 Нарушения мышления и их диагностика**

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

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

результате человек делает неправильные выводы и прогнозы относительно ситуации, в которой находится [29].

При повреждениях височных областей мозга меняются процессы памяти. Это, в свою очередь, влияет на распознавание необходимых аспектов ситуации, дезорганизует восприятие раздражителей и не позволяет их категоризовать. Изменения на клеточном уровне искажают поступающую информацию (например, при шизофрении или болезни Альцгеймера), давая неверные сведения о реальности, из чего следуют неадекватные ситуации решения и поступки.

При психозах чаще всего наблюдаются нарушения форм мышления. При этом человек перестает соблюдать логические законы упорядочения информации, что приводит его к нереалистичным умозаключениям.

К формальным нарушениям мышления относятся бессвязность и разорванность мыслей (связь между мыслями сохраняется недолго, а потом под влиянием случайных факторов мышление начинает протекать в другом русле и на других основаниях), ассоциативность мыслительных процессов (ориентация мысли только на внешние признаки ситуации, внешнее сходство).

Травмы и токсические поражения, опухоли, воспалительные процессы лобных долей мозга, сильные эмоциональные перегрузки влияют на недостаточную регуляцию мышления.

В отечественной клинической психологии все нарушения мышления объединяют в три вида (Б. В. Зейгарник) [8; 10; 14]:

- 1) нарушения операционной стороны мышления;
- 2) нарушения динамики мышления;
- 3) нарушения личностного компонента мышления.

*Нарушения операционной стороны мышления [25]*

Это нарушения процессов обобщения и опосредования. Здесь выделяются два варианта: а) снижение уровня обобщения и б) искажение процесса обобщения.

Снижение уровня обобщения характеризуется тем, что в суждениях доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях, оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами.

При искажении процесса обобщения обобщаются внешние и случайные стороны явлений, а важные и существенные отношения не принимаются во внимание. Основной признак искажения – бессодержательные или



выхолощенные обобщения. Такие люди имеют искаженные представления о реальности, мало интересуются реальной обстановкой, пытаются к незначительным явлениям подходить с «теоретических» позиций. Речь носит вычурный характер.

*Нарушения динамики мышления [26]*

В данном нарушении можно наблюдать три разновидности.

А) нарушения темпа: ускорение и замедление мышления.

Ускорение – увеличение числа ассоциаций в единицу времени. Мысли характеризуются как поверхностные, малодоказательные, возникает скачка идей (постоянная смена темы разговора в зависимости от предметов, случайно попавших в поле зрения).

Замедление – уменьшение количества ассоциаций в единицу времени. Лабильность – редко встречающийся феномен, который заключается в быстрой смене темпа: сначала резкое ускорение, сменяющееся резким замедлением.

Б) нарушения подвижности мышления (тугоподвижность, ригидность, инертность).

В) детализация, обстоятельность, вязкость.

Детализация – постоянное вовлечение в мыслительный процесс второстепенных несущественных подробностей.

Обстоятельность – ярко выраженная детализация, сочетающаяся с систематическим застреванием на побочных ассоциациях при последующем возвращении к основной мысли (лабиринтное мышление).

Вязкость – крайняя степень обстоятельности, при которой детализация полностью искажает основную мысль, что становится непонятно, о чем пациент говорит. У него теряется способность удерживать центральную линию разговора, трудно вернуться к теме беседы.

*Нарушения личностного компонента (нарушения целенаправленности мышления) [10; 29]*

Этот вид нарушений связан со значимыми изменениями в мотивационной сфере личности. Влияние изменений мотивационной сферы также можно наблюдать в искажении процесса обобщения. Однако есть нарушения, в которых изменения личностного компонента мышления проявляются особенно ярко, что и заставило Б. В. Зейгарник выделить их в отдельную группу [8].

Признаками нарушения личностного компонента выступает не частота проявления какого-либо признака или свойства мышления, а роль, которую оно играет в жизни человека. У смысла есть две стороны: индивидуальный и общественный. В разных обстоятельствах доминирует то один, то другой, однако общественный смысл всегда оказывается доминирующим критерием, обеспечивающим однозначность продуктов мыслительной деятельности разных людей. Нарушение целенаправленности мыслительных процессов связано с приданием большей значимости индивидуальному смыслу в ущерб общественному.

К нему относят [26]:

- витиеватость – слишком пространные и излишние рассуждения.
- соскальзывание (непоследовательность мышления) – неожиданные эпизодические переходы от одного содержания к другому по случайной ассоциации или несущественному для конечной цели рассуждения признаку. После соскальзывания человек способен продолжить последовательность основного рассуждения. Здесь нет ускорения темпа мышления, мысль между соскальзываниями сохраняется.
- резонерство — пространные рассуждения по несущественному поводу. Основу резонерства составляют банальные нравоучения, морализированные истины, известные изречения. Речь сохраняет правильность, но многословна, изобилует причастными и деепричастными оборотами, вводными словами. Здесь происходит отрыв от контекста и ситуации общения, когда различные значения слова сопоставляются сами с собой, а выбора адекватного значения не происходит. Отрыв от реальности превращает мысли в «умственную жвачку» (И. Павлов).
- разноплановость – постоянная необоснованная смена оснований для построения ассоциаций. В результате мысль лишается основного стержня, иногда объединяются несочетаемые понятия. Суждения об одном и том же феномене одновременно протекают на разных уровнях.
- аморфность – нечеткое использование понятий (непонятно, о чем говорит больной).
- разорванность – отсутствие связей между отдельными умозаключениями.

Выделяют логическую и грамматическую разорванность. Логическая – нет логической связи между отдельными компонентами мысли. Грамматическая – набор отдельных, несвязанных слов (шизофазия), «словесная крошка».

С нарушениями личностного компонента мышления связан такой класс нарушений, как нарушения содержания мышления [25; 26].

Нарушения содержания мышления (формирование навязчивых, сверхценных и бредовых идей).

- навязчивые идеи (обсессивные мысли) – это непроизвольно возникающие мысли, содержание которых не несет адекватной информации или вступает в значительное противоречие с системой личных ценностей. Неадекватность содержания в этом случае понимается и критически оценивается человеком, но возникновение таких мыслей непроизвольно, от них невозможно освободиться, и человек испытывает эмоциональный дискомфорт от их наличия. Обсессивные мысли представляют собой идеи, образы или побуждения к действию, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному, и борьба с ними совершенно безуспешна. При этом они воспринимаются не как чуждые, навязанные, а как собственные мысли. Например, женщина может мучиться страхом, что она может случайно не устоять перед желанием убить любимого ребенка. Или мужчина страдает от непристойных, не соответствующих своим представлениям о собственной личности, навязчивых образов, желаний, представлений [10; 14].

Среди навязчивых мыслей выделяют навязчивые сомнения, навязчивые абстракции (манипулирование цифрами или «умственная жвачка» – изнуряющее мудрствование на отвлеченные темы), контрастные мысли (содержание которых противоречит мировоззрению или морально-этическим принципам личности) и навязчивые воспоминания. Важной частью обсессивных мыслей являются бесплодные рассуждения, не приводящие ни к какому конкретному решению. Навязчивые мысли возникают в результате воздействия психотравмирующих обстоятельств жизни (тогда содержание мыслей отражает эти обстоятельства), или же они возникают в случаях повреждения базального ганглия, поясной извилины и префронтальной коры (тогда содержание мыслей никак не связано с обстоятельствами жизни или же быстро от них отрывается).

- обсессия – состояние тревоги, страха по поводу возникновения мыслей определенного содержания (чаще всего непристойного, агрессивного

или бессмысленного). Вслед за возникновением навязчивых мыслей вскоре возникают навязчивые (компульсивные) действия, которые имеют характер ритуальной защиты и снимают душевный дискомфорт, возникающий при возникновении мыслей. Осуществление этих действий (ритуалов) не приносит человеку удовлетворения, и он сам понимает бессмысленность их совершения, однако не может их не совершать (поскольку они связаны с навязчивыми мыслями). Ритуальные действия придают человеку ощущение контроля над ситуацией, которая субъективно воспринимается как опасная. Действие же играет роль символической защиты от этой опасности. Осознание их бессмысленности приводит к нерешительности и медлительности [26].

У детей и подростков наиболее распространены навязчивые мысли, связанные с боязнью заражения, заболевания, причинения вреда себе или другим. Также навязчивости могут возникать в связи с сексуальной, религиозной озабоченностью, а также озабоченностью своим телом (внешний вид, функции и т. д.) [7].

В ряде случаев навязчивые мысли сочетаются с нарушениями аффективной сферы личности, приводя к возникновению тревожных расстройств. Навязчивые действия как раз и предпринимаются для ослабления тревоги и напряжения, вызываемых навязчивыми тревожными мыслями.

- сверхценные идеи – логически обоснованные убеждения, тесно связанные с мировоззрением личности, базирующиеся на реальных ситуациях и обладающие большим эмоциональным зарядом. Они приобретают неадекватное по степени значимости доминирующее положение в жизни человека, подчиняют себе всю его деятельность, что приводит к дезадаптации. Содержание сверхценных идей отражает мировоззрение личности, критика отсутствует или носит формальный характер. Сверхценные идеи побуждают человека действовать в соответствии с их содержанием. Так организованное мышление суживает круг интересов личности, приводит к избирательному восприятию реальности. Со временем сверхценные идеи могут утрачивать свою актуальность.

Сверхценные идеи содержательно могут быть связаны с переоценкой следующих факторов [26]:

- биологических свойств своей личности (дисморфофобические сверхценные идеи; убежденность в наличии биологического дефекта или недостатка; ипохондрические сверхценные идеи; преувеличение тяжести

своего заболевания; идеи сексуальной неполноценности; идеи физического самоусовершенствования),

– психологических свойств своей личности (идеи изобретательства, реформаторства и талантливости),

– социальных аспектов функционирования личности (идеи вины — преувеличение значимости реальных поступков; эротические идеи — обычные знаки внимания расцениваются как признаки страстной влюбленности других лиц; идеи ревности — убеждения в неверности партнера, основанные на реальных фактах, не имеющих характера достоверных доказательств; идеи сутяжничества или кверулянства — убежденность в необходимости борьбы с малозначимыми недостатками, возводимыми в ранг борьбы с социальной несправедливостью).

• бредовые идеи (бредовые расстройства мышления) — навязчивые, последовательно и энергично отстаиваемые ложные умозаключения, не соответствующие реальности (в их основе лежат нереальные события и факты, например, приписывание себе или другим мнимых, несуществующих качеств, поступков и т. д.), которые упорно поддерживаются личностью, несмотря на аргументы и доказательства обратного [10].

Однако если подобные умозаключения предписываются определенной культурой или субкультурой, к которой принадлежит человек, то они не должны характеризоваться как бредовые.

Большинство бредовых расстройств, по-видимому, не связаны с шизофренией, хотя при шизофрении нередко развивается бред в качестве компенсаторной реакции на искаженный процесс восприятия (вообще же при шизофрении расстройства психической деятельности изменяют чувство своей индивидуальности, неповторимости и целенаправленности). Самостоятельным бредовым расстройством является паранойя — наличие бреда ревности, бреда величия или бреда преследования.

#### *Методики изучения мышления*

##### 1 «Толкование пословиц».

Цель: исследование уровня, целенаправленности мышления, умения понимать и оперировать переносным смыслом текста, дифференцированность и целенаправленности суждений, степени их глубины, уровень развития речевых процессов.

##### 2 «Простые аналогии».

Цель: выявить характер логических связей и отношений между понятиями.

##### 3 «Сложные аналогии».

Цель: выявить насколько испытуемому доступно понимание сложных логических отношений и выделение абстрактных связей.

4 «Сравнение понятий».

Цель: исследование операций сравнения, анализа и синтеза в мышлении.

5 «Исключение лишнего» (предметный и словесный варианты).

Цель: исследование способности к обобщению и абстрагированию, умения выделять существенные признаки.

6 «Числовые ряды».

Цель: исследование логического аспекта математического мышления.

7 «Выделение существенных признаков».

Цель: исследование особенностей мышления, способности дифференциации существенных признаков предметов или явлений от несущественных, второстепенных. По характеру выявляемых признаков можно судить о преобладании того или иного стиля мышления – конкретного или абстрактного.

### **Контрольные вопросы и задания для практического занятия**

1 Перечислите причины нарушения сенсорно-перцептивной сферы.

2 Какими методами можно обнаружить нарушения сенсорно-перцептивной сферы?

3 Перечислите основные параметры нарушения функции внимания.

4 Изучите методики по диагностике внимания и проведите исследование.

5 Перечислите виды нарушения памяти.

6 Изучите методики по диагностике памяти и проведите исследование.

7 При каких заболеваниях наблюдаются нарушения мышления?

8 Что является основными признаками нарушения мышления?

9 Перечислите три вида нарушения мышления по Б. В. Зейгарник, акцентируя внимание на их содержание.

10 Изучите методики по диагностике мышления и проведите исследование.

## ТЕМА 6. ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА

### 1 Психологическая характеристика невроза

Неврозы относятся к так называемой малой психиатрии, которая изучает болезни вне психотического состояния. Эти болезни характеризуются не только малой интенсивностью, но и малой продолжительностью. Они подходят под определение «пограничные состояния» [22].

Пограничное состояние — общее название ряда различных слабых, стертых форм нервно-психических расстройств, находящихся вблизи условной границы между психическим здоровьем и выраженной патологией.

Круг таких расстройств очень широк. Выделяются пограничные состояния в узком смысле: это психогении без острых психотических расстройств (реактивные состояния, неврозы), психопатии, психические нарушения в экстремальных условиях деятельности. Пограничные состояния в широком, лечебно-практическом смысле — это медленно начинающиеся вялотекущие формы шизофрении, мягкие формы циркулярного психоза (циклотимия), психосоматические расстройства, хронический алкоголизм (без выраженной деградации личности) и т. д., когда больные не обнаруживают глубоких изменений психики.

В целом для пограничных состояний характерно наличие конкретных психосоциальных факторов, оказывающих доминирующее влияние на их формирование, и преходящее нарушение адаптивных возможностей и интегрированности личности.

В отличие от психопатии, при неврозах страдает лишь часть личности, сохраняется критическое отношение к болезни, определяющее воздействие принадлежит прижизненным средовым влияниям.

Понятие «невроз» было введено в медицину в 1776 г. Уильямом Калленом. В свое время это было прогрессивным, так как позволило выделить из ряда соматических заболеваний психосоматические расстройства и связать их с нарушением нервной деятельности [22].

Чаще используется понятие «неврозы клинические» (от греч. *neurōn* — нерв, *klinikē* — врачевание) — применяющееся для обозначения психологических нарушений, не связанных с отрывом личности от реальности и сопровождающихся поведением, расценивающимся как защита от тревоги.

Возможной причиной клинического невроза может стать так называемый невротический конфликт – нарушение значимых жизненных отношений человека, восходящее к детскому возрасту и активизирующееся в психотравмирующих ситуациях. При неврозах на первый план выступают расстройства эмоциональной сферы. Затруднения поиска выхода из переживаемого конфликта могут приводить к психической и физиологической дезадаптации личности, формированию невротических симптомов. Органические изменения головного мозга при неврозах чаще всего отсутствуют. Невроз может протекать в стертой форме или быть ярко выраженным, требовать медицинского вмешательства.

В настоящее время в понятие «невроз» вкладывается разное содержание. Различаются и представления о причинах возникновения неврозов.

Некоторые исследователи считают, что невротические феномены вызваны определенными патологическими механизмами чисто биологической природы (А. И. Струнов, Л. В. Кактурский).

С точки зрения бихевиористов, реально существуют лишь отдельные невротические симптомы как результат неправильного научения (Н. У. Еysench, J. Wolpe, S. Rachman) [22].

Экзистенциалисты (R. May) вообще не считают неврозы болезнью: «Невроз – это форма отчужденного существования больного» [11].

Приверженцы гуманистической психологии (С. Rogers) говорят, что «невроз – это неудовлетворенная потребность в самоактуализации» [11].

Основатель клинической психологии в нашей стране В. Н. Мясищев считает, что невроз имеет *психогенную природу* [23]. Психогении характеризуются следующими чертами:

1 Связь с личностью больного, психотравмой; неспособность больного самостоятельно адекватно разрешить психотравмирующую ситуацию.

2 Возникновение и течение невроза более или менее связано с патогенной ситуацией и переживаниями личности: наблюдается определенное соответствие между изменениями психотравмирующей ситуации и динамикой состояния больного.

3 Клинические проявления по содержанию связаны с психотравмирующей ситуацией и переживаниями личности, с основными наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя собой аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных ее переживаний.



4 Отмечается высокая эффективность психотерапии в сравнении с медикаментозным лечением.

Таким образом, невроз – психогенное нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате неразрешимого внутреннего конфликта между потребностями и возможностями их удовлетворения и проявляется в специфических клинических симптомах, в том числе соматических расстройствах, при отсутствии психотических явлений болезненно измененного сознания. Это обратимое пограничное психическое расстройство, обусловленное воздействием психотравмирующих факторов, протекающее с осознанием больным факта своей болезни, без нарушений отражения реального мира и проявляющееся в основном психогенно обусловленными эмоциональными и соматовегетативными расстройствами [16].

Для невроза, по Мясичеву, характерны следующие особенности:

- 1) обратимость патологических нарушений независимо от длительности;
- 2) психогенная природа;
- 3) специфичность клинических проявлений, состоящих в доминировании эмоционально-аффективных и сомато-вегетативных расстройств [23].

Следует дифференцировать понятия «психогения» и «невроз». Понятие психогении шире понятия неврозов; кроме неврозов оно включает в себя реактивные состояния, психогенные и ситуативные реакции.

По данным Б. Д. Петракова и Л. Б. Петраковой, уровни распространения и темпы «накопления» больных неврозами (и другими психогениями) в большинстве стран мира высоки и продолжают расти. Некоторые авторы, в том числе и известный психиатр Н. Nagner (1985), полагают, что нынешнее поколение страдает психическими заболеваниями не чаще, чем предыдущее, но некоторые исследователи считают, что количество неврозов увеличивается в связи с техническим развитием общества.

