



КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Кызыл
2023

ФГБОУ ВО ТУВИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Клиническая психология

Учебно–методическое пособие

Кызыл 2023 г.

УДК 159.9 (075.8)

ББК 88я73

Печатается по решению учебно–методического совета
Тувинского государственного университета

Рецензенты:

Салчак Ая Михайловна, к.п.н., доцент кафедры психологии Кызылского педагогического института им. Народного писателя Республики Тыва А.А. Даржая ТувГУ.

Куулар Салбакай Опееновна, психолог высшей квалификационной категории Государственного бюджетного учреждения Республики Тыва «Республиканский центр психолого-медико-социального сопровождения «Сайзырал».

Клиническая психология : учебно–методическое пособие для студентов, обучающихся по направлениям подготовки 37.03.01 Психология и 44.03.02 Психолого-педагогическое образование / составители: А.Ю. Домбуу, Ч. Н. Монгуш. – Кызыл : Издательство Тувинского государственного университета, 2023. – 108 с.

Учебно-методическое пособие содержит материал, соответствующий программе дисциплины «Клиническая психология» и состоит из пяти модулей, тестовых заданий, вопросов к зачёту и экзамену, глоссария. В каждом модуле раскрываются основные направления клинической психологии: патопсихология, нейропсихология, психология аномального развития и психосоматика. Каждый модуль включает в себя тему лекций и план семинарских, практических занятий, ситуационные задачи, примерные темы докладов. Основная задача данного пособия состоит в том, чтобы углубить, систематизировать и закрепить теоретические знания студентов и сформировать навыки, умения по основным направлениям профессиональной деятельности. А также поможет разобраться в наиболее сложных вопросах клинической психологии.

Представленные материалы могут быть полезны преподавателям психологии и студентам высших учебных заведений, будущим специалистам психологического и психолого-педагогического профиля.

© Тувинский государственный университет, 2023

Оглавление

Пояснительная записка	4
Методические указания по освоению дисциплины	6
Модуль I. Актуальные проблемы теории и практики клинической психологии	9
Модуль II. Введение в нейропсихологию	22
Модуль III. Введение в патопсихологию.	32
Модуль IV. Введение в психологию аномального развития	39
Модуль V. Введение в психосматику.	49
Тестовые задания.....	61
ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ЭКЗАМЕНУ:.....	72
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	77
ПРИЛОЖЕНИЕ	79
ГЛОССАРИЙ.....	89

Пояснительная записка

Клиническая психология в настоящее время является одной из ведущих социально значимых отраслей современной психологии. Актуальность изучения клинической психологии обусловлена тем, что профессиональная подготовка будущих психологов к работе с лицами страдающими отклонениями в состоянии душевного здоровья, формирование личностной готовности студентов являются сложными задачами в профессиональной деятельности психолога. Учебно-методическое пособие «Клиническая психология» опирается на подготовку обучающихся по предметам психологического цикла: «Общая психология», «Психофизиология», «Нейропсихология», «Психология развития и возрастная психология» и др.

В учебно-методическом пособии «Клиническая психология» приведены: основные тезисы лекций и темы семинарских занятий с теоретическим материалом, с перечнем рекомендуемой литературы, задания к практическим занятиям, темы докладов.

Цель учебно-методического пособия «Клиническая психология» – получение обучающимися системных теоретических, научных и прикладных знаний об основных теоретических проблемах и практических задачах, методологии и категориальном аппарате клинической психологии, а также принципах и методах психологической диагностики психических расстройств.

Задачи учебно-методического пособия «Клиническая психология» состоят в следующем:

1. Формирование представлений о фундаментальном, прикладном и междисциплинарном характере клинической психологии, ее вкладе в разработку теоретических проблем общей психологии, теорию и практику медицины и здравоохранения.

2. Ознакомление с основными разделами клинической психологии (патопсихология, нейропсихология, психология соматически больных, профилактика состояний нервно–психической дезадаптации и формирование здорового образа жизни).

3. Формирование системных теоретических, научных и прикладных знаний о клинико–психологической феноменологии, механизмах и факторах риска возникновения расстройств психического, психосоматического здоровья и развития.

4. Формирование и развитие умений и навыков применения категориального аппарата клинической психологии, основ методологии синдромного и каузального анализа расстройств психической деятельности, психосоматического здоровья и личности в контексте практических, научно–исследовательских задач.

5. Развитие профессионально важных качеств личности, значимых для реализации формируемых компетенций.

Учебно-методическое пособие «Клиническая психология» направлено на помощь студентам подобрать необходимую литературу и определить основные направления в подготовке к семинарским, практическим занятиям, а также в изучении материала при подготовке к зачету или экзамену.

Методические указания по освоению дисциплины

Для подготовки к занятиям лекционного типа (лекциям) обучающийся должен:

- внимательно прочитать материал предыдущей лекции;
- ознакомиться с учебным материалом по учебнику, учебным пособиям, а также электронным образовательным ресурсам с темой прочитанной лекции;
- внести дополнения к полученным ранее знаниям по теме лекции на полях лекционной тетради;
- записать возможные вопросы, которые следует задать преподавателю по материалу изученной лекции.

Для подготовки к занятиям семинарского типа (семинарским занятиям) и практическим занятиям обучающийся должен: внимательно изучить теоретический материал по конспекту лекции, учебникам, учебным пособиям, а также электронным образовательным ресурсам; подготовиться к устному опросу или выступлению на заданную тему.

Семинарское занятие проводится в группе. Каждый студент работает самостоятельно, совещаясь и обсуждая возможные варианты. Когда ответы готовы студент представляет свое определение, обосновывая его содержание. Задача остальных студентов – задавать уточняющие вопросы, обсуждать, при необходимости критиковать.

Выполнение домашних заданий осуществляется в форме:

- работы с учебной, учебно–методической и научной литературой, электронными образовательными ресурсами (например, просмотр видеолекций или учебных фильмов), конспектами обучающегося: чтение, изучение, анализ, сбор и обобщение информации;
- подготовки тематических сообщений и выступлений.

Требования к оформлению докладов

1. Требования к оформлению текста: 14 кегль, шрифт Times New Roman через 1,5 интервал на отдельных белых листах А4, поля 2 см – слева, остальные – 1,5 см, выравнивание по ширине страницы, соблюдены правила орфографии и пунктуации.

2. В тексте обязательно должны присутствовать ссылки на использованные источники с указанием его номера в общем

списке и страницы. При написании работы обязательно должны быть использованы статьи из специализированных журналов. Допускаются ссылки на электронные источники. Список использованных источников должен включать не менее 5 наименований.

3. Объем доклада – от 3 до 5 страниц печатного текста (14 кегль, Times New Roman, 1,5 интервал).

4. В докладе должен быть указан список использованной литературы

5. Выступление – не более 10–15 минут.