## **2 Классификации неврозов**

Существует множество классификационных делений неврозов. Это результат отсутствия единого взгляда на их этиологию и патогенез. В основе классификаций лежат разные признаки:

- ◆ **этиологический:** вина, фрустрация, агрессия и др.;

- ◆ информационный: недостаток или избыток информации;
- ◆ ситуационный и реактивный;
- ◆ конституционный и реактивный по генетическому фактору;
- ◆ по принципу убывания роли факторов среды и возрастания роли факторов личности;
- ◆ по признакам профессии – неврозы руководящих кадров, неврозы актеров и т.д.;
- ◆ по событиям в жизни общества – военный, окопный и т. д.

Выделяют основные формы: неврастению, истерию, невроз навязчивости, психастению.

В настоящее время большинство отечественных авторов выделяют три классические формы неврозов: неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний (Б. Д. Карвасарский, Ю. Я. Тупицын, Н. К. Липгарт, В. Ф. Матвеев и многие другие) [11; 13; 19; 22].

Рассмотрим основные формы неврозов.

**Неврастения** – буквально «слабость нервов» (греч. *asthenos* – «слабый»).

Это невроз, проявляющийся повышенной возбудимостью в сочетании с быстрой утомляемостью и истощаемостью. Возникает преимущественно при длительно действующих психотравматических факторах. Сопровождается физическим истощением. Симптоматика включает состояние раздражительной слабости, характерное сочетанием повышенной возбудимости, быстрой истощаемости и утомляемости; плохую переносимость сильных раздражителей; лабильность эмоций, неустойчивое настроение (чаще пониженное, подавленное); повышенная раздражительность, утомляемость, слезливость; иногда появление тревоги или страха, нетерпимость, расстройства сна, головные боли, сексуальные нарушения, разнообразные нарушения вегетативной нервной системы.

И. П. Павлов и А. Г. Иванов-Смоленский выделяют три стадии заболевания [26]:

1 В начальной стадии нарушено активное торможение, что проявляется преимущественно в виде раздражительности и возбудимости.

2 В промежуточной стадии имеет место лабильность возбудительных процессов с преобладанием раздражительной слабости.

3 В заключительной стадии развивается охранительное торможение, преобладает истощаемость, слабость, вялость, апатия, повышенная сонливость, пониженное настроение.

А. Кемпински говорит, что появившаяся слабость носит характер постоянного чувства усталости. Больной чувствует себя как после тяжелой физической работы или после тяжелого заболевания, жалуется на мышечные боли, особенно в поясничной области (повышенное напряжение этих мышц), на сердцебиения, боли в животе [13; 22].

Головные боли проявляются в виде сжимающего обруча (неврастенический шлем), ощущается чувство давления внутри головы, сумбур в голове. Отмечаются трудности концентрации внимания и запоминания – эти нарушения являются проявлением психической усталости. С утра характерно чувство усталости, к вечеру – оживление. Больные плохо засыпают, видят кошмарные, поверхностные сны. Испытывают раздражительность по любому поводу, злобу, чувство истощенности, проявления гнева. Для неврастения характерны спешка и скука. Больной хочет «оказаться в другом мире», оставить в прошлом действительность, бежать от нее или разрушить. Неврастеник борется с актуальным временем, с актуальной ситуацией.

**Истерия** – от греч. *hystera* – «матка». Во времена Платона считали, что эта болезнь связана с хождением матки по телу женщины. Значительно чаще истерия встречается у женщин. Бабинский называл истерию «великой симулянткой», так как при истерии проявляются симптомы, характерные для разных заболеваний: головная боль сильнее, чем при опухолях мозга, сердцебиения, эмоциональная возбудимость, характерные для сердечной недостаточности, припадки (истерическая дуга), напоминающие эпилепсию [22].

В основе заболевания лежат психогении – факторы эмоционального характера (эмоциональное состояние больного, его травмы, конфликты).

Симптомы истерии проявляются в двигательных, сенсорных и психических нарушениях.

Двигательные симптомы – гиперкинезы (размашистые движения различного рода: писчий спазм, особенно у учителей, вздрагивания, истерическая дрожь, тики, навязчивые движения); функциональные параличи.

Сенсорные симптомы – снижение данной функции перцепции (отсутствии болевой реакции, истерическая слепота и глухота) или ее повышение

(гиперстезии, непроходящая боль, зрительная или слуховая гиперчувствительность). Возможно отсутствие осязания, перчаточная или чулочная гиперчувствительность, спастическое зажмуривание век, глухота, потеря вкуса, головная боль, потеря голоса.

Психические симптомы – состояние огромного возбуждения или апатии, отличная память (гипермнезия) или ее утрата (амнезия). Наблюдаются экстазы, иступленность, припадки, ступор, сумеречное состояние (неудержимое стремление к бегству, перевоплощение в животное и т.д.).

Следует отличать истерический невроз от истерической психопатии. Истерические черты характера проявляются с детства и часто усугубляются вследствие неправильного воспитания, при этом проявляются в разных ситуациях, не имея четкой связи с психотравмой [11; 22; 23].

**Невроз навязчивых состояний** – ананкастический невроз (ananke – «необходимость», «фатум»). Особенностью невроза навязчивых состояний является принуждение. Чем большее оказывается сопротивление этому принуждению, тем сильнее проявляются симптомы. Волевое усилие или остается без ответа, или усиливает симптоматику (например, беспокойство, закрыл ли двери, «застревает» в голове). У больного наблюдается стремление к порядку. Нарушение порядка, ритуалов вызывает беспокойство, а ритуал защищает от страха, снижает тревогу. Отмечается тенденция к выполнению общественных норм – в противном случае возникает чувство вины. Для снижения страха больной использует талисманы, магические заклятия и т. д.

При неврозе навязчивых состояний отмечаются навязчивые мысли, действия, страхи (фобии).

Навязчивые мысли могут не носить эмоциональной окраски (пересчитывание чисел, повторение услышанного). Например, у матери – мысль убить ребенка, у верующего – богохульство. Навязчивые мысли могут носить экзистенциальный характер: хорошо ли я сделал, правильно ли провел консультацию, кто я, зачем я живу? Возможны дереализация (чувство измененности, нереальности окружающего) и деперсонализация (нарушение самосознания, чувство изменения своего «Я») [14; 22].

Навязчивые действия – стереотипные движения вопреки воле и разуму. Например, мытье рук, ритуалы одевания и раздевания, определенное количество повторений действий и т. д. Цель навязчивого действия – устранение зла. Больные понимают, что действия выглядят нелепо, смешно,

но отказаться от их выполнения не могут (стремление обойти уличный фонарь с определенной стороны, встряхивание головой, ногой).

Навязчивые страхи (фобии):

- клаустрофобия – боязнь закрытых пространств;
- агорафобия – страх перед открытыми пространствами;
- эрейтофобия – страх покраснеть в присутствии посторонних.

Возможен страх перед биологической или психологической смертью, перед загрязнением, заражением, страх острых предметов и др. [22].

Также необходимо обратить внимание на понятие «преневротическое состояние» как на стадию перехода от состояния психического здоровья к психическому расстройству. Речь идет об отдельных обычно кратковременных невротических реакциях, свидетельствующих о своего рода готовности заболевающей неврозом личности. При малой дифференцированности клинических проявлений просматривается четкая связь ухудшения состояния с патогенной ситуацией.

В клинической картине преневротического состояния наблюдается меньшая степень ограничения социальных контактов и «ухода в болезнь», сравнительно малая выраженность патохарактерологических особенностей пациента, имеют место нестойкие страхи, истеричность, истощаемость, утомляемость, низкая работоспособность, обидчивость, ранимость, плаксивость и т. п. Утомление в этих случаях не исчезает после отдыха; развиваясь к вечеру, оно сохраняется еще и утром. Наблюдается повышенная сонливость; сон при этом тяжелый, глубокий, продолжительный (сутки и более). Головные боли испытываются уже с утра, они рассеиваются с началом работы и возвращаются после полудня. Состояние пациентов в этой стадии нестойко, симптомы выражены нерезко, они ослабевают после нескольких дней отдыха. Полное выздоровление наступает после 2–3-недельного отдыха. Если силой обстоятельств пациент вынужден продолжать работу в состоянии утомления, утомляемость нарастает, кумулируется, болезнь переходит в стадию выраженного невроза: повышенная сонливость сменяется бессонницей, меняется характер головных болей и т. п.

Ухудшение или улучшение обстоятельств сразу же сказывается на состоянии пациентов; разрешение конфликта ведет к немедленному выздоровлению. В анамнезе взрослых невротиков эти расстройства отмечаются в 84% наблюдений, в случаях медленного развития неврозов длительность преневротической стадии может исчисляться годами. Это обстоятельство

очень важно в психопрофилактическом отношении, т. к. соответствующие и своевременные лечебные (в том числе психотерапевтические) мероприятия могут предотвратить развитие невроза как болезни.

При выявлении преневротических расстройств в период их становления необходимо проведение дифференциального диагноза с предболезненными психическими расстройствами как с предстадией в развитии психозов.

### 3 Основные невротические синдромы

#### Астенический синдром

Астения – состояние нервно-психической слабости – входит в клиническую картину различных нервно-психических и соматических симптомокомплексов и нозологических форм. В легкой степени встречается и у здоровых в состоянии переутомления.

Астенический синдром – один из самых частых в клинике неврозов (34 %). Признаки шкалы, в наибольшей степени характеризующие астению при неврозах, расположенные с учетом их диагностической ценности: *когда я просыпаюсь, то не чувствую себя свежим и отдохнувшим; я испытываю общую слабость; я чувствую себя усталым; мне трудно сосредоточиться на каком-либо вопросе или задаче; меня утомляют люди; мои планы представляются мне настолько трудновыполнимыми, что я легко отказываюсь от них; мои глаза устают при длительном чтении; я забывчив; мой слух так чувствителен, что это раздражает меня.*

Для астенического синдрома при неврозах наиболее типична **триада** следующих болезненных нарушений: собственно астения, вегетативные проявления и расстройства сна [11; 13; 19].

#### Обсессивный синдром («навязчивые состояния»)

Навязчивые явления могут встречаться не только при различных нервно-психических заболеваниях, но и у здоровых людей в момент усталости, при боязливости, неуверенности. П. Б. Ганнушкин механизм образования навязчивых состояний считал близко стоящим к механизму образования привычек.

Определение феномена навязчивости – это внезапное появление мысли, представления и других явлений, не связанных в данный момент с

содержанием сознания и поэтому воспринимаемых как чуждые, эмоционально неприятные, однако с пониманием того, что все это его собственное, а не навязанное извне. Феномен навязчивости разыгрывается на фоне ясного сознания, хотя затем во время тяжелых приступов навязчивости может быть аффективно сужено. Ясность сознания, с одной стороны, и «чуждость» навязчивых явлений его содержанию с эмоциональной оценкой их – с другой, порождают критическое отношение к ним и побуждают больного бороться с этими болезненными явлениями, что и отличает их от бреда.

Обсессии при неврозах сопровождаются тягостным аффективным состоянием, определяющимся бессилием перед ними. Нередко больные не отдают себе отчета в том, от чего им тяжелее: от навязчивых мыслей или от переживаний своей беспомощности в момент их преодоления.

Навязчивые состояния подразделяют также на навязчивости в интеллектуальной (обсессии), эмоциональной (фобии) и в моторной (импульсии) сферах. Имеются веские основания считать такое разделение условным, так как в каждом навязчивом явлении в той или иной степени содержатся и навязчивые мысли, и страхи, и движения, тесно взаимосвязанные. Примером этому могут служить больные, страдающие тяжелыми неврозами навязчивых состояний, у которых нередко развиваются защитные действия разнообразного характера в виде так называемых ритуалов.

У больных с различными формами неврозов могут встречаться самые разнообразные навязчивые симптомы. Для больных неврастенией характерными являются навязчивые мысли ипохондрического содержания, фиксации которых могут способствовать различные неприятные соматические ощущения. В навязчивом симптомокомплексе при истерии больше демонстративности, ухода от трудностей, «бегства в болезнь», чем собственно переживаний навязчивостей. Отмечается эмоциональная насыщенность этих состояний. К истерическим относят только те навязчивости, в основе которых лежит механизм «условной приятности или желательности болезненного симптома». Навязчивые мысли при истерии встречаются значительно реже. Иногда у больных истерией наблюдаются навязчивые представления, достигающие ярких зрительных и слуховых галлюцинаций [11; 13; 19].

Навязчивые двигательные ритуалы чаще имеют место у больных неврозом навязчивых состояний и истерией, реже при неврастении.

## **Фобический синдром**

Частота фобий при неврозах колеблется в пределах 15–44 %. Вместе с тем большинством авторов при определении невротических фобий чаще всего подчеркиваются следующие их особенности.

Невротические фобии представляют собой навязчивые переживания страха с четкой фабулой, обостряющиеся в определенных ситуациях при наличии достаточной критики. Другой особенностью этих состояний является их яркий, образный, чувственный характер. Обычно они переносятся чрезвычайно мучительно из-за двойственного отношения к ним – продолжающегося переживания страха при понимании его необоснованности. Существенным признаком невротических фобий является выраженная борьба с ними.

Из всего многообразия навязчивых страхов при неврозах чаще всего встречаются следующие их виды: кардиофобия – за состояние своего сердца, канцерофобия – заболевания раком, лассофобия – сумасшествия, агорафобия – навязчивая боязнь открытых пространств (площадей, широких улиц и др.), клаустрофобия – закрытых помещений, гипсофобия – высоты, эрептофобия – страх покраснения.

При фобиях эти эмоциональные нарушения проявляются сильным аффектом с переживанием чувства смутной или витальной угрозы благополучию с частыми и значительно выраженными вегетативными симптомами.

Первое появление страхов обычно относится к детскому возрасту. В этот период страхи чаще неопределенны и носят малодифференцированный характер.

Невротические фобии встречаются при различных формах неврозов. При истерии наблюдалось 14 видов фобий, при неврозе навязчивых состояний – 13 и при неврастении – 4 вида.

Основные особенности невротических фобий наиболее полно и рельефно выступают при неврозе навязчивых состояний. При этой форме фобии устойчивы во времени и однообразны по фабуле. Наблюдается некоторое снижение общего фона настроения.

Фобии при истерии встречаются сравнительно реже, чем при неврозе навязчивых состояний. Чаще наблюдаются разного рода фиксированные страхи, развившиеся под воздействием острых неприятных впечатлений. Навязчивые страхи при истерии отличаются нестойкостью, зависимостью



от малейших изменений окружающей ситуации, изменчивостью, демонстративностью с подчеркиванием тяжести и необычности своего страдания, постоянным стремлением обвинить близких и окружающих при каждом ухудшении.

Фобии в рамках неврастении встречаются нечасто. На фоне ведущего неврастенического симптомокомплекса навязчивые страхи выступают только как дополнительный сопутствующий симптом. Не отличаясь стойкостью, яркостью и выразительностью, как при неврозе навязчивых состояний, они имеют тенденцию к последующей ипохондризации [11; 13; 19].

### **Ипохондрический синдром**

Ипохондрия – неадекватное отношение к своему здоровью – в той или иной степени выраженности наблюдается при всех невротических состояниях. При каждом неврозе существует меньший или больший ипохондрический компонент.

Ипохондрия выражается чрезмерным страхом за свое здоровье, сосредоточением внимания на представлениях, относящихся к собственному здоровью, склонностью приписывать себе болезни, которых нет.

В структуре ипохондрического синдрома при неврозах можно выделить несколько обязательных компонентов: неприятные или болезненные ощущения, эмоционально-эффективные нарушения и своеобразные расстройства мышления.

При чистых неврозах источником привлекающих внимание ощущений являются, как правило, физиологические изменения соматических функций, обусловленные такими нормальными актами, как еда, сон, физическая нагрузка, а также эмоциональным напряжением. Они в сочетании с тревожной мнительностью, воспитанной чрезмерной заботой о своем здоровье; тенденцией к постоянному контролю за деятельностью внутренних органов создают основу для формирования невротической ипохондрии. Клиенты предъявляют упорные полиморфные жалобы на необычные болезненные ощущения в различных частях тела.

В структуру невротической ипохондрии всегда включаются некоторое снижение настроения, разной степени выраженности состояния тревоги и страха, а также фиксированные, доминирующие, навязчивые и в редких случаях сверхценные идеи [22].

Как при неврастении, так и истерии ипохондрические проявления наблюдаются чаще всего в структуре астено-ипохондрического, астено-де-

прессивного синдромов, реже в виде фобий с ипохондрическим содержанием (чаще кардио- и канцерофобий). Для больных неврастенией весьма типична гиперестезия и гиперпатичность в отношении внутренних органов с тревожнонаправленным на них вниманием, с нарушенным общим самочувствием, дисфорическим фоном настроения и чрезмерной заботой о своем здоровье.

У больных с неврозом навязчивых состояний ипохондрические расстройства проявляются прежде всего в форме более стойких ипохондрических фобий. В случаях, когда невроз навязчивости возникает у больных с психастеническими тревожно-мнительными чертами характера, ипохондрическая симптоматика представлена особенно выразительно, поскольку психастенический склад личности является основным «поставщиком» ипохондрии.

Для больных неврозами с ипохондрическим синдромом в целом характерны активная борьба личности с болезнью, четкое выделение и словесное обозначение больными своих симптомов [11; 13; 19].

### **Синдром невротической депрессии**

Синдром невротической депрессии всегда возникает психогенно и в своих симптомах отражает психотравмирующую ситуацию. Основным компонентом его является сниженный фон настроения, не достигающий до степени тоски. Сниженное настроение обычно сочетается с выраженной эмоциональной лабильностью, нередко с астенией, легкой тревогой, ухудшением аппетита и бессонницей. Пессимистическое отношение клиента ограничено лишь зоной конфликтной ситуации. Он понимает связь своего состояния с переживаемыми психотравмирующими моментами, имеется выраженный компонент борьбы с болезнью, стремление к изменению психотравмирующей ситуации. Суточные колебания настроения отсутствуют, хотя иногда к вечеру под влиянием утомления ухудшается и настроение. Нет психической и моторной заторможенности, идей самообвинения, суицидальных тенденций. Симптомы невротической депрессии не столь стойки, такие сопутствующие соматические нарушения, как снижение аппетита и нарушение сна, слабее, более динамичны и легче поддаются лечению, чем при эндогенной депрессии.