Требования к содержанию докладов

Выбор темы определяется в соответствии со списком или согласовывается с преподавателем.

При изложении материала студент должен придерживаться принципа «проблемности изложения»: рассмотреть, кто и когда из ученых занимался изучением данной темы, каких взглядов придерживался, какое развитие получила данная проблематика в дальнейшем. Текст должен быть хорошо логически структурирован, выделены абзацы, ключевые понятия, даны их определения, четко обозначены позиции упоминаемых студентом авторов.

Приветствуется представление результатов в табличной форме, демонстрация навыков сравнительного анализа. Стилистика изложения материала должна носить выраженный научно–исследовательский характер.

Критерии оценки докладов, рефератов:

– оценка «отлично» выставляется студенту, если студент владеет материалом, грамотно и, по существу, излагает содержание темы, обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, студент свободно справляется с вопросами и использует в ответе материал из литературы, выдержан объём и соблюдены требования к оформлению.

– оценка «хорошо» выставляется, если допускаются незначительные погрешности в ответе, допущены незначительные недочёты. В частности, имеются неточности в

изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём; имеются незначительные упущения в оформлении.

– оценка «удовлетворительно» выставляется, если студент допускает неточности при изложении вопроса, имеются существенные отступления от темы и оформления. В частности, тема освещена лишь частично или допущены фактические ошибки в содержании, отсутствует вывод.

– оценка «неудовлетворительно» выставляется, если студент допускает неточности при изложении вопроса, тема не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы, не соблюдены требования к оформлению.

Оценивание выполнения практических задач

1. Правильное использование психологической и нейропсихологической терминологии, раскрытие основных признаков и характерных черт понятий, явлений, процессов;

2. Полнота и лаконичность ответа, даваемого в устной или письменной форме; четкость аргументации;

3. Глубина анализа нейропсихологических источников;

4. Умение применить положения нейропсихологической теории к конкретной практической ситуации и мотивировать сделанный выбор;

5. Логика и аргументированность изложения;

7. Корректное приведение примеров, аналогий, сравнений;

8. Применение полученных знаний на практике и сформированность практических навыков.

Критерии оценки практических заданий и ситуационных задач:

– оценка «отлично» выставляется студенту если задание решено самостоятельно. При этом составлен правильный алгоритм решения задания, в логических рассуждениях, получен верный ответ, задание решено рациональным способом.

– оценка «хорошо» выставляется студенту если задание решено с подсказкой преподавателя. При этом составлен правильный алгоритм решения задания, в логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок; есть объяснение решения, но задание решено нерациональным

способом или допущено не более двух несущественных ошибок, получен верный ответ.

– оценка «удовлетворительно» ставится если студент задание решил с подсказками преподавателя. При этом задание понято правильно, в логическом рассуждении нет существенных ошибок, но допущены существенные ошибки в выборе понятий задание решено не полностью или в общем виде.

– оценка «неудовлетворительно» выставляется если студент не решил задание.

Модуль I. Актуальные проблемы теории и практики клинической психологии

Лекция 1. 1.1. Общее представление о клинической психологии как науки

Клиническая психология – область психологической науки, изучающая общие и частные закономерности изменения и восстановления психической деятельности при разных патологических состояниях и аномалиях развития.

Объект клинической психологии – феномены нарушений и изменений психики.

Предмет клинической психологии – механизмы нарушения психической деятельности, возникающие вследствие соматических болезней.

Задачи клинической психологии:

1. Дифференциально–диагностическая. Помощь в установлении нозологического диагноза – описание клинических проявлений.
2. Решение экспертных вопросов: воинская экспертиза; медико–социальная экспертиза; судебная экспертиза.
3. Установление и описание структуры психических дефектов при различных душевных заболеваниях.
4. Описание динамики психического состояния пациента в процессе психотерапии.
5. Реабилитация и психологическая коррекция больных с психическими заболеваниями.

6. Формирование адекватной внутренней картины болезни. Информирование больного о его заболевании, прогнозах лечения и т.д.

*Значение клинической психологии для развития
общепсихологической теории*

Исследования в области клинической психологии имеют большое значение для общетеоретических вопросов психологии. Вот некоторые из них:

А. Один из них касается роли личностного компонента в структуре познавательной деятельности. Современная психология преодолела взгляд на психику как на совокупность «психических функций». Роль мотивационного (личностного) фактора должна быть включена в характеристику строения всех наших психических процессов (это показано в работах А.Н. Леонтьева и П.Я. Гальперина). Эти положения советской психологии нашли свое выражение в общетеоретических установках. Однако их трудно экспериментально доказать, имея дело со сформировавшимися процессами. Но эта возможность представляется при анализе различных форм нарушений психической деятельности.

В исследовании патологии восприятия Е. Т. Соколовой. Экспериментально было выявлено, что «фактором», ответственным за многие проявления познавательной деятельности, является «мотивационная смещенность» больных. Этот факт имеет принципиальное значение: он доказывает, что все наши процессы являются по-разному оформленными видами деятельности, опосредованными и личностно мотивированными.

Б. Вопрос о соотношении биологического и психологического в развитии человека.

Биологические особенности болезни не являются прямыми, непосредственными причинами нарушений психики. Они изменяют ход психических процессов, т.е. играют роль условий, в которых разворачивается собственно психологический процесс – процесс формирования аномальной личности. Этот вывод согласуется с общими положениями отечественной науки.

Патопсихологические исследования показывают, что деятельность здорового человека отличается от больного.

Прямой перенос особенностей личности больных на типологию здорового человека неправомерен. Этот тезис важен не только при разрешении теоретических вопросов, но и при построении экспериментальных психологических приемов. Так же, как и при анализе психологической деятельности, при выборе методов исследований должен быть сохранен принцип анализа: от закономерностей здоровой психики к патологии.

В. Вопрос о соотношении развития и распада психики.

Проблема соотношения распада и развития психики имеет большое значение для теории психологии и психиатрии, для понимания строения психической деятельности человека (на это указывали Г.Е. Сухарева, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев). Раньше отстаивалась точка зрения о регрессе психической деятельности душевнобольного человека на онтогенетически более низкий уровень развития. Однако при более глубоком анализе вскрывается качественное отличие мышления психически больного от мышления ребенка. Все формы поведения больных лишь внешне напоминают структуру поведения ребенка на определенном этапе его развития. Психическая болезнь протекает по биологическим законам, которые не могут повторить закономерности развития. Даже в тех случаях, когда она поражает наиболее молодые, специфически человеческие отделы головного мозга, психика больного человека не принимает структуру психики ребенка на ранней ступени его развития. Тот факт, что больные утрачивают возможность думать и рассуждать на более высоком уровне, означает лишь, что ими утрачены более сложные формы поведения и познания, но подобная утрата не означает еще возврата к этапу детства. Распад психики не является негативом развития.

Основные разделы клинической психологии: патопсихология, нейропсихология, психосоматика, психология аномального развития, психотерапия.

Методы клинической психологии: метод наблюдения и клинико-психологическая беседа; метод измерения (опросники, тесты, проективные методы); метод эксперимента; синдромный анализ; метод функциональной пробы.

Лекция 1. 2. Принципы клинико–психологического исследования в клинической психологии

1. *Знакомство с историей болезни.* Этот этап важен для понимания проблемы дифференциальной диагностики:

- анамнез семьи, анамнез заболевания;
- актуальный психический статус – состояние больного при госпитализации;
- наличие вредных привычек.

2. *Принцип моделирования психической деятельности.* Во время проведения экспериментально–психологического обследования мы модулируем психическую деятельность, которую человек осуществляет в обычной жизни, но условия проведения непривычные для него.

3. *Принцип функциональной пробы* (воздействие на исследуемый орган или психическую функцию). Каждая из психологических методик, предлагаемых больному, представляет собой своего рода «функциональную пробу» на исследование той или иной психической функции. В ситуации психологического эксперимента роль «функциональной пробы» могут играть те экспериментальные задачи, которые актуализируют умственные операции, которыми пользуется человек в своей жизнедеятельности, его мотивы, побуждающие эту деятельность.

4. *Принцип учета отношения пациента к обследованию.* В связи с этим уже то, как больной принимает задание может свидетельствовать о сохранности или измененности его личностных установок. Личностное отношение больного включает в себя как эмоциональные реакции на успех или неуспех при выполнении конкретных заданий, так и общее отношение к экспериментально–психологическому исследованию. Характер личностного отношения дает информацию для диагностики состояния эмоционально–личностной сферы и определяет тактику экспериментально–психологического исследования. Важно, формируется ли мотив экспертизы.

5. *Принцип преимущества качественного анализа результатов исследования над количественным.*

Именно качественный анализ позволяет выяснить реальные механизмы нарушений, то есть какие именно психические функции нарушены. А анализ ошибок, способов решения задач позволяет оценить характер нарушений психических процессов. Качественный анализ надо сочетать с количественным анализом.

6. *Использование комплекса экспериментально–психологических методик.* Для исследования каждой отдельной функции психолог дает больному столько методик сколько пациенту необходимо, чтобы ответить на вопрос сохранна данная функция или нарушена. И если нарушена, то выявить характер нарушения. Важно выявить и сохранные функции. И наконец, только полное исследование позволяет диагностировать и описать у больного тот или иной «патопсихологический» синдром.

7. *Проведение повторных патопсихологических исследований.* Для изучения:

- * эффективности терапии;
- * динамики нарушения;
- * стойкости нарушения;
- * исключения случайных искажающих факторов (суточные колебания).

8. *Обязательное протоколирование всей процедуры обследования.*

9. *Наличие предварительных выводов.*

10. *Обучающая тактика.*

Лекция 1.3. Краткая история развития клинической психологии в России и за рубежом

Говоря об истории клинической психологии, следует отметить, что эта наука еще более молодая, чем вся психология в целом. Она возникла в начале XX столетия на стыке двух наук – медицины и психологии, и в ее формирование внесли свой вклад как врачи, так и психологи. Основоположником медицинской психологии считается американский психолог Лайтнер Уитмер, который в 1907 году на страницах основанного им журнала «Психологическая клиника» провозгласил рождение новой специальности – клинической психологии. Кроме того, под

руководством Уитмера была открыта первая в истории психологическая клиника для детей с нарушениями психического развития. В то же время, было бы преувеличением сказать, что Уитмер в одиночку создал медицинскую психологию. Он лишь констатировал факт ее появления, тогда как целый ряд выдающихся ученых еще до Уитмера своими трудами в конце XIX – начале XX века подготовили рождение новой научной дисциплины. Перечислим имена наиболее известных из этих ученых. Прежде всего, мы должны назвать выдающегося французского психолога Теодюля Рибо, который в конце XIX столетия первым начал использовать метод психологического эксперимента для изучения патологических нарушений психики. Тем самым Рибо заложил основы современной патопсихологии. Особенно известен Рибо своими исследованиями нарушений памяти, а открытый им закон, характеризующий нарушения памяти при органических заболеваниях головного мозга, по сей день носит его имя. Выдающийся немецкий психиатр Эмиль Крепелин, сам не сделав каких-либо открытий в области медицинской психологии, тем не менее, также внес существенный вклад в ее развитие тем, что активно способствовал внедрению экспериментально-психологических методов в клиническую работу психиатров и придавал этим методам большое значение в диагностике психических расстройств. Работы Фрейда оказали большое влияние на разные области науки – психиатрию психологии, философию, искусствоведение. На рубеже XIX и XX столетий он создал первую в истории теорию психогенеза неврозов и доказал, что неврозы являются заболеваниями психогенными, т.е. вызываются действием психической травмы (до Фрейда их считали дегенеративными болезнями нервной системы). Кроме того, Фрейд разработал первый в истории метод психологического лечения неврозов. Открытие Фрейдом явления истерической конверсии создало предпосылки для развития в дальнейшем еще одной области медицинской психологии – психосоматики.

В 1885 г. В. Бехтерев в Казани создал первую в России лабораторию экспериментальной психологии (лабораторию медицинской психологии).

В 1886 г. С. Корсаков в Москве открыл лабораторию экспериментальной психологии.

В. Бехтерев, стоявший у истоков отечественной патопсихологии, следовал естественнонаучным идеям И. Сеченова, и определил предмет и задачи патопсихологии (в первоначальном варианте – называлась «патологической психологией»).

В. Бехтерев считал, что предметом патологической психологии должно стать изучение ненормальных проявлений психической сферы, потому, как они определяют задачи психологии лиц «нормальных».

Основные принципы патопсихологического исследования в школе Бехтерева включали качественные анализы расстройства психики, личностный подход, использование комплекса методик, соотношение результата исследования с данными здоровых лиц, наблюдение за испытуемыми в ходе экспериментов, сочетание разных экспериментальных методик для того, чтобы исследовать одни и те же патологические явления.

Представители школы Бехтерева сформулировали основные принципы патопсихологических исследований, разработали различные экспериментально–психологические методики для исследования душевнобольных, которые широко используются и сегодня, накопили огромный материал относительно расстройств психических процессов.

А. Лазурский ввел в психологию метод естественного эксперимента, первоначально используемый в педагогической психологии, а затем применявшийся и в клинической психологии. Россолимо оказал существенное влияние на становление патопсихологии, предприняв прогрессивные на тот момент попытки ввести в патопсихологию метод тестов как наиболее объективный метод исследования психики в патологическом и нормальном состояниях.