Описанные проявления невротической депрессии встречаются при различных формах неврозов и часто сочетаются с другими невротическими симптомами.

В проявлениях невротической депрессии в рамках истерического невроза более отчетливо могут выступать элементы демонстративности, позы, игры и другие особенности яркой внешней экспрессии, характерные для истерической личности.

Для невротической депрессии характерны:

- 1) сохранность основных качеств личности;
- 2) психогенное, психологически понятное возникновение и течение;
- 3) нозогнозия;
- 4) амбивалентное отношение к суицидальным мыслям;
- 5) наличие в динамике развития клинической картины фобий, obsessивных и иногда выраженных истерических расстройств [11; 13; 19].

### **Вопросы и задания для практических занятий**

- 1 Почему неврозы относят к психогенным расстройствам?
- 2 Что является причинами формирования неврозов с точки зрения разных авторов? Какой точки зрения придерживаетесь вы?
- 3 Как вы определяете понятие «невроз»?
- 4 Каковы классификации неврозов?
- 5 Опишите основное содержание основных форм неврозов.
- 6 В чем суть понятия «невротический синдром»?
- 7 Опишите основные признаки невротических синдромов.
- 8 Проведите диагностику невротических черт личности (НЛЧ).

## ТЕМА 7. НАРУШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

### 1 Акцентуации характера

Б. Г. Ананьев дает следующее определение черты характера: «Чертой характера является или становится лишь существенное отношение к обстоятельствам жизни и к собственным действиям. Принципиальность, жизнерадостность, честность, требовательность, строгость, чуткость, общительность и другие черты характера представляют собой определенные, укоренившиеся в личности отношения к окружающей действительности, обществу, труду, другим людям, самому себе» [18].

Термин «акцентуация» в 1968 году ввёл немецкий психиатр Карл Леонгард, который описывал акцентуации как чрезмерно усиленные индивидуальные черты личности, обладающие тенденцией к переходу в патологическое состояние в неблагоприятных условиях.

К акцентуациям характера (от лат. *accentus* – ударение), по мнению А. Е. Личко, относят «крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей, даже повышенной устойчивости к другим» [6].

В 1977 году А. Е. Личко на основе работ Леонгарда и классификации психопатий П. Б. Ганнушкина развил концепцию и начал использовать словосочетание «акцентуация характера».

По степени выраженности Личко выделяет явные и скрытые акцентуации. Явная акцентуация – крайний вариант нормы. Черты характера при этой акцентуации достаточно выражены в течение всей жизни, не наступает декомпенсации при отсутствии психотравм. Скрытая акцентуация – обычный вариант нормы. Черты характера этого типа проявляются в основном при психотравмах, но не отмечается хронической дезадаптации [22].

Понятие «акцентуация» близко к понятию «расстройство личности». Основным отличием является то, что три основные характеристики расстройства личности никогда не присутствуют в акцентуации одновременно:

1 Акцентуированный человек может специфически реагировать на специфические психогенные воздействия, но только на них, в то время как

человек с расстройством личности на любые психогенные воздействия реагирует в соответствии с особенностями своего расстройства (влияние на все сферы жизни).

2 Акцентуации могут наиболее ярко проявляться только в течение определённого периода жизни человека (например, подросткового периода) и обычно сглаживаются со временем, в то время как для расстройств личности характерно появление на ранних периодах жизни и стабильность или усиление проявлений в течение жизни (стабильность во времени).

3 Акцентуации могут не приводить к социальной дезадаптации вообще или приводить к ней лишь на непродолжительное время, в то же время расстройства личности мешают такой адаптации постоянно (социальная дезадаптация).

А. Е. Личко выделяет следующие типы акцентуаций [20].

*Гипертимный* (сверхактивный) тип акцентуации выражается в постоянном повышенном настроении и жизненном тонусе, неудержимой активности и жажде общения, в тенденции разбрасываться и не доводить начатое до конца. Люди с гипертимной акцентуацией характера не переносят однообразной обстановки, монотонного труда, одиночества и ограниченности контактов, безделья. Тем не менее их отличает энергичность, активная жизненная позиция, коммуникабельность, а хорошее настроение мало зависит от обстановки. Легко меняют свои увлечения, любят риск.

При циклоидном типе акцентуации характера наблюдается наличие двух фаз – гипертимности и субдепрессии. Они не выражаются резко, обычно кратковременны (1–2 недели) и могут перемежаться длительными перерывами. Человек с циклоидной акцентуацией переживает циклические изменения настроения, когда подавленность сменяется повышенным настроением. При спаде настроения такие люди проявляют повышенную чувствительность к укорам, плохо переносят публичные унижения. Однако они инициативны, жизнерадостны и общительны. Их увлечения носят неустойчивый характер, в период спада проявляется склонность забрасывать дела. В повышенной, гипертимной фазе такие люди крайне похожи на гипертимов.

*Лабильный* тип акцентуации подразумевает крайне выраженную переменчивость настроения. Такие люди имеют богатую чувственную сферу, они весьма чувствительны к знакам внимания. Слабая сторона их проявляется при эмоциональном отвержении со стороны близких людей, утрате

близких и разлуке с теми, к кому они привязаны. Такие индивиды демонстрируют общительность, добродушие, искреннюю привязанность и социальную отзывчивость. Интересуются общением, тянутся к своим сверстникам, довольствуются ролью опекаемого.

*Астено-невротический* тип характеризуется повышенной утомляемостью и раздражительностью. Они склонны к ипохондрии, у них высокая утомляемость при соревновательной деятельности. У них могут наблюдаться внезапные аффективные вспышки по ничтожному поводу, эмоциональный срыв в случае осознания невыполнимости намеченных планов. Они аккуратны и дисциплинированы.

Люди с *сенситивным* типом акцентуации весьма впечатлительны, характеризуются чувством собственной неполноценности, робостью, застенчивостью. Зачастую в подростковом возрасте становятся объектами насмешек. Они легко способны проявлять доброту, спокойствие и взаимопомощь. Их интересы лежат в интеллектуально-эстетической сфере, им важно социальное признание.

*Психастенический* тип определяет склонность к самоанализу и рефлексии, часто колеблются при принятии решений и не переносят высоких требований и груза ответственности за себя и других. Такие субъекты демонстрируют аккуратность и рассудительность, характерной чертой для них является самокритичность и надёжность. У них обычно ровное настроение без резких перемен.

*Шизоидная* акцентуация характеризуется *замкнутостью* индивида, его отгороженностью от других людей. Им недостаёт *интуиции* и умения сопереживать. Они тяжело устанавливают эмоциональные контакты. Имеют стабильные и постоянные интересы. Весьма немногословны. Внутренний мир почти всегда закрыт для других и заполнен увлечениями и *фантазиями*, которые предназначены только для услаждения самого себя. Увлечения отличаются силой, постоянством и нередко необычностью, изысканностью. Могут проявлять склонность к употреблению алкоголя, что никогда не сопровождается ощущением *эйфории*.

*Эпилептоидный* тип акцентуации характеризуется возбудимостью, напряжённостью и авторитарностью, склонен к периодам злобно-тоскливого настроения, раздражения с аффективными взрывами, поиску объектов для снятия злости. Мелочная аккуратность, скрупулёзность, дотошное со-

блюдение всех правил, даже в ущерб делу, допекающий окружающих педантизм обычно рассматриваются как компенсация собственной инертности. Они не переносят неподчинения себе и материальные потери. Впрочем, они тщательны, внимательны к своему здоровью и пунктуальны. Стремятся к доминированию над сверстниками. В интимно-личностной сфере у них ярко выражается ревность. Часты случаи алкогольного опьянения с выплёскиванием гнева и агрессии.

У людей с *истероидным* типом ярко выражен эгоцентризм и жажда быть в центре внимания. Они слабо переносят удары по эгоцентризму, испытывают боязнь разоблачения и боязнь быть осмеянными, а также склонны к демонстративному суициду. Для них характерны упорство, инициативность, коммуникативность и активная позиция; выбирают наиболее популярные увлечения, которые легко меняют на ходу.

*Неустойчивый* тип акцентуации характера определяет лень, нежелание вести трудовую или учебную деятельность. Данные люди имеют ярко выраженную тягу к развлечениям, праздному времяпрепровождению, безделью. Их идеал — остаться без контроля со стороны и быть предоставленными самим себе. Они общительны, открыты, услужливы. Очень много говорят. Секс для них выступает источником развлечения, сексуальная жизнь начинается рано, чувство любви им зачастую незнакомо. Склонны к потреблению алкоголя и наркотиков.

*Конформный* тип характеризуется подчинением окружению, такие люди стремятся «думать, как все». Они не переносят крутых перемен, ломки жизненного стереотипа, лишения привычного окружения. Их восприятие крайне ригидно и сильно ограничено их ожиданиями. Люди с данным типом акцентуации дружелюбны, дисциплинированы и неконфликтны. Их увлечения и сексуальная жизнь определяются социальным окружением. Вредные привычки зависят от отношения к ним в ближайшем социальном круге, на который они ориентируются при формировании своих ценностей.

## 2 Психопатии

Если акцентуация характера является крайним вариантом нормы, то психопатия – это патология характера. П. Б. Ганнушкин отмечает, что «психопатии – это аномалии характера, которые определяют весь психический

облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток, в течение жизни не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям и мешают приспособиться к окружающей среде» [20].

Чтобы более всесторонне определить психопатии, можно рассмотреть несколько определений этого понятия. По выражению Балля, «психопатические личности – постоянные обитатели области, пограничной между душевным здоровьем и душевными болезнями, как неудачные биологические вариации, как чрезмерно далеко зашедшие в сторону от определенного среднего уровня или нормального типа» [21].

С точки зрения Шнейдер, «психопатические личности – это такие ненормальные личности, от ненормальности которых страдают или они сами, или общество» [27].

Э. Крепелин о психопатических личностях говорит как об инфантильных (парциальный, неравномерный инфантилизм; чаще проявляется в области воли и чувств): «Впечатление чего-то недоразвитого, детского, например, повышенная внушаемость, склонность к преувеличению, чрезмерная фантазия у истериков, слабая воля у неустойчивых...» [27].

Патология характера (психопатия) всегда характеризуется тремя признаками (критерии Ганнушкина – Кебрикова) [6]:

- 1) тотальностью;
- 2) стабильностью;
- 3) дезадаптацией.

Отсутствие хотя бы одного критерия исключает психопатию.

Существует несколько классификаций психопатий по различным признакам. Психопатии можно классифицировать по степени тяжести: тяжелая, выраженная, умеренная.

Можно разделять психопатии по причине возникновения [22].

*Конституциональные* (или истинные). В ее возникновении решающий фактор принадлежит наследственности. К ним чаще относятся такие типы психопатий: циклоидная, шизоидная, психастеническая, эпилептоидная.

*Приобретенные* (психопатическое, или патохарактерологическое развитие). При психопатическом развитии главное – неправильное воспитание, негативное влияние среды. В данном случае выявляются возбуждаемое, истероидное, неустойчивая психопатия.



*Органические.* Развиваются вследствие действия на мозг пренатальных, натальных и ранних постнатальных (первые 2–3 года) патологических факторов (интоксикации, инфекции, черепно-мозговые травмы и т. д.). После органического поражения головного мозга чаще отмечаются возбудимая и неустойчивая психопатия [22].

Ф. Шольц описывает патологию детских характеров, формирование акцентуаций характера и психопатий в соответствии с разными типами воспитания, наследственности. Он использует простые названия для разных типов характера, как то: капризный ребенок, спесивый, боязливый (ненормальности в области чувств и ощущений), ветреный ребенок, любопытный и скрытный (ненормальности в области чувств и впечатлений), беспокойный, жадный, склонный к разрушению (ненормальности в области воли и действий). Предлагает методы коррекции, воспитания для детей с разными типами характера [22].

К типичным проявлениям психопатии относят неумение управлять эмоциями (вспыльчивость, неоправданный оптимизм или пессимизм, подозрительность), слабость воли и расторможенность влечений (леность, нетерпеливость, склонность к употреблению алкоголя и наркотиков, гиперсексуальность, подверженность асоциальному влиянию), опасные и нецелесообразные поступки (агрессия, уход из дома, бессмысленное воровство, насилие или чрезвычайная замкнутость, отказ от контактов с людьми), неверную самооценку.

Описанные свойства личности развиваются в детстве и стойко сохраняются в течение всей жизни без существенных изменений. От психических заболеваний отличается отсутствием выраженной положительной или отрицательной динамики. Психопатию считают фактором, предрасполагающим ко многим психическим заболеваниям (неврозы, алкоголизм, наркомании, депрессия и пр.), суициду и уголовным преступлениям.

Обычно выделяют паранойяльную (склонность к сверхценным идеям), шизоидную (замкнутость), истерическую (демонстративность), неустойчивую (безволие), возбудимую (вспыльчивость), психастению (тревожность и педантизм), астеническую (утомляемость и зависимость). Причинами формирования психопатии считают наследуемые и приобретенные в раннем детстве особенности конституции, а также влияние микросоциального окружения и неправильное воспитание (гипер- и гипоопека).

Для диагностики акцентуаций характера и психопатий используются следующие методики: ПДО (патохарактерологический диагностический опросник), метод идентификации Эйдемиллера, методика Леонгарда — Шмишека, ММРІ.

### **Вопросы и задания для практических занятий**

- 1 Опишите понятие «акцентуация характера».
- 2 Выделите основные отличия акцентуаций от расстройства личности.
- 3 Опишите и сравните акцентуации характера по А. Е. Личко.
- 4 Сравните определения понятия «психопатия».
- 5 Опишите классификации психопатий, выделите признаки.
- 6 Проведите диагностику психопатий и акцентуаций характера.

## ТЕМА 8. НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

### 1 Классификация эмоциональных расстройств

Понятие «эмоции» может употребляться в разных значениях.

Поэтому в последние годы предпочитают пользоваться узким понятием эмоций, которое делит их на компоненты субъективного переживания:

- а) аффективные компоненты (эмоциональные переживания в узком смысле);
- б) когнитивные компоненты (например, беспокойность своим состоянием при тревоге);
- в) телесно-перцептивные компоненты (восприятие физиологических изменений и экспрессивная моторика).

Первичные эмоции обычно дифференцируют, соотнося их со специфическими способами экспрессивного поведения (радостью, печалью, тревогой, гневом, отвращением, стыдом, удивлением). Другие эмоции воспринимаются как смешение или как когнитивная дифференциация первичных эмоций (например, гордость как радость, содержащая когнитивные элементы внутренней каузальной атрибуции позитивного события).

Традиционно выделяют 4 группы эмоциональных расстройств по содержанию:

- 1) симптомы сниженного настроения (гипотимия, тоска, дистимия, дисфория, тревога);
- 2) симптомы повышенного настроения (гипертимия, эйфория, мория (дурашливость, радостный идиот), мания);
- 3) симптомы неустойчивой эмоциональной сферы (эмоциональная неустойчивость, эмоциональная лабильность, слабодушие (недержание эмоций));
- 4) качественное искажение эмоций (эмоциональное оскудение, эмоциональная тупость, апатия, психологическая анестезия).

Урс Бауманн, Майнрад Перре предлагают следующую классификацию эмоциональных расстройств [25]:

- а) эмоциональные расстройства как таковые (например, избыток депрессивных эмоций – печаль, тревога и гнев);

б) эмоциональные расстройства как компоненты сложных клинических синдромов (например, глубокая печаль как компонент депрессии);

в) расстройства, зависящие от эмоционального состояния, в других психических сферах (например, падение работоспособности или сообразительности как следствие хронического страха перед экзаменом).

Эмоциональные расстройства характеризуются тем, что содержание, частота возникновения, интенсивность или продолжительность определенных эмоций с общественной, клинической или субъективной точек зрения являются неадекватными (например, чрезмерно частая, интенсивная и продолжительная печаль, относящаяся к мнимым негативным признакам собственной личности и жизненной ситуации и субъективно переживаемая как отклонение от нормы).

Эмоциональные расстройства классифицируются также по следующим параметрам, описывающим эмоции (Larsen & Diener, 1987; Pekrun, 1988; Ulich & Mayring, 1992) [15].

*А. Содержание.* С этой точки зрения среди содержаний переживания можно выделить отдельные эмоции (например, «первичные эмоции»: радость, печаль, тревога и т. п.). Кроме того, среди многообразия эмоций – особенно первичных – можно провести различия между когнитивно неспецифическими, не связанными с определенными обстоятельствами эмоциями, с одной стороны, и когнитивно специфическими, направленными на определенные обстоятельства эмоциями, с другой стороны. Примером этого может послужить различие неспецифической панической атаки, с одной стороны, и тревоги, вызванной специфическим обстоятельством («фобия»), с другой.

*Б. Частота возникновения, интенсивность и устойчивость.* Эмоции могут возникать с различной частотностью, интенсивностью и продолжительностью (устойчивостью). Наряду с интенсивностью и устойчивостью большую роль играют также другие характеристики протекания расстройства (например, скорость нарастания интенсивности эмоции при внезапном приступе тревоги или гнева). Расстройства обычно характеризуются чрезмерной частотой возникновения, значительной интенсивностью и/или продолжительностью негативных эмоций и недостаточностью частоты возникновения, интенсивности или продолжительности положительных эмоций.

Наряду с этим расстройства характеризуются еще и производными параметрами более высокого порядка. К ним прежде всего относится частота смены эмоциональных состояний.

В. *Осознанность и реалистичность.* Эмоциональное состояние может зависеть от когнитивных процессов, которые могут быть в большей или меньшей степени дифференцированными и осознанными. Так, тревога может возникнуть вследствие длительного предэкзаменационного ожидания, в то время как в другом случае она наступает спонтанно. Наряду с этим эмоции – особенно их когнитивные компоненты – могут различаться по степени адекватности реальности. Как неадекватная реальность может быть рассмотрена, например, депрессивная печаль, сопровождающаяся негативной самооценкой, если эта самооценка выглядит с точки зрения общества как неоправданная. Высокая степень осознания при низкой реалистичности может обеспечить достаточно хорошие шансы для когнитивно ориентированных форм терапии эмоций.