Работы Л. С. Выготского и его последователей (в первую очередь, А. Н. Леонтьева и А. Р. Лурии), оказали огромное влияние на развитие патопсихологии как самостоятельной отрасли психологической науки и практики. Выготский сформировал идеи о природе и генезисе психики в рамках культурно–исторической теории развития высших психических

функций, которые стали основополагающими в развитии базовых отраслей отечественной психологии (общей психологии, психологии развития и возрастной (детской) психологии, педагогической психологии).

Культурно–историческая концепция формирования высших психических функций и деятельностный подход, став теоретическими базами патопсихологии, определили методологию и технологию проведения патопсихологического исследования.

Нейропсихология – отрасль психологической науки, возникшая на стыке психологии, медицины (неврологии, нейрохирургии) и физиологии, изучающая мозговые механизмы психических процессов на материале локальных поражений мозга, созданная в нашей стране работами А. Р. Лурия и его учеников, которые в течение 50 лет разрабатывали различные проблемы нейропсихологии.

Как самостоятельная научная дисциплина нейропсихология оформилась в 40–50 гг., чему способствовал целый ряд причин:

- во-первых, новые физиологические теории (теория функциональных систем П. К. Анохина и концепция многоуровневого построения движений Н. А. Бернштейна). Идея системного подхода к высшим психическим функциям, предложенная П. К. Анохиным, и представление о постоянных и меняющихся компонентах движения (как психической функции), разработанное Н. А. Бернштейном, легли в основу теоретических представлений А. Р. Лурия, который использовал эти положения для построения теории системной динамической локализации высших психических функций человека;

- во-вторых, появление концепции культурно–исторического развития высших психических функций Л. С. Выготского. Автор выдвинул идею о системном строении и системной мозговой организации высших форм психической деятельности, о последовательном формировании ВПФ человека и последовательном (прижизненном) изменении их мозговой организации как основной закономерности психического развития. Исследования Л. С. Выготского легли в основу научного изучения системного строения различных психических

процессов, разработки возможности компенсации нарушенных психических функций при локальном поражении мозга;

– и в-третьих, успехи неврологии, нейрохирургии и патопсихологии. В ходе Великой Отечественной войны появилось большое количество раненых с поражением головного мозга, что позволило провести клиническую проверку теоретических исследований. Огромный вклад в становление нейропсихологии внесла Б. В. Зейгарник со своими сотрудниками, изучая патологию мыслительных процессов и аффективной сферы при органических поражениях мозга.

Лекция 1.4. Проблемы нормы и патологии в клинической психологии

Проблема употребления термина «норма» применительно к явлениям психической жизни человека неоднократно обсуждалась в литературе. В психологии возникает проблема отсутствия единства взглядов и заимствования представлений о норме из других наук, в частности, из медицины и психиатрии. В психиатрии данная проблема предстаёт в форме дихотомии «норма–патология». Необходимость чёткого определения границ психической нормы возникла в рамках пограничной психиатрии, что во многом было связано с прогрессом в области психофармакологии, патоморфозом психических заболеваний и появлением их скрытых форм. Также это касается психопатий, клиники и педагогики трудного детства, судебно–психиатрических феноменов.

Психоанализ существенно раздвинул границы психопатологии путём включения в неё так называемой «психопатологии обыденной жизни» и ввёл представление о непрерывности, континууме проявлений и состояний психики. Прежде, чем приступить к сложившемуся представлению о «нормальной психике», выделим дискретные критерии нормы/патологии.

1. Онтологические критерии (т.е. норма как данное).

Субъективный отчёт. Единственным критерием нарушения является представление об этом самого испытуемого. Возражения: симуляция, субъективное ощущение спокойствия (например, анозогнозия), эйфория, тревога как адаптивная

сигнальная эмоция (Кэнон).

Опора на опыт и интуицию. Формулируется в рамках критики статистического метода в диагностики. Интуиция как автоматизированный, «свёрнутый» опыт является критерием нормальности текущего состояния и в целом процесса развития личности (основной критерий в психотерапевтической работе).

Статистические критерии. Нормальным признаётся то, что присуще большинству представителей рассматриваемой популяции. Норма определяется как некоторым образом выбранный диапазон вокруг «средней психики», а к области патологии относится то, что выходит за пределы этого диапазона. Возражения: гениальность как форма патологии. Ситуативность критерия – мокрые носы во время эпидемии гриппа как норма. При многомерном описании объекта диапазон нормальности сужается, и нормальным может оказаться один человек на 1000 (статистическое определение «нормального характера»). Неправомерность представления о психике как о сумме её компонентов, например, познавательных функций. Экспериментально–психологические методики, работающие по принципу «функциональной пробы», не могут определить нормальность психики как целого (нормальная память у больных шизофренией и сниженная память при нормальном процессе старения).

Норма как приспособленность к условиям жизни (критерий адаптивности). Выживание личности определяется степенью адаптации к социальной среде. Присущая биологическим объектам однозначная и непосредственная связь между адаптацией и выживанием оказывается разорванной в социокультурном существовании. Например, может возникать рассогласование требований сиюминутной и долгосрочной адаптации (адаптация к микросоциуму и дезадаптация к макросоциуму в условиях преступной среды). Не все виды психической патологии угрожают физическому существованию, и, наоборот, не всякие поступки, угрожающие жизни организма, являются патологическими (несостоятельность критерия «выживаемости»).

2. Деонтологические критерии (т.е. норма как должное).

Норма как предписание или запрет. Разделение понятий

«норма» и «норматив». Норма – явление объективное, реальное, индивидуальное. Нормативы устанавливаются специалистами с известной степенью компетенции (правовые и этические нормы, нормы морали). Нормы отражают реальное состояние объекта, а нормативы степень его познания. Представление о норме как идеале, задающем социально желательные формы поведения. В христианстве нормальным выступает Христос, а обычные люди патологичны (идея первородного греха). Норма становится условной и зависимой от конкретной системы ценностей. В рамках классического психоанализа происходит непомерное расширение патологии (здоровые люди как минимум невротики), а в антипсихиатрическом подходе даже явные психические заболевания являются формой адаптации в нездоровом обществе. Ценностный компонент (идеальные представления о человеке) психотерапии. Онтологическая фиктивность понятия нормы как образца, стандарта, эталона.

Социальные критерии нормоповедения служат следование социальным нормам, т.е. требованиям того общества, к которому принадлежит индивид. Ограничения: множественность микросоциумов и неоднозначность предъявляемых требований. Социокультурный релятивизм (пример с каннибализмом). Множественность норм. Конформизм и девиантное (отклоняющееся) поведение. Парадокс: неконформизм как патология. Норма/патология ставятся в зависимость от представлений об общественной пользе. Проблема стигматизации и социальных стереотипов отношения к психически больным, тенденция к расширению амбулаторной сети на Западе.

В психиатрии понятие нормы традиционно складывалось «от противоположного», т.е. в отсутствие изначального онтологического образа нормы. Нормальное определялось как отсутствие патологии. В нозологическом подходе дихотомия «норма–патология» представлена в варианте «здоровье–болезнь». Основные принципы и понятийный аппарат нозологического подхода, поиск анатомо–морфологического субстрата (по аналогии с соматической болезнью). Другая научная крайность – психологизация объяснительных принципов (психоанализ). Концепция коморбидности (опора на ведущий синдром).

Классификация психических болезней в США представляет собой сужение рамок психиатрической диагностики. В МКБ 10 – кластер «Шизотипическое расстройство», в который попадает значительная часть неосложнённых продуктивной симптоматикой случаев шизофрении. Передача данных расстройств в ведение психологов и психотерапевтов, и избегание необходимости осмысления перехода от патологии к норме. Таким образом, в рамках психиатрии психическое здоровье можно определить как такое относительно устойчивое состояние организма и личности, которое позволяет человеку осознанно, учитывая свои физические и психические возможности, а также окружающие природные и социальные условия, осуществлять и обеспечивать свои индивидуальные и общественные, биологические и социальные потребности на основе нормального функционирования психофизиологических систем, здоровых психосоматических и соматопсихических отношений в организме. Путь критики дискретных критериев нормы – тенденция к редукционизму.

Непрерывный, или континуальный подход к проблеме норма/патология снимает необходимость определения онтологии данных понятий. В попытках построить целостное представление о психической норме, не сводимое к медико–биологическим феноменам и свободное от социально–психологической «интерференции» обращаются к конструкту «личность», являющемуся и содержательным, и менее расплывчатым, и общим, чем понятие «психика». Целостность и принцип развития. Б.С. Братусь определяет нормальное развитие как такое развитие, которое ведёт человека к обретению им родовой человеческой сущности. Разнообразие теоретических подходов к определению личности, имплицитно содержащих представления о её патологии, нарушениях поведения. Нормальное развитие личности и патологические отклонения в её развитии. Целостный и «атомарный» (сумма функций) подходы к пониманию личности. Континуальность в психиатрии: норма – акцентуация – психопатия – патология.

Семинарское занятие 1.1. Актуальные проблемы теории и практики клинической психологии

Цель: выработать умение применять теоретические положения клинической психологии в практике профессиональной деятельности психолога и помочь разобраться в наиболее сложных вопросах учебной дисциплины.

Вопросы для обсуждения на занятии

1. Что собой представляет предмет клинической психологии?
2. Какие объекты являются основными для изучения клинической психологии?
3. Назовите основные направления клинической психологии.
4. Назовите теоретические проблемы и практические задачи клинической психологии.
5. Теоретические и практические подходы к определению нормы и патологии психической деятельности.
6. Становление клинической психологии в России и за рубежом

Темы докладов

1. Клиническая психология ее предмет и задачи.
2. Методология и методы клинической психологии.
3. Роль клинической психологии в решении общепсихологических проблем.
4. Характеристики основных разделов клинической психологии и перспективы их развития.
5. Общая характеристика, история и современное состояние клинической психологии.
6. Профессиональная этика клинического психолога.

Список литературы:

1. Венгер, А. Л. Клиническая психология развития : учебник и практикум для вузов / А. Л. Венгер, Е. И. Морозова. – Москва : Издательство Юрайт, 2023. – 312 с. – (Высшее образование). – ISBN 978–5–534–03304–5// Образовательная платформа Юрайт [сайт]. –URL: <https://urait.ru/bcode/513694> – Текст : электронный.

2. Карвасарский, Б. Д. Клиническая психология : учебник для вузов / Б.Д. Карвасарский, Н.Н. Володин, А.П. Бизюк. – Санкт–Петербург : Издательство Питер, 2019. – 896 с. – (Высшее образование). – ISBN: 978–5–4461–1206–7 /. – Текст: непосредственный

3. Колесник, Н. Т. Клиническая психология : учебник для вузов / Н. Т. Колесник, Е. А. Орлова, Г. И. Ефремова ; под редакцией Г. И. Ефремовой. – 3-е издание, исправленное и дополненное. – Москва : Издательство Юрайт, 2023. – 359 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-02648-1 // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/510634> – Текст : электронный

Модуль II. Введение в нейропсихологию

Лекция 2. 1. Характеристика нейропсихологии как раздела клинической психологии: история и современное состояние.

Проблема локализации высших психических функций (ВПФ)

Нейропсихология – это наука, изучающая связи работы отделов головного мозга и поведения человека

Предмет нейропсихологии – особенности нарушения психических процессов состояний и личности в целом при локальных поражениях мозга.

Задачи нейропсихологии:

1. Изучение психической деятельности при локальных поражениях головного мозга.
2. Выявление сохранных и нарушенных звеньев.
3. Определение структуры дефекта.
4. Разработка методов исследования.
5. Разработка стратегии восстановления.
6. Дифференциальная диагностика.
8. Изучение развития психики при локальных поражениях головного мозга.
9. Психологическая реабилитация пациента.

Фактор – структурно–функциональная единица работы мозга, характеризующаяся определенным принципом физиологической деятельности, нарушение которой ведет к появлению нейропсихологического синдрома.

Нейропсихологический симптом – нарушение психической функции, возникающее вследствие локального поражения головного мозга.

Нейропсихологический синдром – закономерное сочетание симптомов нарушения различных психических функций при повреждении определенного участка мозга.

Высшие психические функции (далее ВПФ) понимаются как сложные формы сознательной психической деятельности, осуществляемые на основе соответствующих мотивов, регулируемые соответствующими целями и программами и подчиняющиеся всем закономерностям психической деятельности. Они обладают 3 основными характеристиками: 1) формируются прижизненно; 2) опосредованы по своему психологическому строению (преимущественно речью); 3) произвольны по способу осуществления.

Проблемы нейропсихологии:

1. Проблема локализации – основная проблема, она связана с выявлением и классификацией зон и областей мозга, отвечающих за отдельные стороны психических функциональных систем. Квалификация всех зон мозга с точки зрения их участия в протекании психических процессов.

2. Проблема метода. С помощью каких методов можно исследовать психические функции. А.Р. Лурия разработал нейропсихологическую методику изучения больных – набор тестов, зрительных, речевых, двигательных и построена она таким образом, чтобы исследовать разные психические функции. Но они не адекватны новым данным.

3. Проблема объекта. Первоначальным объектом нейропсихологии были больные с локальными поражениями мозга. Но последние исследования показали, что нейропсихологические методы применимы для исследования совершенно, казалось бы, здоровых людей, детей, людей в возрасте эволюции. Изучаются мозговые структуры.

История становления нейропсихологии.

Первые попытки решения проблемы «мозг и психика» начинались с периода античности. Платон (450 до н.э.): «Разум=функция мозга». Гиппократ (420 до н.э.) «Из мозга происходит плач и стыд. Этой частью мы мыслим, видим и слышим, различаем доброе и дурное». Аристотель (370 до н.э.): «В мозге происходит охлаждение крови, которая согревается в сердце». Гален (129 до н.э.) обнаружил мозговые желудочки,

предположил существование души там. При этом психика воспринимается как целое, за исключением эмоций.