Г. *Эмоциональные расстройства как компоненты синдромов.* В обычной клинической классификации эмоциональные расстройства появляются как в качестве самостоятельной категории, так и в качестве компонентов сложных синдромов. Расстройства, которые заключаются в избыточной тревоге (например, панические расстройства и фобии), обычно объединены в одну или несколько самостоятельных категорий. Эксцессивная печаль/тревога, напротив, представлена прежде всего как компонент депрессивных и биполярных расстройств. Депрессивные состояния включают: а) выраженные депрессивные эмоции (включая соответствующие когнитивные компоненты); б) мотивационные расстройства (безучастность, заторможенность; в) соматические симптомы (бессонница, потеря аппетита и веса). Маниакальные эпизоды характеризуются преувеличенно эйфорическими эмоциями (или чрезмерным гневом и раздражительностью); мотивационными расстройствами в форме сверхмотивации, импульсивности и гиперактивности, а также сниженной потребностью во сне.

В существующих классификациях недостаточно систематично рассматриваются чрезмерный гнев и дефициты в сфере положительных эмоций.

## 2 Описание эмоциональных расстройств

**Тревога.** Аффективная компонента тревоги состоит из специфических, неприятных ощущений напряжения и внутреннего беспокойства. Эти ощущения чаще всего являются тесно связанными с ощущением физиологической активизации (ускоренное сердцебиение, учащенное дыхание, повышенное потоотделение и т. п.). Когнитивная компонента тревоги может содержать все виды когниций, направленные на соответствующие угрожающие объекты, ситуации или события. Типичными являются: а) мысли о самих угрожающих обстоятельствах (ситуационные когниции, например мысли о возможном провале на экзамене), б) мысли о недостаточной контролируемости этих обстоятельств, особенно сомнения насчет способности справиться с проблемой собственными силами (когниции, относящиеся к самому себе и своему поведению, например сомнения в собственных способностях выдержать экзамен).

О расстройстве следует говорить в том случае, если тревога возникает интенсивнее и чаще или переживается постоянно. Интенсивная, эпизодически возникающая тревога может быть адекватна реальности (во время природных катаклизмов, тяжелых болезней, из-за предстоящей смерти близкого родственника и т. п.). О расстройстве в клиническом смысле говорят лишь тогда, когда эпизодическая тревога появляется в объективно неопасных ситуациях, т. е. при восприятии реальности неадекватным образом. Это типично, например, для приступов паники. Устойчивая, хроническая, неадекватная реальности тревога является также и основным признаком фобий [1; 11].

**Печаль.** Аффективные компоненты печали известны каждому из собственного опыта, хотя не все могут описать их словами. Телесно-перцептивные компоненты часто переживаются менее интенсивно, чем это имеет место при таких активизирующих эмоциях, как страх и ярость. Из типичных примеров можно назвать следующие: физическое беспокойство или вялость; чувство, как будто ком застрял в горле; слезы (или чувство, что необходимо поплакать). Когнитивные компоненты могут быть следующими: мысли о происшедших негативных событиях (например, об утрате близкого человека); мысли о текущем негативном положении вещей (особенно о негативных особенностях своей личности и своей жизненной ситуации);

мысли о вероятных (с точки зрения самого субъекта) будущих негативных событиях.

В клиническом смысле печаль представляет собой проблему только в том случае, если она является устойчивой и не адекватной реальности. Оценка печали как неадекватной или адекватной реальности часто зависит от культурных традиций. Так, в нашем обществе принято оценивать интенсивные проявления печали при потере близкого родственника как вполне уместные, если они продолжаются несколько недель или месяцев, и воспринимаются как неадекватные, если затягиваются на десятилетия. Устойчивая, интенсивная и не адекватная реальности печаль является основным симптомом депрессии.

**Гнев и другие негативные эмоции.** Тревога, печаль и гнев (или крайняя его форма – ярость) рассматриваются как «три великие» негативные эмоции человека, доминирующие в теневой стороне эмоциональной жизни. Но если тревога и печаль часто встречаются в клинической литературе, то зачастую такие термины, как гнев и ярость, в клинических учебниках не описаны. Это недостаточное внимание связано с тем, что гнев, в отличие от тревоги и печали, является эмоцией, ориентированной на преодоление, и переживается чаще всего при возникновении препятствия своим действиям, которое, как человек чувствует, ему вполне по плечу. В соответствии с этим гнев и ярость рассматриваются как чувства, которые, несмотря на их негативное содержание, не представляют собой проблему, так как они часто вполне способны воплотиться в целенаправленные действия. Последствия этих эмоций иногда оказываются неблагоприятными для индивида (например, коронарные заболевания), но все же чаще страдает социальное окружение (подчиненные, более слабые члены семьи и т. п.), не обладающее возможностью обратиться к клинической диагностике и интервенции.

В норме гнев является быстропроходящей эмоцией. Он становится проблемой только тогда, когда возникает часто и достаточно интенсивно (приступы вспыльчивости), а также тогда, когда он стабилизируется в течение достаточно продолжительного отрезка времени (например, в качестве компонента депрессии).

Наконец, клиническую роль играют и другие негативные эмоции. Речь идет о стыде и чувстве вины. Достаточно мучительное, устойчивое и одновременно неадекватное чувство вины возникает в качестве компонента депрессии.

Следует обратить внимание на то, что проблема возникает не только при избытке, но и при сильном недостатке негативных эмоций или при последствиях такого недостатка. Это имеет место, например, в том случае, когда у индивида отсутствует чувство страха перед объективно опасными ситуациями (особенно во время маниакального состояния) или когда он не способен переживать чувство стыда или вины, которые в норме выполняют важную функцию контроля над поведением (например, при антисоциальных личностных и поведенческих расстройствах).

***Радость и другие позитивные эмоции.*** Радость рассматривается как основная позитивная первичная эмоция человека. Многие другие позитивные эмоции могут считаться когнитивными разновидностями радости (так, гордость – это радость, но только по поводу, например, хорошо выполненного дела; чувство благодарности – тоже радость, но специфическим образом направленная на другого индивида; и т. д.). Чрезмерная радость (эйфория) может стать проблемой, если она не адекватна реальности и возникает в потенциально опасных ситуациях, что может привести к неадекватному поведению. Это типично для маний. Впрочем, расстройства в сфере позитивных эмоций скорее заключаются в недостатке таких эмоций, т. е. когда они возникают крайне редко, не интенсивны и очень непродолжительны. Это встречается прежде всего при депрессивных состояниях.

Расстройства эмоциональной сферы могут возникать по многим причинам, которые можно объединить в три группы условий возникновения: ситуационные условия, личностно обусловленные условия и внутренние пусковые процессы.

Эмоциональные расстройства зачастую теснее связаны с основными личностными условиями, чем с внешними ситуациями: ситуаций можно избежать или изменить их; тело и содержание памяти индивида остаются неизменными. Поскольку все начинается не с объективно негативных ситуационных условий (как, например, безработицы, бедности и т. п.), то терапевтические мероприятия должны быть направлены в первую очередь на изменение ответственных за соответствующие расстройства личностных структур.

***Фобические расстройства*** предполагают наличие устойчивого страха перед определенными объектами и соответствующее избегающее поведение. При этом необходимо признать, что страх является причиной избегающего поведения; страх по отношению к какому-либо объекту



(например, змеям) или каким-либо ситуациям (например, экзаменам) ведет к мотивации избегать этих объектов или возникающих ситуаций. Но избегающее поведение, со своей стороны, оказывает обратное подкрепляющее воздействие на соответствующее чувство страха; так как конфронтация с опасной ситуацией избегается, то вряд ли есть шанс устранить продуцирующие страх ожидания и значимость. Этот порочный круг можно разорвать с помощью терапии, направленной на приобретение реалистичного опыта взаимоотношений с объектом, вызывающим страх, и на устранение негативных ожиданий и значимости [1; 11].

**Навязчивые расстройства** не обязательно, но могут сопровождаться чрезмерной тревогой и печалью. При этом роль тревоги и печали, по-видимому, состоит прежде всего в следующем:

А) навязчивое поведение (например, мытье рук по сотне раз за день) может субъективно являться способом избежать события, перед которым испытывается страх (в данном случае страх заразиться). К тому же такое поведение служит как цели избегания соответствующих событий, так и редукции переживаемого страха (при навязчивом поведении, обусловленном страхом, возникают очевидные параллели между навязчивыми расстройствами и фобиями). Основой таких случаев могут служить неадекватные реальности ожидания события, значимость события и убеждение в эффективности избегающего поведения.

Б) при чрезмерной печали, напротив, предполагается, что она является прежде всего следствием навязчивых мыслей и действий: если такие мысли и действия так сильно захватывают человека, что нарушают всю его повседневную жизнь, то в качестве вторичного эффекта они способны привести к потере позитивных жизненных событий (подкрепляющих стимулов), которая приводит человека в состояние печали [1].

### **Аффективные расстройства**

Тоска является ведущим симптомом **депрессии**. При этом депрессивная тоска зачастую переживается как нечто качественно отличное от обычной тоски. Могут возникнуть и другие негативные эмоции (тревога, гнев, чувство вины), а также недостаток позитивных эмоций. С точки зрения когнитивной психологии эмоций депрессивные эмоции могут стоять прежде всего в следующих функциональных взаимосвязях.

А. Негативные когнитивные оценки прошлых, настоящих и будущих событий приводят в состояние тоски, которая, в свою очередь, исходя из

психологии памяти благоприятствует негативным когнициям. Таким образом, когниции и тоска каузально переплетены друг с другом. Эмпирические исследования установили, что клинически диагностируемая депрессия часто сопровождается негативными когнициями, хотя фундаментальные взаимосвязи условий возникновения еще до сих пор и не ясны.

Б. Недостаток позитивных эмоций, которые обычно связаны эмоционально поощряющим образом с определенными действиями и их последствиями, предполагает отсутствие позитивной значимости ситуации и действий. А утрата значимости приводит к редукции мотивации. Дополнительные ограничения действий могут вызвать негативные события (например, потерю работы) и отсутствие позитивных событий, что снова вызывает негативные эмоции и уменьшает позитивные.

**Депрессия.** При незначительных депрессивных расстройствах у больного иногда появляются заметно печальное выражение лица, грустные интонации в беседе, но при этом мимика довольно разнообразна, речь модулирована, больного удается отвлечь, развеселить. Имеются жалобы на «ощущение грусти» или «отсутствие бодрости» и «скуку». Чаще всего осознается связь своего состояния с психотравмирующими влияниями. Пессимистические переживания обычно ограничены конфликтной ситуацией. Имеется некоторая переоценка реальных трудностей, однако больной надеется на благоприятное разрешение ситуации. Сохранены критическое отношение и стремление к борьбе с «болезненным потрясением». При уменьшении психотравмирующих влияний настроение нормализуется.

При утяжелении депрессивной симптоматики мимика становится более однообразной: не только лицо, но и поза выражают уныние (нередко опущены плечи, взгляд направлен в пространство или вниз). Могут быть горестные вздохи, слезливость, жалкая, виноватая улыбка. Больной жалуется на подавленное «упадническое» настроение, вялость, неприятные ощущения в теле. Свою ситуацию считает мрачной, не замечает в ней ничего положительного. Отвлечь и развеселить больного почти не удается.

При выраженной депрессии на лице больного «маска скорби», лицо вытянувшееся, серовато-цианотичного цвета, губы и язык сухие, взгляд страдающий, выразительный, слез обычно нет, мигание редкое, иногда глаза полузакрыты, углы рта опущены, губы часто сжаты. Речь не модулирована вплоть до неразборчивого шепота или беззвучных движений губ. Сгорбленная поза с опущенной головой, сдвинутыми коленями. Возможны

также раптоидные состояния: больной стонет, рыдает, мечется, стремится к самоповреждениям, ломает руки. Преобладают жалобы на «нестерпимую тоску» или «отчаяние». Свою ситуацию считает безысходной, безнадежной, беспросветной, существование — невыносимым.

Особым видом депрессии является так называемая скрытая (маскированная, ларвированная, соматизированная депрессия). При ее развитии у больных, преимущественно наблюдаемых в общесоматических учреждениях, на фоне незначительного изменения аффекта развиваются разнообразные соматовегетативные (висцеровегетативные) расстройства, имитирующие различные заболевания органов и систем. При этом собственно депрессивные расстройства отходят как бы на второй план, а сами больные в большинстве случаев возражают против оценки их состояния как «депрессия». Соматическое же обследование в этих случаях не выявляет значительных расстройств, которые могли бы объяснить стойкие и массивные жалобы больного. Путем исключения того или иного затянувшегося соматического страдания, учитывая фазность течения соматовегетативных нарушений (в том числе и суточные колебания со значительным ухудшением по утрам), выявляя с помощью клинических и психодиагностических исследований наличие скрытой, атипичной тревоги и депрессии, можно сделать заключение о наличии скрытой депрессии [1].

### **Вопросы и задания для практических занятий**

- 1 Что входит в понятие «эмоции»?
- 2 Сделайте сравнительный анализ всех представленных классификаций эмоциональных расстройств.
- 3 Сделайте сравнительный анализ эмоциональных расстройств.
- 4 Проведите диагностику тревоги, депрессии, алекситимии.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – Москва, 1999.
- 2 Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах : метод. пособие / Психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева ; авт.-сост. Д. Б. Ереско и др. – Санкт-Петербург : Психоневрол. ин-т, 1994.
- 3 Блейхер В. М. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – Ростов-на-Дону, 1996.
- 4 Введение в профессию «Клинический психолог» : учебно-методическое пособие для студентов факультетов клинической психологии / сост. Н. В. Козина. – Санкт-Петербург, 2009.
- 5 Ведехина, С. А. Клиническая психология : конспект лекций / С. А. Ведехина. – Москва : Эксмо, 2008. – 158, [1] с.
- 6 Ганнушкин П. Б. Избранные труды. / П. Б. Ганнушкин ; под ред. О. В. Кербилова. – Москва, 1962.
- 7 Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков / А. И. Захаров. – Ленинград, 1988.
- 8 Зейгарник Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – Москва, 1986.
- 9 Изард К. Э. Психология эмоций / К. Э. Изард. – Санкт-Петербург, 1999.
- 10 Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебник / Б. Д. Карвасарский. – URL: <https://kar-vasarskij-klinicheskaja-psihologia.pdf> (дата обращения: 11.11.2022).
- 11 Карвасарский Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский. – Москва, 1990.
- 12 Карвасарский Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский. – Москва, 1985.
- 13 Кемпински А. Психопатология неврозов / А. Кемпински. – Варшава, 1975.
- 14 Клиническая психология учебник для студентов медицинских вузов и факультетов клинической психологии / В. А. Абабков и др. ; под ред. Б. Д. Карвасарского. – Москва, 2013.
- 15 Клиническая психология и психотерапия : научное издание / под ред. М. Перре, У. Бауманн. – 3-е изд. – Санкт-Петербург : Питер, 2012. – 944 с.

- 16 Клиническая психология: энциклопедический словарь / под общ. ред. проф. Н. Д. Твороговой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Практическая медицина, 2016. – 608 с.
- 17 Левченко И. Ю. Патопсихология : Теория и практика : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И. Ю. Левченко. – Москва : Издательский центр «Академия», 2000. – 232 с.
- 18 Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. – Киев, 1989.
- 19 Липгарт Н. К. Навязчивые состояния при неврозах / Н. К. Липгарт. – Киев, 1978.
- 20 Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера / А. Е. Личко. – Ленинград, 1983.
- 21 Личко А. Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков : методическое пособие / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов. – Москва, 1995.
- 22 Медицинская психология : методические указания / авт.-сост. Т. П. Пушкина. – Новосибирск : Научно-учебный центр психологии НГУ, 1996.
- 23 Мясищев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. – Ленинград, 1960.
- 24 Неврозы и пограничные состояния / под ред. В. Н. Мясищева, Б. Д. Карвасарского, А. Е. Личко. – Ленинград, 1972.
- 25 Носачев И. Г. Психология и психопатология познавательной деятельности (основные симптомы и синдромы) : учебное пособие / И. Г. Носачев. – Москва : Форум, НИЦ ИНФРА-М, 2016. – 240 с.
- 26 Орлова Е. А. Клиническая психология : учебник для бакалавров / Е. А. Орлова, Н. Т. Колесник ; отв. ред. Г. И. Ефремова. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : Изд-во «Юрайт», 2014. – 363 с. – Серия : Бакалавр. Базовый курс.
- 27 Патохарактерологические исследования у подростков / под ред. А. Е. Личко, Н. Я. Иванова. – Ленинград, 1981.
- 28 Практикум по экспериментальной и прикладной психологии : учебное пособие / под ред. А. А. Крылова. – Ленинград : ЛГУ, 1990.
- 29 Фролова А. В. Клиническая психология : методическое пособие / А. В. Фролова, А. Ф. Минуллина. – Казань : ФГАО УВПО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», 2013. – 158 с.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение А

#### *Профессиограмма клинического психолога [28]*

*Задача клинического психолога* – не только забота о здоровье человека, но и создание оптимальных условий его жизнедеятельности.

*Особенности практической деятельности и перечень исполнительных действий.* Клинический психолог является, по сравнению с другими психологами, максимально практическим психологом. Особенности практической деятельности клинического психолога состоят в том, что он работает с индивидуальными психическими характеристиками человека.

Практическая деятельность клинического психолога:

- диагностическая;
- формы психологического воздействия;
- участие в разных экспертных задачах;
- реабилитация;
- профилактика заболеваний
- консультирование;
- научная работа.

*Перечень и особенностей знаний, элементов опыта, умений успешных клинических психологов.* Клинический психолог познаёт симптом – единичный признак проявления болезни, синдром – набор закономерно сочетаемых симптомов, нозологию – набор синдромов. Клинический психолог должен владеть как разносторонними психологическими знаниями, так и определенной медицинской подготовкой, в частности – в области психиатрии и неврологии. Должен быть знаком с педагогикой. Необходимо умение вести клиническую беседу с пациентом.