В 17 веке мыслители вернулись к мысли о целостности психики и стали искать «вместилище души» – определенную часть мозга, которая являлась бы органом психики: шишковидная железа, мозолистое тело, полосатое тело. Затем в философии психические способности были разделены, и начался поиск их локализации.

1) Узкий локализационизм. Франц-Иосиф Галь – основоположник френологии. Психика – это врожденные способности: рассуждать, запоминать, любовь к детям, половая любовь, дружба. Способности элементарны по своему строению, ни на что не разложимы. Каждой способности соответствует определенный участок головного мозга.

Иногда этот подход называют психологией центров. Не было теоретической базы, проводились эксперименты на больных с поражениями мозга.

Карл Вернике, Поль Брока в 19 веке открыли сенсорный и моторный центры речи.

2) Антилокализационизм (эквипотенциализм). Пьер Жан Мари Флуранс, Курт Гольдштейн. Мозг – однородное целое с т.зр. своих способностей и их локализации. Важно не место поражения, а масса пораженного вещества. Головной мозг имеет эквипотенциальную поверхность, отделы головного мозга обладают взаимозаменяющим свойством. Они могут компенсировать пораженные участки.

3) Эклектическое направление. Хьюлинг Джексон, Генри Хед, Константин Монаков. Чем сложнее функция, тем она однороднее. Периферические области более четко дифференцированы. Высшие психические функции связаны равномерно со всем мозгом (или с центральными эквипотенциальными отделами коры, по К. Гольдштейну).

Лекция 2. 2. Теория системно–динамической локализации высших психических функций: концепция трех функциональных блоков мозга А.Р. Лурия

В основе теории системно–динамической локализации ВПФ легли положения культурно–исторической теории Л.С.

Выготского, теории функциональной системы П.К. Анохина, теории деятельности А.Н. Леонтьева.

1. Блок регуляции тонуса и бодрствования.

Процессы возбуждения и торможения, протекающие в бодрствующей коре, подчиняются закону силы, характеризуются определенной концентрированностью, уравнированностью и подвижностью (И.П. Павлов).

Эти основные законы нейродинамики неприменимы к состояниям сна или утомления, потому что, в так называемых «тормозных», или «фазовых», состояниях, тонус коры снижается и, как следствие, нарушается закон силы: слабые раздражители уравниваются с сильными по интенсивности вызываемых ими ответов («уравнительная фаза») или даже превосходят их, вызывая более интенсивные реакции, чем те, которые вызываются сильными раздражителями («парадоксальная фаза»), в отдельных случаях реакции сохраняются только в ответ на слабые стимулы, в то время как сильные раздражители вообще перестают вызывать какие-либо ответы («ультра парадоксальная фаза»).

Ретикулярная формация головного мозга работает по закону градуальности, а не по закону «все или ничего».

2. Блок приема, хранения и передачи информации.

Этот блок расположен в конвекситальных (наружных) отделах новой коры (неокортекса) и занимает ее задние отделы, включая области:

- зрительной (затылочной),
- слуховой (височной),
- общечувствительной (теменной) коры.

Эти отделы головного мозга функционируют по закону «все или ничего» и обладают высокой модальной специфичностью:

1. Первичные корковые поля.

Топический принцип организации («точка в точку»), согласно которому каждому участку рецепторной поверхности (сетчатки, кожи, кортиевого органа) соответствует определенный участок в первичной коре. Величина зоны представительства в коре зависит от функциональной

значимости этого участка. Первичные корковые поля непосредственно связаны с соответствующими реле-ядрами таламуса головного мозга.

2. Вторичные корковые поля.

Получают более сложную, переработанную информацию с периферии. Функционально объединяют разные анализаторные зоны, осуществляя синтез раздражений и принимая непосредственное участие в обеспечении различных гностических видов психической деятельности.

3. Третичные поля коры задних отделов полушарий головного мозга.

Зоны перекрытия затылочной, височной и заднецентральных отделов коры; Третичные поля не имеют непосредственной связи с периферией и связаны горизонтальными связями лишь с другими корковыми зонами.

Эти зоны связаны с пространственной организацией возбуждений и с превращением последовательно поступающих (сукцессивных) сигналов в одновременно действующие (симультанные) группы, которые обеспечивают синтетический характер восприятия.

Законы построения коры, входящей в состав второго блока мозга (этими законами описывается также и строение третьего блока):

Первый закон – закон иерархического строения корковых зон. Соотношение первичных, вторичных и третичных зон коры, осуществляющих все более сложный синтез приходящей информации. Основная линия взаимодействия этих зон коры направлена «снизу–вверх» – у ребенка, и у взрослого – наоборот.

Второй закон – закон убывающей специфичности иерархически построенных зон коры.

Третий закон – закон прогрессивной латерализации функций.

3. Блок программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности.

Аппараты третьего функционального блока расположены в передних отделах больших полушарий, спереди от передней центральной извилины.

1. Первичные зоны.

«Выходными воротами» этого блока является двигательная зона коры, V слой которой содержит гигантские пирамидные клетки Беца, волокна от которых идут к двигательным ядрам спинного мозга, а оттуда к мышцам, составляя часть большого пирамидного пути.

Процессы в этом блоке идут в нисходящем направлении, начинаясь в наиболее высоких – третичных и вторичных – зонах, где формируются двигательные планы и программы, переходя затем к аппаратам первичной двигательной зоны, которая посылает подготовленные двигательные импульсы на периферию. Состоит из аппаратов эфферентного, двигательного типа, находящихся под постоянным влиянием аппаратов афферентного блока.

2. Вторичные зоны

Премоторные отделы коры лобной области головного мозга. Отличаются несравненно большим развитием верхних слоев – слоев малых пирамид. Раздражение этих отделов коры вызывает не сокращения отдельных мышц, а целые комплексы движений, имеющих системно организованный характер (повороты глаз, головы и всего тела и хватательные движения руки), что уже само по себе указывает на интегративную роль этих зон коры в организации движений.

3. Третичные зоны – префронтальная область обоих полушарий головного мозга.

Пирамидные клетки отсутствуют, во II и III слоях – много мелких клеток (гранул) – «гранулярная лобная кора». Именно эти разделы мозга, относящиеся к третичным зонам коры, играют решающую роль в формировании намерений и программ, в регуляции и контроле наиболее сложных форм поведения человека.

Лобные доли мозга (особенно их медиальные и базальные отделы) – обладают мощными пучками восходящих и нисходящих связей с ретикулярной формацией. Лобная область «заряжается» от ретикулярной формации и регулирует её – придает её импульсам дифференцированный характер.

В отличие от третичных зон задних отделов мозга третичные отделы лобных долей фактически надстроены над всеми отделами мозговой коры, выполняя, таким образом

гораздо более универсальную функцию общей регуляции поведения, чем та, которую имеет задний ассоциативный центр.

Семинарское занятие 2. 1. Введение в нейропсихологию

Цель: помочь студентам углубить, систематизировать и закрепить теоретические знания об основных этапах развития нейропсихологии, охарактеризовать особенности и методологические положения теории системно–динамической локализации высших психических функций А.Р. Лурия.

Вопросы для обсуждения:

1. История становления нейропсихологии.
2. Основные предпосылки теории системной динамической локализации ВПФ А.Р. Лурия: экспериментальные, теоретические (психология, физиология).
3. Решение проблемы локализации ВПФ в теории системной динамической локализации.
4. Принципы структурно–функциональной организации мозга: концепция трех функциональных блоков мозга А.Р. Лурия. Локализация и функции.
5. Основные принципы работы трех функциональных блоков мозга.

Темы докладов

1. Определение ВПФ как психической функциональной системы (по А.Р. Лурия). Сходство и различия между физиологическими и психическими функциональными системами.
2. Принципы структурно–функциональной организации мозга: межполушарное взаимодействие. Основные концепции взаимодействия правого и левого полушарий мозга.
3. Краткая характеристика основных проблем в нейропсихологии, связанных с совместной работой левого и правого полушарий мозга.
4. Нейропсихологические синдромы нарушений памяти.
5. Нейропсихологические синдромы нарушений мышления.
6. Нарушения внимания. Особенности расстройств при поражении разных функциональных блоков мозга.
7. Специфика нарушений эмоций в зависимости от локализации поражения в левом или правом полушариях мозга.

8. Основные уровни организации движения по Н.А. Бернштейну и типы нарушения их работы.
9. Теория трех структурно–функциональных блоков головного мозга.
10. Методы нейропсихологического исследования.

Список литературы

1. Венгер, А. Л. Клиническая психология развития : учебник и практикум для вузов / А. Л. Венгер, Е. И. Морозова. – Москва : Издательство Юрайт, 2023. – 312 с. – (Высшее образование). – ISBN 978–5–534–03304–5 // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/513694>. – Текст : электронный.

2. Корсакова, Н. К. Клиническая нейропсихология : учебное пособие для вузов / Н. К. Корсакова, Л. И. Московичюте. – 2–е издание, исправленное и дополненное. – Москва : Издательство Юрайт, 2023. – 165 с. – (Высшее образование). – ISBN 978–5–534–06101–7 // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/515197>. – Текст : электронный

3. Лурия А. Р. Высшие корковые функции : монография / Лурия А.Р. – Санкт – Петербург ; Издательство Питер, 2018 – 768 с. ISBN: 978–5–4461–0836–7 / Текст : непосредственный.

4. Хомская Е.Д. Нейропсихология: учебник для вузов / Е. Д. Хомская. – Санкт – Петербург; Издательство Питер, 2018. – 496 с.– (Высшее образование). – ISBN: 978–5–4461–0778–0 / Текст : непосредственный.

Практическое занятие 2.1. Нейропсихологические синдромы. Методы нейропсихологического обследования

Цель:

1. Выработать умение применять теоретические положения о нейропсихологических синдромах в практике будущей профессии.
2. Сформировать навыки и умения применения методов и методик в нейропсихологическом обследовании в профессиональной деятельности.

Задание 1: заполните таблицу в соответствии с основными нейропсихологическими синдромами.

Локализация	Нейропсихологический фактор	Вид агнозии	Вид апраксии	Вид афазии	Нарушение памяти	Нарушение мышления
Префронтальные области						
Премоторные области						
Нижняя теменная область						
Верхняя теменная область						
Височная область						
Затылочная область						
Субкортикально-стволовые структуры						

Задание 2: К какому синдрому относятся следующие нейропсихологические симптомы:

выраженные нарушения координационных движений, в которых участвуют обе конечности	
трудности в осуществлении мнестико-интеллектуальной деятельности, связанные с нарушениями программирования и контроля	

Задание 3: К какому синдрому относятся следующие нейропсихологические симптомы:

дископия – дизграфия	
истощаемость, резкая утомляемость	
слуховая агнозия	
нарушения целесообразности поведения (неустойчивость программ, аспонтанность)	

афферентная моторная афазия	
кинетическая апраксия	
грубые нарушения кратковременной памяти на текущие события	
гемисоматоагнозия	
лицевая агнозия	
анозогнозия	

Задание 4: Предложите и обоснуйте программу нейропсихологического обследования для дифференциации левостороннего и правостороннего поражения височной доли головного мозга.

Задание 5: Составьте комплекс методик для исследования гностических функций (узнавание реальных предметов и их изображений; узнавание контурных, незаконченных, перечеркнутых и наложенных изображений предметов; оценка восприятия конфликтных фигур; узнавание бытовых звуков и шумов; узнавание знакомых и пропевание знакомых и незнакомых мелодий; локализация и дискриминация унилатеральных и билатеральных прикосновений; называние и показ по инструкции пальцев рук, частей тела, дермолексия букв, цифр, геометрических фигур; тактильное восприятие предметов, формы, величины, фактуры объектов и т.д.).

Задание 6. Составьте комплекс методик для диагностики чтения, письма, счетных операций (написание букв, слов и фраз под диктовку и в условиях копирования; чтение слогов, слов различной сложности и частоты встречаемости, слов с ошибочным написанием, чтение текстов и понимание их смыслов; простой счет, серийный счет, решение арифметических задач и т.д.).

Ситуационная задача

У больного с опухолью в задних отделах левого полушария мозга имеют место нарушения речи. С помощью каких нейропсихологических проб можно дифференцировать и определить форму афазии, возникшую в результате поражения мозга.

Модуль III. Введение в патопсихологию.

Лекция 3. 1. Характеристика патопсихологии как теоретического и практического раздела клинической психологии. Методологические основы патопсихологии

Патопсихология изучает закономерности нарушения или распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме. Она изучает закономерности искажения отражательной деятельности мозга.

Область клинической психологии, которая возникла на стыке психологии и психиатрии. Термин «патопсихология» ввел В. М. Бехтерев, 1903 г.

Предметом патопсихологии являются нарушения психической деятельности, возникающие вследствие болезни мозга, поиск механизмов, закономерностей поломки

Субъект – психически больной человек.

Объект – нарушения психической деятельности.

Задачи патопсихологии:

1. Изучение психической деятельности при различных психических заболеваниях.
2. Выявление сохранных и нарушенных звеньев.
3. Определение структуры дефекта.
4. Разработка методов исследования.
5. Разработка стратегии восстановления.
6. Дифференциальная диагностика.
8. Изучение развития психики при психических заболеваниях.
9. Психологическая реабилитация пациента.