Специалист должен также уметь вести сбор необходимых эмпирических материалов неэкспериментальными и экспериментальными методами, обрабатывать современными методами полученные материалы, научно их интерпретировать и делать обоснованные заключения о конкретных ситуациях наблюдаемой клинической картины пациента, собирать и упорядоченно хранить научно-информационные материалы, составлять отчеты о

выполненных работах, вести научную документацию, содействовать повышению эффективности и социального признания своего профессионального сообщества и своего профессионального коллектива.

*Особенности и качества познавательных процессов.* При работе с пациентами для клинического психолога важна правильная организация процесса и состояния на восприятие приоритетной информации и выполнение поставленных клинических задач, т. е. внимания. Поэтому и в теоретическом и в операциональном плане внимание у клинического психолога должно характеризоваться достаточно высоким уровнем (интенсивностью, концентрацией), объемом (широтой, распределением), скоростью переключения (перемещения), длительностью и устойчивостью.

Среди процессов памяти особенно важно запоминание, которое определяет полноту и точность воспроизведения клинического материала, прочность и длительность его сохранения.

Восприятие клинического психолога во многом зависит от прошлого опыта, накопленного клинического материала, содержания и задач выполняемой клинической деятельности, психических состояний и индивидуальных особенностей психолога (потребностей, склонностей, интересов, мотивов, эмоционального состояния и т. д.).

Под влиянием этих факторов и создается характерная для каждого человека апперцепция, обуславливающая значительные различия при восприятии одних и тех же вопросов обычными людьми и клиническими психологами.

Мышление в работе клинического психолога находит целенаправленное использование в развитии и приращении знаний, поскольку в мышление важнейшую роль играет понимание людьми друг друга, средств и предметов их совместной деятельности.

*Особенности содержания и динамики эмоционально-волевых процессов, эмоциональных особенностей индивидуальности.* Чтобы быть способным успешно выполнять обязанности клинического психолога, специалист должен действовать в направлении сознательно поставленной цели, преодолевая при этом внутренние препятствия (т. е. свои непосредственные желания и стремления), для чего необходима развитая эмоционально-волевая регуляция. При этом внутренний интеллектуальный план направлен на поиск тех действий, которые при данных конкретных условиях могут привести к достижению поставленной цели. Специфичным является наличие

внутреннего интеллектуального плана, организующего все имеющиеся у психолога в данный момент побуждения в направлении такого их упорядочивания, при которой ведущим мотивом становится сознательно поставленная цель.

В множестве эмоциональных процессов для клинического психолога важен особый вид – собственно эмоции, которые, в отличие от аффектов, могут слабо проявляться внешне. Они имеют отчетливо выраженный ситуативный характер, т. е. выражают оценочное отношение психолога к складывающимся или возможным ситуациям клинической практики, к своей деятельности и своим проявлениям в этих ситуациях.

*Особенности отношений личности* (к окружающему, к людям, к деятельности, к труду, к вещам, к себе). Клинический психолог должен иметь выраженный интерес к человеку и его внутреннему миру, к тонким особенностям межлических отношений, профессионально положительное отношение к людям независимо от их социального, соматического и психического статуса, возрастно-половых и индивидуальных особенностей; он должен иметь систему профессиональных убеждений (в центре которой находятся идеи о бесконечных возможностях положительного развития человека) в сочетании с готовностью приходить стороннему человеку как члену общества на помощь с соответствующими профессиональными средствами (такими как консультирование, психологическое просвещение, психотренинг, проектирование деятельности, ее внутренних средств, участие в проектировании внешних средств и условий, коррекция индивидуального стиля, активизация самопознания и саморегуляции человека).

*Особенности направленности личности, системы мотивов.* Клинические психологи ценят в своих коллегах способность организовывать и проводить соответствующую работу по специальности, разрабатывать (и дорабатывать после коллективных обсуждений, эмпирической проверки) приемы, пути, методы, средства развития клинической психологии; разбираться в конкретных психологических и клинических противоречиях жизненной ситуации пациента; предлагать и корректно внедрять рекомендации по организации помощи нуждающимся, отдыха и быта людей, учебной деятельности, по оптимизации процессов психологического воспитания детей и взрослых. Подобно другим специалистам клинические психологи в своей работе не приемлют отсутствие профессионализма в работе, слабодушие, корыстолюбие.



*Особенности саморегуляции* в работе клинического психолога состоят в произвольном и целенаправленном изменении отдельных психофизиологических функций и психического состояния в целом, которое осуществляется самим психологом путем специально организованной психической активности.

*Противопоказания (медицинские, педагогические, психологические) к выбору профессии клинического психолога. Какие качества данная профессия развивает у человека.* Не может быть клиническим психологом человек, страдающий каким-либо психическим отклонением, дабы случайно не нанести вред другому человеку, который придёт к нему за помощью или консультацией.

*Профессия клинического психолога* развивает у специалиста умение входить в деловой контакт с людьми на основе научной методики социально-контактного взаимодействия, применять полученные знания для решения конкретных научно-практических, преподавательских, организационно-методических, информационных, исследовательских задач; пользоваться научными методами поиска и производства необходимых знаний (методами психологических исследований, построения научного знания), методами воспитательного воздействия на сознание подрастающего человека как субъекта продуктивной деятельности, методами психологически обоснованной коррекции деятельности [28].

## Приложение Б

### Терминологический словарь [16]

**Абулия** – патологическое нарушение психической регуляции действий – синдром психопатологический, выражаемый вялостью, нарушением волевого импульса, отсутствием желаний и побуждений к деятельности, неспособностью принять решение и выполнить правильное действие (хотя необходимость его осознается).

**Аггравация** – преувеличение и усиление степени выраженности, тяжести синдрома(-ов) действительно существующей болезни. К аггравации склонны люди с истероидной акцентуацией или страдающие психопатическими заболеваниями, а также пожилые люди с выраженными изменениями психики.

**Алекситимия** – неспособность субъекта называть эмоции, переживаемые им самим или другими, т. е. переводить их в вербальный план.

**Амнезия** – нарушение памяти, выраженное частичной утратой способности сохранять в памяти вновь поступающую информацию; потеря способности к фиксации или воспроизведению информации (от нескольких суток до нескольких лет).

**Болезни психические** – изменение деятельности головного мозга, при которых психика и поведение не соответствует окружающей действительности, отражает ее искаженно (в последнее время в отношении психического нарушения предпочитают использовать термин «расстройство»).

Различают более грубо выраженные формы – психозы, и более легкие – неврозы, психопатические состояния, некоторые формы аффективной патологии.

**Бред** – не соответствующие реальности представления и умозаключения, в ошибочности которых патологически убежденного в их правильности субъекта невозможно разуверить. Его содержание может быть самым разнообразным (бред преследования, отравления, ревности, величия и т. д.).

**Выгода вторичная** (от болезни) – использование инстинкта самосохранения и «Я»-ситуации болезни для обретения определенных преимуществ, материальных или психологических; реальные или предполагаемые

преимущества и привилегии, обретаемые больным вследствие патогенных симптомов или болезни.

**Галлюцинации** – появление при патологии головного мозга психических образов предметов и явлений, объективно не существующих здесь и сейчас вовне, но ощущаемых как отражение реальных.

**Делирий** (иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания) – характеризуется понижением порога ко всем раздражителям, богатством психопатологической симптоматики, нарушением сознания, искаженным отражением действительности, сопровождается галлюцинациями, бредом, двигательным возбуждением, нарушением ориентировки во времени и пространстве.

**Деперсонализация** – изменение самосознания индивида, при котором утрачиваются психологические и поведенческие особенности, характерные для него как для личности, ощущение потери своего «Я», мучительное переживание отсутствия эмоциональной вовлеченности в отношения с близкими, к работе и т. д.

**Депрессия** – аффективное состояние, характерное отрицательным эмоциональным фоном, изменениями мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивности поведения.

**Дереализация** – нарушение восприятия времени и пространства; нарушение восприятия, при котором внешний мир воспринимается как нереальный.

**Диагноз психологический** – конечный результат деятельности психолога, направленный на описание и выяснение сущности индивидуально-психологических особенностей личности в целях оценки их актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций, определяемых задачами обследования.

**Диссимуляция** – поведение, связанное с установкой на сокрытие, затушевывание болезни, ее симптомов или отдельных проявлений.

**Диссоциативное расстройство личности** (лат. dissociatio – разъединение, разделение) – наличие двух или более независимых личностей в одном индивиде, одна из которых в настоящий момент главенствует.

**Дисфория** – пониженное настроение с раздражительностью, озлобленностью, мрачностью, повышенной чувствительностью к действиям окружающих, со склонностью к вспышкам агрессии.

**Здоровье индивидуальное** (психологический аспект) – «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (по определению Всемирной организации здравоохранения). John. E. Ware (1987) (это исследователь) выделяет следующие составляющие здоровья: физическое, психическое (беспокойство/депрессия, психическое благополучие, поведенческий/эмоциональный контроль, познавательное функционирование), социальное (контакты с людьми, социальные ресурсы), ролевое, общее восприятие благополучия (самооценка текущего здоровья, перспективы здоровья в будущем, др.).

В настоящее время в соответствии с комплексным подходом к человеку рассматривается такая комбинация составляющих здоровья: телесное, психическое и духовное.

**Здоровье психическое** (mental health) – состояние психики, обеспечивающее гармоничное, успешное, устойчивое, гибкое функционирование в трудных ситуациях.

**Интервью клиническое** (беседа клиническая) (греч. klinike – уход за больным, врачевание) – метод получения необходимой информации о состоянии пациента (клиента) посредством устного опроса и проведения терапевтической беседы при оказании психологической, психиатрической и медицинской помощи, в том числе неосознаваемых пациентом затруднений, конфликтов, скрытых мотивов поведения и т. п.

**Ипохондрия** – болезненное состояние или заболевание, характерное чрезмерным вниманием к своему здоровью, страхом перед неизлечимыми болезнями, склонностью преувеличивать болезненные явления и приписывать себе несуществующие тяжелые недуги.

**Истерический невроз** – невроз, проявляющийся полиморфными функциональными психическими, соматическими неврологическими расстройствами и характеризующийся большой внушаемостью и самовнушаемостью больных.

Встречается и у психически здоровых людей в тяжелых психотравмирующих условиях. Выражается в многочисленных функциональных расстройствах с весьма разнообразной симптоматикой, имитирующих различные широко известные органические расстройства, за что получил названия «хамелеон, который беспрестанно меняет свои цвета», «великая симулянтка». Страдающие истерией стремятся любым путем привлечь к себе

внимание окружающих, сильно внушаемы и самовнушаемы; для них также характерны эмоциональная возбудимость, выраженная тревога, нарушение сенсорных и двигательных функций.

**Клиент** (в клинической психологии) – субъект, добровольно обратившийся к практическому психологу за помощью и находящийся в ситуации не только объективно существующего, но и субъективно переживаемого им неблагополучия.

Психологическая помощь оказывается психологом на основании (устного или письменного) договора, в котором обговариваются основные условия их совместной работы (длительность, периодичность, финансовые вопросы, распределяются ответственности и обязанности сторон и пр.). Психологическая помощь оказывается в двух основных формах: психологического консультирования или немедицинской психотерапии. Выбор формы психологической помощи зависит от глубины и остроты переживаний. Клиента как субъекта психологической помощи необходимо отличать от пациента как субъекта медицинской психотерапевтической помощи, показателями для которой является наличие у субъекта медицинского (нозологического) диагноза, который ему может поставить только врач.

Клиента психологической помощи необходимо отличать и от субъекта социально-психологической и социальной помощи, которую оказывают социальные работники и социальные педагоги, работающие не только и не столько в связи с добровольными обращениями к ним за помощью, сколько по принципу так называемых социальных показателей. Психологическую помощь оказывает специально подготовленный для этого клинический психолог, имеющий достаточную квалификацию, что фиксируется в выданном ему дипломе о высшем психологическом образовании и сертификате специалиста, в некоторых случаях в лицензии на право индивидуальной трудовой деятельности (в сфере психологического консультирования) или в трудовом договоре с государственными или частными организациями, для которых оказание психологической помощи является уставной деятельностью.

**Клиническая психология** (от греч. kline – постель, койка и psyche – душа + logos – учение) – область медицинской психологии, изучающая психические факторы происхождения и течения болезней, влияние болезней на личность, психологические аспекты целебных воздействий. Это психо-

логическая специальность широкого профиля, имеющая межотраслевой характер и участвующая в решении комплекса задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению.

**Компенсация** – временное смягчение психопатических особенностей за счет изменения «микросреды» (семейной, трудовой) на такую, где эти особенности не мешают наилучшим образом приспособиться; перестройка системных связей организма и личности, позволяющая восполнить недостаток той или иной структуры, функции.

**Конверсионное расстройство** – психическое расстройство, включающее в себя появление одного или нескольких соматических симптомов, имитирующих физическое заболевание и предположительно служащих для уменьшения тревоги.

**Конфабуляции** – бессознательный вымысел маловероятных сюжетов, иногда фантастических событий, участником которых якобы был психически больной человек.

**Мания** (греч. mania – страсть, безумие, влечение) – психопатологические состояния, протекающие с психомоторным возбуждением; расстройство настроения, характеризующееся наплывами мыслей, ускоренной речью, раздражительностью или эйфорией и нарушением суждений.

**Медицинская психология** – прикладная наука, развитие которой определяется следующими целями: изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней, их профилактику и лечение; изучение влияния тех или иных болезней на психику; изучение различных проявлений психики в их динамике; изучение характера отношений больного человека с медицинским персоналом и окружающей его микросредой; разработка методов и принципов психологического исследования в клинике; создание и изучение психологических методов воздействия на психику человека в лечебных и профилактических целях.

**Навязчивые состояния** (обсессии) – такого рода переживания, когда у человека помимо его воли возникают какие-то тягостные мысли, страхи, влечения, побуждения к действию, сомнения (например, навязчивое мытье рук, страх перед числом «3» и т. д.), воспринимаемые человеком как чуждые, эмоционально-неприятные.

**Невроз** – психогенное нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате неразрешимого внутреннего конфликта между потреб-

ностями и возможностями их удовлетворения и проявляется в специфических клинических симптомах, в том числе соматических расстройствах, при отсутствии психотических явлений болезненно измененного сознания. Это обратимое пограничное психическое расстройство, обусловленное воздействием психотравмирующих факторов, протекающее с осознанием больным факта своей болезни, без нарушений отражения реального мира и проявляющееся в основном психогенно обусловленными эмоциональными и соматовегетативными расстройствами.

**Неврозы клинические** (от греч. neuron – нерв, klinike – врачевание) – широко употребляемый термин, применяющийся для обозначения психологических нарушений, не связанных с отрывом личности от реальности и сопровождающихся поведением, расценивающимся как защита от тревоги.

**Неврастения** – невроз, проявляющийся повышенной возбудимостью в сочетании с быстрой утомляемостью и истощаемостью. Возникает преимущественно при длительно действующих психотравматических факторах. Сопровождается физическим истощением.

**Невротизм** (нейротизм) – состояние, характерное эмоциональной неустойчивостью, тревогой, низким самоуважением, вегетативными расстройствами.

**Невротическая депрессия** – психогенно обусловленная лёгкая форма депрессии с преобладанием грустного настроения, адинамии, нередко с навязчивыми идеями.

**Обсессивно-компульсивное расстройство** (лат. obsessio – обложение, осада, блокада + compulsare – принуждать) – одно из тревожных расстройств, основными симптомами которого являются обсессии (устойчивые иррациональные мысли и желания) и компульсии (неконтролируемые повторяющиеся действия), выступающие как защита от чувства тревоги.

**Паническая атака** – неожиданный эпизод, состоящий из неприятных телесных ощущений (одышка, головокружение, покалывание в руках и ногах, потливость, дрожь, сердцебиение, боли в груди). Встречается при ряде психических расстройств; наиболее часты при фобиях, панических расстройствах (состояниях, характеризующихся повторяющимися и обессиляющими паническими атаками) и посттравматическом стрессовом расстройстве.

**Патология** (психическая) – эмоциональный дискомфорт человека, причина которого кроется в морфофункциональном нарушении биологического механизма регуляции его психической деятельности.

**Патопсихологический эксперимент** – искусственное создание условий, выявляющих те или иные особенности психической деятельности человека в ее патологии.

**Патопсихология** – раздел медицинской психологии, изучающий закономерности распада психической деятельности и свойств личности при болезни.

**Персеверация** – непроизвольное, назойливое циклическое повторение или настойчивое воспроизведение некоего действия, движения, представления, идеи, мысли или переживания – часто вопреки сознательному намерению.

**Пограничное состояние** – общее название ряда различных слабых, стертых форм нервно-психических расстройств, находящихся вблизи условной границы между психическим здоровьем и выраженной патологией.

В целом для пограничных состояний характерно наличие конкретных психосоциальных факторов, оказывающих доминирующее влияние на их формирование, и преходящее нарушение адаптивных возможностей и интегрированности личности.

**Посттравматическое стрессовое расстройство** – непсихотическая (не относящаяся к психозу) отставленная и/или затяжная реакция на травматический стресс (например, природные или техногенные катастрофы, сражения, серьезные несчастные случаи, пытки, терроризм, изнасилования и др.), который в принципе может вызвать психические нарушения почти у любого человека.

**Преневротические состояния** (лат. praе – предшествующий + греч. νευρον – нерв, жила) – психические расстройства, характеризующие стадию перехода от состояния психического здоровья к болезни. Речь идет об отдельных обычно кратковременных невротических реакциях, свидетельствующих о своего рода невротической готовности заболевающей неврозом личности. При малой дифференцированности клинических проявлений просматривается четкая связь ухудшения состояния с патогенной ситуацией.



**Препсихопатические состояния** (лат. praе – предшествующий + греч. psyche – душа + pathos – страдание) – начальная стадия в развитии психопатий, на которой еще отсутствуют тотальность патологических черт личности и существенные нарушения социальной адаптации. Психопатические черты личности обратимы, и при благоприятных условиях психопатия может не сформироваться.

**Пресуицидальный синдром** (лат. praе – предшествующий + sui – себя + caedo – убивать) – психологический симптомокомплекс, свидетельствующий о надвигающемся суицидальном акте (Е. Рингель, 1953 г.) [2]. Это болезненный психопатологический процесс длительностью от нескольких минут до недель и месяцев.

Синдром чаще наблюдается у лиц с присущей им тенденцией к суицидальным актам в сложных ситуациях (суицидопатия). В основе «ограничение психической жизни» (может быть и следствием душевного заболевания) в силу либо особенностей личности, либо динамики развития характерных для нее черт интерперсональных контактов, присущей ей системы оценок. В связи с этим возникает торможение агрессии вовне, преобладают аутоагрессивные тенденции (в понимании теории фрустрации), появляются желание смерти, фантазирование о смерти.

Лица, находящиеся в пресуицидальном периоде, нуждаются в проведении индивидуальной, когнитивной, семейной и групповой психотерапии, ролевом тренинге и др.

**Психалгия** (греч. psych + aldos – боль) – совокупность расстройств, доминирующими симптомами которых являются боли психического происхождения. Часто выражаются в головной боли, боли в спине и др.; возникают без видимых органических дисфункций и не в результате какого-либо другого психического расстройства.

**Психоастения** – болезненное расстройство психики, характерное крайней нерешительностью, боязливостью, мнительностью, склонностью к навязчивым идеям.

**Психогении** (от греч. psyche – душа + gemaо – порождаю) – различные расстройства психики, возникающие под влиянием кратковременных или долговременных психических травм как реакция на тяжелую жизненную ситуацию или как результат относительно слабого, но продолжительного травмирования.

В возникновении существенную роль играет определенная готовность к «психическому срыву», развивающаяся на фоне ослабленности организма после перенесенного заболевания, длительного нервного напряжения, специфических особенностей нервной системы и личностных черт.

**Психогенный** – возникающий вследствие влияния психики – в результате сильных эмоциональных переживаний, стрессов и пр.

**Психоз** – глубокое расстройство психики, связанное с искажением отражения действительности в сознании и самосознании (помрачение, бред, галлюцинации), что приводит к полной социальной дезадаптации личности.

Граница между психозами и невротами является условной. Обычно критериями диагностики психоза считают грубые ошибки в отражении действительности (галлюцинации, бред, нарушение сознания), отсутствие понимания болезни (нарушение критики), нелепое и опасное поведение (возбуждение, ступор, агрессия, суицидальные действия).

К психозам относят самые различные заболевания: шизофрению, маниакально-депрессивный психоз, алкогольный делирий, тяжелые психические расстройства вследствие эпилепсии, травм, соматических заболеваний, интоксикаций и психологического стресса.

Выделяют острые и хронические психозы. Лечение острых психозов следует проводить только в условиях психиатрического стационара в связи с высокой вероятностью социально опасных действий (агрессия, суицид, отказ от приема пищи и пр.). Лечение хронических психозов можно проводить амбулаторно. Психотерапия при лечении психозов малоэффективна, используется только как дополнительный метод на этапе реабилитации. В соответствии с законом РФ диагностику и лечение может проводить только врач-психиатр.

**Психопатия** (греч. psyche – душа + pathos – страдание, болезнь) – патология характера, при которой у субъекта наблюдается практически необратимая выраженность свойств, препятствующая его адекватной адаптации в социальной среде. Патологическое состояние личности, проявляющееся ее общей дисгармонией, выраженной в такой степени, что это приводит к нарушениям межличностного общения и социальной адаптации человека во многих сферах его жизни. Синоним: расстройство личности. Глубинная

психотерапия (особенно групповая) в сочетании с психотропными средствами применяется для коррекции поведения и улучшения адаптации. В соответствии с законом РФ диагностику проводит врач-психиатр.

**Психопатические характеры** (от греч. *psyche* – душа + *pathos* – страдание) – патология, при которой в характере человека наблюдается практически необратимая выраженность свойств, препятствующих его адекватной адаптации в социальной среде.

Возникают как следствие: 1) заболевания (травмы головного мозга, инфекции, интоксикации, психотравмы и т. д.), 2) врожденной неполноценности нервной системы, вызванной факторами наследственности, вредностями, воздействующими на плод, родовой травмой и т. д. Проявляются уже в детском возрасте в виде нарушений эмоционально-волевой сферы, при этом интеллект может быть относительно сохранным. Степень выраженности во взрослом возрасте зависит от условий воспитания и влияния окружающей среды.

**Психосоматика** (греч. *psychē* – душа и *soma* – тело) – междисциплинарное направление психологии, психиатрии и общей медицины, выступающее как комплекс теоретических воззрений, методологии и методов исследования, диагностики и терапии, основывающийся на признании взаимосвязи психического и физиологического (душевного и телесного) во всей сложности их соотношений.

По классификации ВОЗ психосоматические нарушения относятся к группе психоневрозов с соматическими расстройствами. Считается, что почти все заболевания в известной мере психосоматичны и более 50 % органических болезней имеют психогенный характер. К ним относят гипертонию, язву желудка, бронхиальную астму, сахарный диабет, ревматический артрит, болезни кожи, сексуальные болезни, некоторые виды рака и многие другие.

Основным методом психосоматического лечения является психотерапия, ориентированная преимущественно на установление вытесненных в бессознательное влечений и желаний и выявление скрытых связей между психическими (эмоциональными, личностными) конфликтами и соматическими симптомами и их коррекцию.

**Психосоматическое расстройство** – нарушение функций внутренних органов и систем, появление и развитие которых в наибольшей мере

связано с нервно-психическими факторами, переживанием острой или хронической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности.

**Психотерапия** (от греч. *psychē* – душа и *therapeia* – уход, лечение) – раздел медицины и клинической психологии, связанный с оказанием профессиональной психологической помощи больным и относительно здоровым людям 1) при душевных расстройствах (клиническая психотерапия); 2) при разрешении возникающих у людей проблем и затруднений психологического характера (психологическая психотерапия); 3) при возникающих потребностях изменить отношение к социальному окружению и собственной личности, разрешить семейные проблемы, улучшить качество жизни (прагматическая психотерапия). Подобная помощь оказывается в двух основных формах: индивидуальной (консультирование) и групповой, основывающейся на групповых формах взаимодействия (играх, дискуссиях и т. п.).

**Резонерство** – склонность к пустым рассуждениям.

**Симптом** – характерные проявления, признаки психических или органических нарушений и заболеваний, свидетельствующие об изменении обычного или нормального функционирования организма.

**Симуляция** – предъявление симптомов заболевания, которыми освидетельствуемый не страдал и не страдает.

**Синдром** – симптомы, связанные в единый симптомокомплекс нарушения функции; патогенетически обусловленная общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных, взаимосвязанных.

**Сенестопатии** – это проецирование каких-то ощущений внутрь телесного «Я» (термические ощущения – жжет, печет, леденит; ощущение движения жидкостей – пульсация, переливание, закупоривание сосудов; ощущения передвижения, натяжения и т. д.). Соматические боли, в отличие от сенестопатий, всегда локализованы, имеют стереотипное содержание, связаны с анатомическими границами и расположением органов. Боли, возникающие при поражении нервов или сосудов (парестезии), в отличие от сенестопатий, проецируются на поверхность кожи или появляются при определенных движениях.

**Соматопсихология** – область клинической психологии, изучающая личность, психологические вопросы диагностики, лечения, экспертизы

больных различными заболеваниями, не относящимися к психическим или неврологическим.

**Соматоформные психические расстройства** – мнительность субъекта по отношению к физическому состоянию своего организма. Главным признаком соматоформных расстройств считается повторяющееся возникновение физических симптомов наряду с постоянными требованиями медицинских обследований вопреки подтверждающимся отрицательным результатам и заверениям врачей об отсутствии физической основы для симптоматики. Если какие-то соматические расстройства все же присутствуют, то не на них фиксируется внимание больного и не они объясняют природу и выраженность жалоб. Больной обычно противится попыткам обсуждения возможности психологической обусловленности своего состояния.

**Социопсихогении** – соматические расстройства, причина которых кроется в особом образе жизни и формируемом в этой связи типе личности.

**Тревожные расстройства** – группа психических расстройств, в которую входят острое стрессовое расстройство (реакция людей, переживших травмирующее событие, которая характеризуется повторяющимися ночными кошмарами и неожиданными воспоминаниями об этом событии), диссоциативные расстройства, генерализованное стрессовое расстройство (поглощающая, всеобъемлющая тревога), обсессивно-компульсивное расстройство, паническое расстройство, фобия, посттравматическое стрессовое расстройство, социальная фобия (боязнь неудачи или унижения, избегание ситуаций, в которых можешь привлечь к себе внимание окружающих), специальная фобия.

**Фобии** (греч. phobos – страх) – навязчивые неадекватные переживания страхов конкретного содержания, охватывающие субъекта в определенной (фобической) обстановке и сопровождающиеся вегетативными дисфункциями (сердцебиение, обильный пот и т. п.). Фобии встречаются в рамках неврозов, психозов и органических заболеваний головного мозга. В большинстве случаев проходят при квалифицированном психотерапевтическом вмешательстве.

**Шизофрения** (греч. schizo – раскалываю + phren – сердце, душа; ум, рассудок) – группа сходных психических расстройств неясной этиологии, предполагающих изменение мышления, перцептивной деятельности, аффективно-личностных свойств. Хроническое, склонное к прогрессирующему

нию психическое заболевание, проявляющееся нарушением согласованности между различными психическими функциями, амбивалентностью, извращением процессов мышления и нарастающими изменениями личности в виде замкнутости (аутизм), пассивности и эмоциональной холодности. Клиническая картина отличается большим разнообразием.

**Экзогенный** (гр. exo – вне, снаружи + genes – порождаемый) – вызываемый внешними причинами.

**Эндогенный** (гр. endo – внутри + genes) – вызываемый внутренними причинами. Под эндогенным обычно понимают что-то наследственно обусловленное.

**Эпилепсия** – хронически протекающее психическое заболевание, вызванное поражением центральной нервной системы, проявляющееся различными пароксизмальными (припадок) состояниями и достаточно частыми изменениями личности.

Приложение В  
Диагностические материалы

*Методики для исследования памяти*

**1 Методика «10 слов»**

**Инструкция испытуемому.** 1-й этап: «Сейчас я прочту 10 слов. Слушать надо внимательно. Когда окончу читать, сразу же повторите столько слов, сколько запомните. Повторять можно в любом порядке, порядок роли не играет».

2-й и последующие этапы: «Сейчас я снова прочту те же самые слова, и вы опять должны повторить их – и те, которые вы уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили, т. е. все вместе, в любом порядке».

Ретенция: «В начале исследования вы запомнили и повторяли слова. Какие из этих слов Вы помните сейчас?»

**Таблица В.1 – Воспроизведение слов**

	дом	звук	мел	шкаф	конь	сор	вещь	спорт	тень	лен
<b>1</b>										
<b>2</b>										
<b>3</b>										
<b>4</b>										
<b>5</b>										
<b>6</b>										
<b>7</b>										
<b>8</b>										
<b>9</b>										
<b>10</b>										
<b>Ретен- ция</b>										

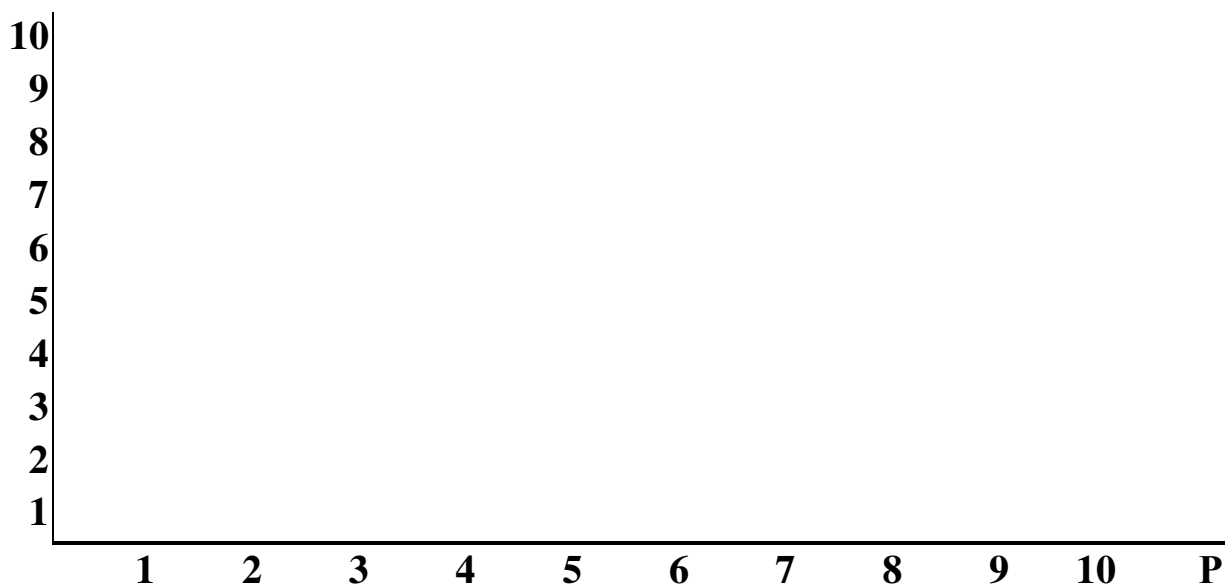


Рисунок В.1 – График внимания

**Обработка результатов.** После предъявления испытуемому 10 слов фиксируется порядок и количество воспроизведенных им слов. Результаты пробы на запоминание могут быть отображены графически. Обычно в норме 10 слов запоминаются после 3–5 повторений. Через 20 мин воспроизводится 8–9 слов. На следующий день – 5–6 слов. При истощаемости мнестической функции кривая запоминания носит зигзагообразный характер. При сужении объема внимания испытуемый заменяет предъявляемые слова новыми, созвучными словами.

Средняя норма запоминания ( $7 \pm 2$ ). Не должно быть потерь запомненных единиц информации. Не должно быть нескольких повторений уже названных слов. Не должно быть кривой по типу «плато». Не должен называть слова, не входящие в стимульный материал. В норме испытуемый выполняет старательно, не отвлекается, использует мнемонические приемы. При ретенции через час потеря информации не более 20 %.

## **2 Методика «Повторение цифр в прямом и обратном порядке» (тест из методики Векслера)**

**Инструкция.** Испытуемый должен повторить ряды цифр в прямом, а затем в обратном порядке. Засчитывается столько баллов, сколько цифр удастся повторить испытуемому правильно (таблица В.2).



**Таблица В.2 – Повторение цифр**

<i>Повторение цифр в прямом порядке</i>	<i>Оценка</i>	<i>Повторение цифр в обратном порядке</i>	<i>Оценка</i>
5 8 2	3	2 4	2
6 9 4	3	5 8	2
6 4 3 9	4	6 2 9	3
7 2 8 4	4	4 1 5	3
4 2 7 3 1	5	3 2 7 9	4
7 5 8 3 6	5	4 9 6 8	4
6 1 9 4 7 3	6	6 1 8 4 3	5
3 8 2 4 9 7	6	5 3 9 4 1 8	5
5 9 1 7 4 2 8	7	7 2 4 8 5 6	6
4 1 7 9 3 8 6	7	8 1 2 6 3 9 5	6
5 8 1 9 2 6 4 7	8	7 2 8 1 9 6 5	7
3 8 2 9 5 1 7 4	8	9 4 3 7 6 2 5 8	7
2 7 1 3 6 9 5 8 4	9	4 7 3 9 1 5 8 2	8
7 1 3 9 5 2 4 6 8	9	5 7 1 8 2 6 4 3 9	8

Максимальная оценка – 15 баллов.

О низкой переключаемости свидетельствует отставание итоговой оценки «обратный счет» от прямого.

### **Методики для исследования внимания**

#### **1 Корректирующая проба**

**Инструкция.** Методика направлена на исследование способностей концентрации внимания и его устойчивости. В бланке необходимо зачеркнуть буквы. При этом через каждые 30–60 сек, по указанию психолога, ставится вертикальная черта и продолжается работа до конца страницы. Регистрируется время, затраченное на выполнение задания, количество ошибок и темп выполнения задания.

### Бланк корректурной пробы

С Х А В С Х Е В И Х Н А И С Н Х В Х В К С Н А И С Е Х В Х Е Н А И С  
Н Е В А А К В Н Х И В С Н А В С А В С Н А Е К Е А Х В К Е С В С Н А  
И С А И С Н А В Х Н В К Н Х И С Х В Х Е К В Х И В Х Е И С Н Е И Н А  
И Е Н К Х К И К Х Е К А В К И С Н Л Ъ Х А К Х Н С К А И С В Е К В Х  
Н А Н С И Х Е К Л И С Н А К С В К В Х К В Н А В С К И С Н А И К А Е  
Х К И С Н А И К Х Е Х Е И С Н А Х К Е П К Х В И С Н А И Х В Н К К С  
Н А И С В И Н К Х В А И С Н А Х Е К Е Х С Н А И К С В Е Е В Е А И С  
Н А С И К И К Х К Е К Н В И С Н К Х В Е Х С Н А И С К С Е С И К Н А  
Е С Н К Х К В И Х К А К С А И С И А Е Х К В Е Н В Х К Е А И С Н Н К  
А И К Н В Е В Н К В Х А В Е И В И С Н А К А Х В Е И В Н А Х И Е Н А  
И К К В И Е А К Е И В А К С В Е И К С Н А В А К Е С В Н К Е С Н К С  
В Х И Е С Х В Х К Н В В С К В Е В К Н И Е С А В И Е Х Е В Н А И В Н  
Т Х Е И В К А И С Е Н А С Н А И С Х А К В Н Н А К С Х А И Е Н А С Н  
А И С В К К Е К Е В Х К Х К С Н Е И С Н А И С Н К В К Х В Е К Е В К  
В Н А И С Н А И С Н К Е В К А Л А С В С Н А Х К А С Е С Н А И С Е С  
Х К В А И С Н А С А В К Х С Н Е И С Х И В М Е Б К В И К В Е Н А И Е  
Н Е К Х А В И Х Н В И Х К Х Е Х Н В И С Н В С А Е Н Х И С И А Н В И  
К Е Х В И В Н А Е И С Н В И А Е В А Е Н Х В Х В И С Н А Е П И Е К А  
И В Е К Е С М К Е И С Н Е С А Е И Х В К Е В Е И С Н А Е А И С Н К И  
В Е Х И К Х Н К Е А И С Н П А Е А К А Е К Х Е В С К Х Е К Х Н А И С  
Н К В А Е В Е С Н А И С Е К Х Е К Н А И С Е К И С Н Е И С Н В И Е Х  
К В Х Е И В Н Л А К И С Х А И Е В К Е В К И Е Х Е И С Н А Н Е В Х В  
К С И С Н А И А И Е Н А К С Х К И В Х Н И К И С Н А И В Е С Н А К И  
Е Х С Н С Н А И К В Е Х К В К Е С В К С Н Х И А С Н А К С Х К Х В Х  
Е А Е С К С Е А И К С И С Н А И Е Х К Е Х К Е И Х Н В Х А К Е И С Н  
А И К Х В С Х Н В И Е Х А Е С В Е Н С Н А И С А К В С Н Х А Е С Х А  
И С Н А Е Н К И С Х К Е Х В Х В С К Н Е И Е В А К Е К Х Е К Н А И В  
К В К Х Е Х И С Н А И Х К А Х Е Н А И Е Н И К В К Е И С Н А Н В Е Х  
В К В И Е Х А И Е Х Е К В С Н Е И Е С В Н Е В И С Н А Е А Х Н Х К С  
Н Ю А С Х К С Н А И Е И Н Е В И С Н А И В Е В Х С И С В А И Е В Х Е  
И Х С К Е Н Е Х К И Е В К Е В Х В А Е С Н А С Н К И С Х Е А Е Х И В  
Е Х Е А И С Н А С В А И С Е В Е К С Н А Х В Е К Х С Н К И С Е К А Е  
К С Н А И И Е Х С Е Х С Н А И С В Н Е К Х С Н А Н А И К А Х В Е И В  
Н А В Х И Е Н А И К В И Н Е А К Е И В А К С В Е И К С Н А В А К Е С  
В И С Н Е И С Н А В И Е Х К В Х Е И В Н А К И С Х А И Е В К Е В К И  
Е Х Е И С Н А Н Е В Н Х И В Х С Н А В С А В С Н А Е К Е А С Х В К Е  
С В С Н А И С А И С Н А В Х Н В К Н К Е С Н К С В Х И Е С В Н А Х К  
П Н В В С К В Е В А К Н И Е С А В И Е Х Е В Н А И В Н И С Н Е И С Н  
М В С М И Е Х К В Х Е И В Н А К И С Х А И Е В К Е В К И Е Х Е И С Н  
А Н Е С Х А И Е С А В К Е В К И Е Х Е И С Н А Н Е И С Н А И К Х В С  
Х Н В И Е Х А Е П С В Е Н К А Х В Е И В Н А Х И Е Н А И К В И Е А К  
Е И В А К С В Е И К С Н А В А К Е Х А С В Х В Е К Х С Н К И С Е К А  
Е К С Н А И И Е Х С Е Х С Н А И С В Н Е К Х С Н А Н А И В К И Е Х Е  
И С Н А Н Е И С Н А И К Х В С Х Н В И Е Х А

Существуют два вида, разные по функциональной нагрузке: без переключения (зачеркивать буквы А и С, норма 6–8 минут), с переключением (букву А зачеркивать, букву С обвести в кружок, норма 8–10 минут).

Нормы:

- психомоторный темп: без превышения нормативного времени, без чрезмерного ускорения;
- устойчивость внимания: количество знаков в минуту не отличается больше, чем на 10–20 знаков;
- концентрация: до 15 ошибок;
- переключаемость – нет ошибок;
- избирательность: отсутствие признаков отвлекаемости, утомляемости и нарушения умственной работоспособности;
- истощаемость: отслеживается по психомоторному темпу, устойчивости, распределению ошибок и поведению.

Распределение ошибок в первой и второй половине равномерно.

## 2 Счет по Крепелину

**Инструкция.** Определяется упражняемость и утомляемость. Производится сложение (вычитание) цифр в столбцах, состоящих из двух, подписанных друг под другом цифр. Если сумма превышает десяток, то он отбрасывается и записывается разница. Если при вычитании разница имеет отрицательное значение, то «минус» не обозначается. Например: вместо суммы 15 пишется 5. Через каждые 20–30 сек исследуемый делает отметку (ставит вертикальную черту), где он остановился, и переходит на сложение следующей строки. Если соединить окончания отметок по строкам, то получится кривая работоспособности.

Об истощаемости судят по увеличению количества ошибок или снижению темпа выполнения работы к концу эксперимента.

Нормы:

- психомоторный темп: 12–15 сложений за 15 секунд;
- устойчивость: количество сложений не отличается более, чем на 4;
- концентрация: до 4 ошибок;
- переключаемость: по инструкции на сложение/вычитание нет ошибок;
- избирательность: отсутствие признаков отвлекаемости, утомляемости и нарушения умственной работоспособности;
- истощаемость: отслеживается по психомоторному темпу, устойчивости, распределению ошибок и поведению.

## Сложение цифр

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

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

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

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

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

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

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

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

Коэффициент работоспособности:  $K=T2/T1$ , где  $T1$  – сумма сложений с 1 по 4 строки,  $T2$  – сумма сложений с 5 по 8 строки. Норма 0,8-1. Меньше нормы – истощаемость, выше нормы – вработываемость.

## 3 Проба Мюнстерберга

**Инструкция.** Направлена на сенсомоторную реактивность и активность внимания. Просматривая в тексте ряды букв, нужно подчеркнуть слово. Учитывается качество и время выполнения.

## Бланк

солнцевтргоцрайонзгучновостьхэыгчяфактуекэкзаментроч  
ягшгцкпрокуроргурстабюетеорияентсджэбьамхоккейтрсицы  
фцуйгзхтелевизорсолджщзхюэлгцьбапамятьшогхеюжпждргщ  
хэнздвосприятиейцукенгшщзхьвафыапролдблюбовьявфырпл  
ослдспектаклячсмитьбюжюерадостьвуфцпэждлорпкнародш  
лджхэщциенакуыфйшрепортажэждорлафывюефьбконкурс  
йфячыщувскапрличностьзхжэьеюдщгложэпрплаваниедтлж  
эзбьтрдщшжнпркывкомедияшлджкуйфотчаяниейфоячвтлджэ  
хьфтасенлабораториягщдщнруцтргшщтлроснованиезщдэркэ  
нтаопрукгвсмтрпсихиатриябплмстчыйснтзацэагнтэшт

### Нормы:

- психомоторный темп: без превышения нормативного времени, без чрезмерного ускорения;
- объем: 25 слов за 2 минуты
- устойчивость: без пауз, последовательно, планомерно;
- концентрация: без пропусков слов;
- избирательность: отсутствие признаков отвлекаемости, утомляемости и нарушения умственной работоспособности;
- истощаемость: отслеживается по психомоторному темпу, поведению.

## *Методики для исследования мышления*

### **1 Методика «Существенные признаки»**

В каждой строке имеется одно слово перед скобками и 5 слов в скобках. Подчеркните в каждой строке те два слова в скобках, которые обозначают то, что данный предмет (перед скобками) имеет всегда и без чего это понятие не существует.

Подчеркните только эти два слова.

- 1 **Сад** (растения, садовник, собака, забор, земля).
- 2 **Река** (берег, рыба, рыболов, тина, вода).
- 3 **Город** (автомобиль, здание, толпа, улица, велосипедист).
- 4 **Сарай** (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).
- 5 **Куб** (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).
- 6 **Деление** (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).
- 7 **Кольцо** (диаметр, алмаз, проба, круглость, печать).

8 **Чтение** (глаза, книга, картинка, печать, слово).

9 **Газета** (правда, приложения, телеграммы, бумага, редактор).

10 **Игра** (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).

11 **Война** (аэроплан, пушки, сражения, ружья, солдаты).

## 2 Методика «Сходство» (тест из методики Векслера)

**Инструкция.** Направлена на установление определенных отношений между однородными и разнородными понятиями. Позволяет судить об уровне обобщения, умении выделять родовые и видовые понятия, способность к абстрагированию (таблица В.3).

*Таблица В.3 – Методика «Сходство»*

	<i>Сходство</i>		<i>Оценка 0 1 2</i>
1	Апельсин – банан		
2	Пальто – платье		
3	Топор – пила		
4	Собака – лев		
5	Стол – стул		
6	Глаз – ухо		
7	Север – запад		
8	Поэма – статуя		
9	Яйцо – зерно		
10	Поощрение – наказание		
11	Древесина – спирт		
12	Воздух – вода		
13	Муха – дерево		
		Общая оценка	

## 3 Методика «Дополнение»

**Инструкция.** Используется в детской практике, а также для оценки интеллектуального развития, характера ассоциативной деятельности. В заданном рассказе необходимо написать пропущенные слова, закончив предложения.

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

#### ***4 Изучение вербально-логического мышления при помощи методики «Исключение понятий»***

**Цель:** выявление уровня процессов обобщения.

**Оснащение.** Испытуемому предлагается 16 рядов понятий, сгруппированных по 5 слов.

- 1 Дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий.
- 2 Смелый, храбрый, отважный, злой, решительный.
- 3 Василий, Федор, Иванов, Семен, Порфирий.
- 4 Глубокий, высокий, светлый, низкий, мелкий.
- 5 Молоко, сливки, сыр, сало, сметана.
- 6 Дом, сарай, изба, хижина, здание.
- 7 Береза, сосна, дерево, дуб, ель.
- 8 Ненавидеть, негодовать, презирать, возмущаться, наказывать.
- 9 Гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога.
- 10 Молоток, гвоздь, клещи, топор, долото.
- 11 Минута, секунда, час, вечер, сутки.
- 12 Грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение.
- 13 Скоро, быстро, поспешно, постепенно, торопливо.
- 14 Лист, почка, кора, дерево, сук.
- 15 Темный, светлый, голубой, ясный, тусклый.
- 16 Неудача, крах, провал, поражение, волнение.

**Инструкция испытуемому.** Вам предлагаются ряды, состоящие из 5 слов, в каждом из которых четыре сходны между собой, их можно объединить одним названием. Найдите в каждом ряду слово, не подходящее по смыслу к остальным, и назовите его, обозначьте одним словом оставшиеся.

**Обработка и интерпретация результатов.** При анализе оценивается уровень обобщения:

– *высший* – при использовании концептуальных понятий (отнесение к классу на основании существенных признаков);

– *средний* – при применении функционального уровня обобщения (отнесение к классу на основании функциональных признаков);

– *низкий* – при определенных обобщениях (отнесение к классу на основании конкретных признаков).

### **5 Исследование быстроты мышления**

**Цель:** определение темпа выполнения ориентировочных и операционных компонентов мышления. Может использоваться как индивидуально, так и в группе.

**Оснащение.** Бланк со словами, в которых пропущены буквы. Секундомер.

**Инструкция испытуемому.** Перед вами столбцы слов, в которых пропущены буквы. Ваша задача вставить недостающие буквы. Каждый прочерк означает одну пропущенную букву. Слова должны быть существительными, нарицательными, в единственном числе. Старайтесь работать как можно быстрее. Для выполнения задания дается 3 мин.

#### **Образец бланка**

Д-ЛО	П-Л-А	З-О-ОК	С-Я-О-ТЬ
К-ША	О-Р-Ч	К-Н-А	К-С-А-НИК
С-ДА	К-Р-ОН	С-Е-ЛО	У-И-Е-Ь
В-ЗА	З-Р-О	К-Ы-А	А-Е-Ь-ИН
Н-ГА	В-С-ОК	Т-А-А	С-А-Ц-Я
М-НА	С-Г-ОБ	К-У-КА	Ч-Р-И-А
Д-ЛЯ	В-Т-А	С-А-КА	К-П-С-А
К-НО	П-Д-АК	С-У-А	Т-У-О-ТЬ
Б-ДА	П-Р-А	С-А-А	С-Е-О-А
Ч-ДО	Б-ЛОН	П-Е-А	К-Н-О-А

**Обработка и интерпретация результатов.** Подсчитать количество правильно составленных слов.

Показателем быстроты мышления и одновременно показателем подвижности нервных процессов выступает количество составленных слов:



- менее 20 слов – низкая быстрота мышления и подвижность нервных процессов;
- 21–30 слов – средняя быстрота мышления и подвижность нервных процессов;
- 31 слово и более – высокая быстрота мышления и подвижность нервных процессов.

### **Методики для исследования личности**

#### **1 Торонтская Алекситимическая Шкала [2]**

Под алекситимией понимают сниженную способность к вербализации эмоциональных состояний. Алекситимическая личность характеризуется трудностями в определении и описании собственных переживаний, сложностью в различении чувств и телесных переживаний, снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии, воображения, большей сфокусированностью на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Указанные особенности вызывают трудности в осознании эмоций и когнитивной переработки аффекта, что ведет к усилению физиологических реакций на стресс. Клинический опыт подтверждает это предположение. Уровень алекситимии измеряется при помощи специального опросника – Торонтской Алекситимической Шкалы, адаптированной в Институте им. В. М. Бехтерева [2].

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

**Таблица В.4 – Определение уровня алекситимии**

Утверждения	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
1 Когда я плачу, всегда знаю почему					
2 Мечты – это потеря времени					

Продолжение таблицы В.4

3 Я хотел бы быть не таким застенчивым					
4 Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю					
5 Я часто мечтаю о будущем					
6 Мне кажется, я так же способен легко заводить друзей, как и другие					
7 Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений					
8 Мне трудно находить правильные слова для моих чувств					
9 Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам					
10 У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам					
11 Мне недостаточно знать, что привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит					
12 Я способен с легкостью описать свои чувства					
13 Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать					
14 Когда я расстроен, не знаю, печален ли я, испуган или зол					
15 Я часто даю волю воображению					
16 Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим					

Продолжение таблицы В.4

17 Меня часто озадачивают ощущения, возникающие в моем теле					
18 Я редко мечтаю					
19 Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так					
20 У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение					
21 Очень важно уметь разбираться в эмоциях					
22 Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям					
23 Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства					
24 Следует искать более глубокие объяснения происходящему					
25 Я не знаю, что происходит у меня внутри					
26 Я часто не знаю, почему я сержусь					

**Обработка и интерпретация данных.** Подсчет баллов осуществляется таким образом:

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

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

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

Теоретическое распределение результатов возможно от 26 до 130 баллов. По данным авторов методики, «алекситимический» тип личности получает 74 балла и выше, «неалекситимический» тип личности набирает 62 балла и ниже. Ученые Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, адаптировавшие методику, выявили средние значения показателя алекситимии у нескольких групп испытуемых: контрольная группа здоровых людей –  $59,3 \pm 1,3$ , группа больных с психосоматическими расстройствами (J45, I10, K25, K26) –  $72,09 \pm 0,82$ , группа больных неврозами (F40-F48) –  $70,1 \pm 1,3$ .

## 2 Симптоматический опросник Александровича

**Инструкция испытуемому.** Вопросы этого опросника касаются недомоганий и трудностей, которые часто встречаются при неврозах (F40–F48). Информация о том, какие из них проявлялись в течение последней недели, позволит лучше понять, что беспокоит Вас в настоящее время.

Просим Вас внимательно прочесть каждый вопрос и отметить тот из ответов, который наиболее полно соответствует степени, в какой то или иное недомогание беспокоит Вас.

Если за этот период недомогание вообще не проявлялось, обведите кружком знак «0».

Если проявлялось, но лишь незначительно тяготило – обведите кружком цифру «1».

Если было средней тяжести – обведите кружком цифру «2».

Если очень тяготило – обведите кружком цифру «3».

Пожалуйста, отвечайте на вопросы по возможности быстрее.

### Перечень недомоганий

1 Страх, постоянно появляющийся во время пребывания на балконах, мостах, на высоте и т. д.	0 1 2 3
2 Чувство печали, угнетенности	0 1 2 3
3 Сдавленность, чувство как бы кома в горле	0 1 2 3
4 Постоянное чувство беспричинной тревоги	0 1 2 3
5 Частые слезы	0 1 2 3
6 Чувство усталости, слабости после пробуждения утром, проходящее в течение дня	0 1 2 3
7 Неудовлетворенность сексуальной жизнью	0 1 2 3

8 Чувство, будто знакомые предметы стали странными и чужими	0 1 2 3
9 Рвота в ситуациях нервного напряжения	0 1 2 3
10 Плохое самочувствие в местах скопления людей	0 1 2 3
11 Кожный зуд, быстро появляющаяся и исчезающая сыпь	0 1 2 3
12 Многократная, затрудняющая жизнь проверка, все ли правильно сделано (закрыта ли дверь, выключен ли газ и т. д.)	0 1 2 3
13 Судороги в мышцах, появляющиеся при выполнении только определенных действий (например, судороги в пальцах при письме, игре на музыкальных инструментах и т. д.)	0 1 2 3
14 Головокружение	0 1 2 3
15 Недостаток самостоятельности	0 1 2 3
16 Чувство мучительного внутреннего напряжения	0 1 2 3
17 Обнаружение у себя признаков различных серьезных заболеваний	0 1 2 3
18 Навязчиво появляющиеся, мешающие упорные мысли, слова, представления	0 1 2 3
19 Страшные сны, ночные кошмары	0 1 2 3
20 Учащенное, сильное сердцебиение, не вызванное физическим усилием	0 1 2 3
21 Страх или другие неприятные переживания, постоянно возникающие, когда вокруг нет людей (например, в пустой квартире)	0 1 2 3
22 Сильное чувство вины, самообвинение	0 1 2 3
23 Потеря чувствительности кожи в какой-либо части тела	0 1 2 3
24 Парализующий необъяснимый страх, делающий невозможным какое-либо действие	0 1 2 3
25 Глубокое, интенсивное переживание неприятных событий	0 1 2 3
26 Ухудшение памяти	0 1 2 3
27 Трудности в сексуальной жизни (н-р, отсутствие эрекции, преждевременная эякуляция у мужчин; спазмы мышц у женщин и др.)	0 1 2 3
28 Чувство, будто мир, окружение как бы скрыто туманом	0 1 2 3
29 Головная боль, мешающая что-либо делать	0 1 2 3
30 Мучительное чувство одиночества	0 1 2 3
31 Вздутие живота, непроизвольное выделение газов	0 1 2 3

32 Многократное повторение одних и тех же ненужных или бессмысленных действий	0 1 2 3
33 Заикание	0 1 2 3
34 Ощущение прилива крови к голове	0 1 2 3
35 Затрудняющая жизнь неуверенность в себе	0 1 2 3
36 Рассеянность, мешающая деятельности	0 1 2 3
37 Отнимающие много времени действия и процедуры (ритуалы), целью которых является избежать болезни	0 1 2 3
38 Постоянная борьба с навязчиво возвращающимися мыслями о желании нанести кому-либо вред, оскорбление и т. д.	0 1 2 3
39 Трудности засыпания	0 1 2 3
40 Боли в сердце	0 1 2 3
41 Страх, постоянно возникающий при нахождении в движущемся транспорте	0 1 2 3
42 Потеря веры в свои силы	0 1 2 3
43 Кратковременная обездвиженность, невозможность двигать руками или ногами	0 1 2 3
44 Приступы панического ужаса	0 1 2 3
45 Подверженность сильным, глубоким переживаниям	0 1 2 3
46 Чувство, будто мышление значительно затруднено и менее ясно, чем обычно	0 1 2 3
47 Нежелание вступать в сексуальные контакты с лицами противоположного пола	0 1 2 3
48 Чувство, будто окружающий мир нереален	0 1 2 3
49 Сухость во рту	0 1 2 3
50 Избегание людей, даже близких знакомых	0 1 2 3
51 Обмороки	0 1 2 3
52 Не поддающаяся контролю внутренняя необходимость выполнения ненужных движений (например, многократного ненужного мытья рук, прикосновения к чему-либо...)	0 1 2 3
53 Резкие, произвольные движения (тики)	0 1 2 3
54 Отсутствие аппетита	0 1 2 3
55 Беспомощность, жизненная «неумелость»	0 1 2 3
56 Нервность, хаотичность в движениях, снижающая эффективность действий	0 1 2 3

57 Постоянная концентрация внимания на телесных функциях (например, на работе сердца, пульсе, пищеварении и т. д.)	
58 Возникающие против воли навязчивые мысли непристойного или кощунственного содержания	0 1 2 3
59 Приступы голода (например, необходимость еды ночью)	0 1 2 3
60 Чувство тепла и (или) холода без видимой причины	0 1 2 3
61 Страх, появляющийся всегда во время нахождения на открытом пространстве, например, на большой площади	0 1 2 3
62 Желание покончить с собой	0 1 2 3
63 Периодические нарушения зрения и слуха	0 1 2 3
64 Беспокойство	0 1 2 3
65 Невозможность сдерживать свои чувства, невзирая на последствия	0 1 2 3
66 Трудности в концентрации, сосредоточении внимания	0 1 2 3
67 Значительное ослабление или утрата полового влечения	0 1 2 3
68 Чувство чуждости собственного тела	0 1 2 3
69 Понос	0 1 2 3
70 Чувство стыда и скованности в присутствии лиц противоположного пола	0 1 2 3
71 Страх и (или) другие неприятные переживания, появляющиеся только во время пребывания в закрытых помещениях	0 1 2 3
72 Замедленность движений и мыслей, апатия	0 1 2 3
73 Невозможность издать звуки, немота, внезапно появляющаяся и исчезающая	0 1 2 3
74 Запоры	0 1 2 3
75 Чувство, будто Вы хуже других людей	0 1 2 3
76 Ломка, битье, уничтожение предметов от злости или при нервном возбуждении	0 1 2 3
77 Опасение за свое здоровье (страх заболеть каким-либо серьезным заболеванием)	0 1 2 3
78 Упорное, навязчивое, ненужное пересчитывание, например, прохожих, фонарей, автомашин	0 1 2 3
79 Частое пробуждение ночью	0 1 2 3
80 Покраснение лица, шеи, груди	0 1 2 3
81 Чувство страха, возникающее при нахождении в толпе	0 1 2 3
82 Пессимизм, предчувствие неудач и провалов в будущем	0 1 2 3

83 Недомогания, возникающие в трудных и неприятных ситуациях	0 1 2 3
84 Необоснованное чувство опасности, угрозы	0 1 2 3
85 Неожиданное бурное переживание радости, счастья, экстаза	0 1 2 3
86 Постоянное чувство усталости	0 1 2 3
87 Неприятные переживания, связанные с онанизмом	0 1 2 3
88 Чувство, будто Вы живете как во сне	0 1 2 3
89 Дрожь в мышцах рук, ног или всего тела	0 1 2 3
90 Чувство, что Вы легко поддаетесь влиянию других людей	0 1 2 3
91 Аллергические недомогания («сенная» лихорадка, быстро возникающие и проходящие отеки и др.)	0 1 2 3
92 Внутренняя необходимость выполнять какие-либо действия очень медленно и педантично	0 1 2 3
93 Судороги мышц в различных частях тела	0 1 2 3
94 Скопление чрезмерного количества слюны во рту	0 1 2 3
95 Погружение в грезы наяву	0 1 2 3
96 Не поддающиеся управлению взрывы злости и гнева	0 1 2 3
97 Чувство, что Вы больны какой-то тяжелой, угрожающей Вашей жизни болезнью	0 1 2 3
98 Чрезмерная жажда	0 1 2 3
99 Бессонница	0 1 2 3
100 Сильное чувство холода и (или) тепла, возникающее без видимой причины	0 1 2 3
101 Сильный страх предметов, животных или мест, бояться которых нет причины	0 1 2 3
102 Нехватка силы или энергии в какой-либо деятельности	0 1 2 3
103 Затруднение дыхания (например, чувство недостатка воздуха или одышка, появляющиеся внезапно и быстро проходящие)	0 1 2 3
104 Чувство тревоги, беспокойства перед какими-то событиями, встречами и т. д.	0 1 2 3
105 Чувство, что Вас недооценивают	0 1 2 3
106 Снижение быстроты мышления, потеря сообразительности	0 1 2 3
107 Боли или другие неприятные ощущения в половых органах	0 1 2 3
108 Впечатление, что Вы уже однажды видели то, что на самом деле видите сейчас впервые	0 1 2 3



109 Неприятные ощущения или боль, возникающие под влиянием шума, яркого света или легких прикосаний и др.	0 1 2 3
110 Чувство, что люди относятся к Вам враждебно	0 1 2 3
111 Непроизвольное мочеиспускание (например, во время сна)	0 1 2 3
112 Злоупотребление алкоголем	0 1 2 3
113 Непроизвольное дрожание век, лица, головы или других частей тела	0 1 2 3
114 Неприятное потение в моменты волнения	0 1 2 3
115 Чувство, что Вы подчиняетесь (покоряетесь) другим людям	0 1 2 3
116 Постоянное чувство злости, гнева	0 1 2 3
117 Неопределенные, блуждающие боли	0 1 2 3
118 Чувство протеста (бунта)	0 1 2 3
119 Чувство сонливости в течение дня, которое трудно преодолеть и которое вынуждает засыпать хотя бы на какие-то моменты, независимо от обстоятельств	0 1 2 3
120 Чувство прилива крови к голове	0 1 2 3
121 Тревога за близких людей, которым в действительности ничто не угрожает	0 1 2 3
122 Чувство, что Вы хуже, чем другие люди	0 1 2 3
123 Нарушение равновесия	0 1 2 3
124 Страх, что с Вами что-то произойдет, или Вы сами сделаете себе что-либо ужасное (например, выброситесь из окна, или произойдет какая-то катастрофа и т. п.)	0 1 2 3
125 Чувство, что окружающие не интересуются Вами и Вашими делами	0 1 2 3
126 Наплыв мыслей	0 1 2 3
127 Нарушение месячных (у женщин)	0 1 2 3
128 Чувство бесцветности (бледности), малой интенсивности переживаний	0 1 2 3
129 Чувство мышечного напряжения	0 1 2 3
130 Потребность в одиночестве	0 1 2 3
131 Жжение в пищеводе, изжога	0 1 2 3
132 Учащенное мочеиспускание	0 1 2 3
133 Судорога, вынуждающая постоянно вертеть головой	0 1 2 3
134 Мышечные боли (например, боли в пояснице, грудной клетке и т. п.)	0 1 2 3

135 Шум в ушах	0 1 2 3
136 Тошнота, предобморочное состояние	0 1 2 3
137 Снижение половой потенции	0 1 2 3
138 Впечатление, что уже был в каком-то месте или ситуации, в которой на самом деле сейчас находишься впервые	0 1 2 3

***Ключ к симптоматическому опроснику Александровича (138 пунктов)***

I Страх, фобии – 1, 4, 21, 24, 41, 44, 61, 71, 81, 84, 101, 104, 121, 124.

II Депрессивные расстройства – 2, 22, 42, 62, 75, 82, 122.

III Беспокойство, напряжение – 16, 36, 56, 64, 76, 96, 112, 116, 118, 126.

IV Нарушение сна – 19, 39, 79, 99, 119.

V Истерические расстройства – 5, 25, 45, 65, 85, 105, 125.

VI Неврастенические расстройства – 6, 26, 46, 66, 72, 86, 102, 106.

VII Сексуальные расстройства – 7, 27, 47, 67, 87, 107, 137.

VIII Дерезализация – 8, 28, 48, 68, 88, 108, 128, 138.

IX Навязчивости – 12, 18, 32, 38, 52, 58, 78, 92.

X Трудности в социальных контактах – 10, 30, 50, 70, 130.

XI Ипохондрические расстройства – 17, 37, 57, 77, 97, 117.

XII Психастенические нарушения – 15, 35, 55, 90, 95, 110, 115.

XIII Соматические нарушения – 3, 9, И, 13, 14, 20, 23, 29, 31, 33, 34, 40, 43, 49, 51, 53, 54, 59, 60, 63, 69, 73, 74, 80, 83, 89, 91, 93, 94, 98, 100, 103, 109, 111, 113, 114, 120, 123, 127, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136.

Если, отвечая на вопрос, пациент отмечает 0, то за такой ответ начисляется 0 баллов; 1 – 4 балла; 2 – 5 баллов; 3 – 7 баллов.

Подсчитывается сумма баллов по отдельным субшкалам (I – XIII) и общая сумма баллов (суммирование показателей всех субшкал I – XIII).

### ***3 Оценка уровня депрессии***

Оценка выраженности уровня депрессии проводится с использованием шкалы депрессии, разработанной и адаптированной в отделении наркологии НИИ им. В. М. Бехтерева Балашовой. Опросник разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для экспресс-диагностики при массовых исследованиях, а также в целях предварительной, доврачебной диагностики. Исследование с обработкой полученных результатов занимает 20 – 30 минут. В

процессе работы испытуемый отмечает свои ответы на предлагаемом стандартном бланке.

### **Бланк для ответов**

**Инструкция.** Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

- 1 – никогда или изредка.
- 2 – иногда.
- 3 – часто.
- 4 – почти всегда или постоянно.

1 Я чувствую подавленность	1 2 3 4
2 Утром я чувствую себя лучше всего	1 2 3 4
3 У меня бывают периоды плача или близости к слезам	1 2 3 4
4 У меня плохой ночной сон	1 2 3 4
5 Аппетит у меня не хуже обычного	1 2 3 4
6 Мне приятно смотреть на привлекательных женщин, разговаривать с ними, находиться рядом	1 2 3 4
7 Я замечаю, что теряю вес	1 2 3 4
8 Меня беспокоят запоры	1 2 3 4
9 Сердце бьется быстрее, чем обычно	1 2 3 4
10 Я устаю без всяких причин	1 2 3 4
11 Я мыслю так же ясно, как всегда	1 2 3 4
12 Мне легко делать то, что я умею	1 2 3 4
13 Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1 2 3 4
14 У меня есть надежды на будущее	1 2 3 4
15 Я более раздражителен, чем обычно	1 2 3 4
16 Мне легко принимать решения	1 2 3 4
17 Я чувствую, что полезен и необходим	1 2 3 4
18 Я живу достаточно полной жизнью	1 2 3 4
19 Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру	1 2 3 4
20 Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	1 2 3 4

Уровень депрессии (УД) рассчитывается по формуле:  $УД = \text{Сумма «прямых»} + \text{Сумма «обратных»}$ , где Сумма «прямых» – сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям: №№ 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19; Сумма «обратных» – сумма зачеркнутых цифр к «обратным» высказываниям: №№ 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20. В результате получается УД, который колеблется от 20 до 80 баллов.

Если УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии. Если УД находится в диапазоне от 50 до 59 баллов, то делается вывод о наличии легкой депрессии ситуативного или невротического генеза. При показателе УД от 60 до 69 баллов диагностируется субдепрессивное состояние или маскированная депрессия. Истинное депрессивное состояние диагностируется при УД более, чем 70 баллов.

#### ***4 Оценка уровня тревоги***

Уровень тревоги оценивается с помощью личностной шкалы проявлений тревоги Тейлор. Утверждения опросника входят в состав ММРІ в качестве дополнительной шкалы. Опросник адаптирован Немчиным и включает в себя 50 утверждений. В соответствии с инструкцией каждое утверждение предлагается обследуемому на отдельной карточке. Испытуемый откладывает карточки вправо и влево в зависимости от того, согласен он или не согласен с содержащимися в них утверждениями. Исследование продолжается в течение 15–30 мин.

#### **Текст опросника**

- 1 Обычно я спокоен, и вывести меня из себя нелегко.
- 2 Мои нервы расстроены не более, чем у других людей.
- 3 У меня редко бывают запоры.
- 4 У меня редко бывают головные боли.
- 5 Я редко устаю.
- 6 Я почти всегда чувствую себя вполне счастливым.
- 7 Я уверен в себе.
- 8 Практически я никогда не краснею.
- 9 По сравнению со своими друзьями я считаю себя вполне смелым человеком.
- 10 Я краснею не чаще, чем другие.
- 11 У меня редко бывает сердцебиение.
- 12 Обычно мои руки достаточно теплые.

- 13 Я застенчив не более, чем другие.
- 14 Мне не хватает уверенности в себе.
- 15 Порой мне кажется, что я ни на что не годен.
- 16 У меня бывают периоды такого беспокойства, что я не могу усидеть на месте.
- 17 Мой желудок сильно беспокоит меня.
- 18 У меня не хватает духа вынести все предстоящие трудности.
- 19 Я хотел бы быть таким же счастливым, как другие.
- 20 Мне кажется порой, что передо мной нагромождены такие трудности, которые мне не преодолеть.
- 21 Мне нередко снятся кошмарные сны.
- 22 Я замечаю, что мои руки начинают дрожать, когда я пытаюсь что-либо сделать.
- 23 У меня чрезвычайно беспокойный и прерывистый сон.
- 24 Меня весьма тревожат возможные неудачи.
- 25 Мне приходилось испытывать страх в тех случаях, когда я точно знал, что мне ничто не угрожает.
- 26 Мне трудно сосредоточиться на работе или на каком-либо задании.
- 27 Я работаю с большим напряжением.
- 28 Я легко прихожу в замешательство.
- 29 Почти все время испытываю тревогу из-за кого-либо или из-за чего-либо.
- 30 Я склонен принимать все слишком всерьез.
- 31 Я часто плачу.
- 32 Меня нередко мучают приступы рвоты и тошноты.
- 33 Раз в месяц или чаще у меня бывает расстройство желудка.
- 34 Я часто боюсь, что вот-вот покраснею.
- 35 Мне очень трудно сосредоточиться на чем-либо.
- 36 Мое материальное положение весьма беспокоит меня.
- 37 Нередко я думаю о таких вещах, о которых ни с кем не хотелось бы говорить.
- 38 У меня бывали периоды, когда тревога лишала меня сна.
- 39 Временами, когда я нахожусь в замешательстве, у меня появляется сильная потливость, что очень смущает меня.
- 40 Даже в холодные дни я легко потею.
- 41 Временами я становлюсь таким возбужденным, что мне трудно заснуть.

- 42 Я – человек легко возбудимый.
- 43 Временами я чувствую себя совершенно бесполезным.
- 44 Порой мне кажется, что мои нервы сильно расшатаны, и я вот-вот выйду из себя.
- 45 Я часто ловлю себя на том, что меня что-то тревожит.
- 46 Я гораздо чувствительнее, чем большинство других людей.
- 47 Я почти все время испытываю чувство голода.
- 48 Иногда я расстраиваюсь из-за пустяка.
- 49 Жизнь для меня связана с необычным напряжением.
- 50 Ожидание всегда нервирует меня.

Оценка результатов исследования по опроснику производится путем подсчета количества ответов обследуемого, свидетельствующих о наличии тревожности.

Каждый ответ «да» на высказывания 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50 и ответ «нет» на высказывания 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 оценивается в 1 балл.

Суммарная оценка: суммарный показатель, равный 40-50 баллам, свидетельствует о наличии очень высокого уровня тревоги; показатель в 25–40 баллов свидетельствует о высоком уровне тревоги; 15 –25 баллов – признак среднего (с тенденцией к высокому) уровня тревоги; показатель в диапазоне от 0 до 5 баллов характеризует низкий уровень тревоги.

Учебное издание

Мальцева Лариса Валентиновна

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ  
В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА  
СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ

Учебное пособие

Редактор Н. М. Быкова

---

Подписано в печать 14.02.23	Формат 60x84 1/16	Бумага 80 г/м <sup>2</sup>
Печать цифровая	Усл. печ. л. 7,875	Уч.-изд. л. 7,875
Заказ № 03	Тираж 100	

---

Библиотечно-издательский центр КГУ.  
640020, г. Курган, ул. Советская, 63/4.  
Курганский государственный университет.