Методологические основы патопсихологии

Теоретическое положение из теории Л.С. Выготского, А. Н. Леонтьева	Теоретические проблемы патопсихологии	Требования к методу в патопсихологии	Примечание
Развитие психики и ее прижизненное формирование ВПФ	Изучение условий и механизмов возникновения патологических явлений, как относительно простых, так и сложных	Создание условий, провоцирующих возникновение тех или иных психопатологических явлений, возможность контролировать и варьировать эти условия	Относительно простые: нарушения узнавания предметов. Сложные: бред, галлюцинации
Положение о распаде – не является негативом развития	Изучение новой структуры психической деятельности, которая возникает в условиях различных патологий	Не только создание провоцирующих условий, и не только возможность фиксирования изменения психики количественно, но и способствование качественному анализу психических нарушений.	
Психика человека имеет сложное системное строение, следовательно, дефект, формируется в ситуации болезни, тоже имеет сложное строение и захватывает несколько сторон психической	Дефект не является изолированным качеством и вызывает изменения: снижения социальной позиции больного, в результате возникают новые симптомы заболевания. Анализ новой социальной позиции больного в условиях болезни.	Создать условия для выявления структуры нарушения, роли позитивных и негативных симптомов в структуре психической деятельности. Негативные симптомы – выпадения функции (например – снижение памяти, дефицит чего-то). Позитивные – появление чего-то лишнего, новых патологических новообразований.	Нарушение внимания, памяти, мышления. Больной не может сосредоточиться на задаче. (Ребенок не хочет ходить в школу). Первично у него замедленность мыслительных процессов. Реакция детей, как на тугодума. Когда его спрашивают – он предпочитает лучше молчать,

деятельности (Выготский)			ходить в школу. У ребенка сохранные интеллектуальные возможности, но замедленные психические процессы. Конфабуляция – заполнение пробелов в памяти несуществующими событиями.
В структуре психического дефекта можно выделить первичные и вторичные симптомы заболевания.	Изучение вторичных симптомов, осложняющих течение заболевания.	Создание условий для дифференциации первичных и вторичных условий в структуре нарушений. Чтобы эффективно помочь, нужно знать с чем работать.	Первичные – непосредственно связаны с патологиями ГМ или с основным заболеванием. Является следствием нарушения работы. Вторичные – косвенно связаны с основным нарушением или социогенным. Социогенные – особенности общества.

Семинарское занятие 3.1. . Введение в патопсихологию

Цель: помочь разобраться в наиболее сложных вопросах о предмете, задачах и методах исследования патопсихологии.

Формы контроля: оценка посещаемости и активности, опрос, работа над докладом, рефератом.

Для подготовки к занятиям семинарского типа (семинарским занятиям) и практическим занятиям обучающийся должен: – внимательно изучить теоретический материал по конспекту лекции, учебникам, учебным пособиям, а также электронным образовательным ресурсам; – подготовиться к устному опросу или выступлению на заданную тему.

Семинарское занятие проводится в группе. Каждый студент работает самостоятельно, совещаясь и обсуждая возможные варианты. Когда ответы готовы студент представляет свое определение, обосновывая его содержание. Задача остальных студентов – задавать уточняющие вопросы, обсуждать, при необходимости критиковать.

Вопросы для обсуждения:

1. Патопсихология как область психологического знания. Характеристика предмета и объекта исследования в патопсихологии.
2. Проблема метода в патопсихологии.
3. Теоретические проблемы и практические задачи патопсихологии.
4. Проблема классификации и создания диагностических систем при психических расстройствах

Темы докладов:

1. Исследования нарушений психики в современной отечественной и зарубежной психологии. Основные тенденции.
2. Проблема классификации и создания диагностических систем при психических расстройствах.
3. Понятие психической нормы. Различные представления о норме и критериях ее выделения.
4. Патопсихологические синдромы при психических заболеваниях.
5. Методологические аспекты исследования нарушений восприятия. Методики исследования нарушений восприятия.

6. Клиническая и психологическая феноменология нарушений памяти.
7. Методологические аспекты исследования нарушений восприятия. Методики исследования нарушений памяти.
8. Психологические факторы и механизмы нарушений мышления.
9. Клиническая и психологическая феноменология аномалий эмоционально–личностной сферы.

Список литературы

1. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология : руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – Москва : МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2002. – 511 с. – Текст : непосредственный.
2. Венгер, А. Л. Клиническая психология развития : учебник и практикум для вузов / А. Л. Венгер, Е. И. Морозова. – Москва : Издательство Юрайт, 2023. – 312 с. – (Высшее образование). – ISBN 978–5–534–03304–5 // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. –URL: <https://urait.ru/bcode/513694> Текст : электронный.
3. Зейгарник, Б. В. Принципы построения патопсихологического исследования : хрестоматия // Патопсихология: / Б. В. Зейгарник, Н. Л. Белопольская. – Москва : УРАО, 1998. – 224 с. – Текст : непосредственный.

Практическое занятие 3.1. Введение в патопсихологию.

Цель:

1. Формирование представлений об особенностях психического состояния, когнитивной сферы, речи, эмоциональной сферы мотивационно–потребностной сферы, внешнего вида испытуемого при различных патопсихологических синдромах.
2. Сформировать навыки и умения по проведению патопсихологического исследования.

Задание 1. Составить таблицы, раскрывающие особенности психического состояния, когнитивной сферы, речи, эмоциональной сферы, мотивационно – потребностной сферы, внешнего вида испытуемого при синдромах психотической

дезорганизации, шизофреническом синдроме, аффективноэндогенном синдроме, олигофреническом синдроме.

Задание 2. О нарушении каких компонент психической деятельности свидетельствуют факты, сформулированные в следующих резюме патопсихологических заключений?

1) Таким образом, на первый план выступила утомляемость и снижение объема непосредственной памяти, внимания, которые частично компенсируются адекватной направленностью личности и критичностью».

2) Таким образом, на фоне грубой некритичности и эмоциональной неадекватности больного выявляются выраженные нарушения мыслительной деятельности (нарушения целенаправленности и операциональные искажения процесса обобщения, мотивационные – разноплановость суждений, резонерство).

3) Таким образом, во время исследования выявляются интеллектуальная, эмоциональная сохранность больного, критическое отношение как своему состоянию, так и к процессу исследования в целом. Вместе с тем следует отметить некоторую обстоятельность суждений и элементы утомляемости (особенно при продолжительной интеллектуальной нагрузке).

Задание 3. Сформулируйте наиболее часто встречающиеся ошибки при организации экспериментального взаимодействия с испытуемым во время патопсихологического исследования. Определите, как может изменяться традиционная структура исследования при обследовании детей разного возраста.

Проиллюстрируйте применение принципов построения патопсихологического исследования в наблюдаемом вами исследовании:

а) принцип соотнесения сохранных возможностей больного со структурой измененных;

б) принцип оценки деятельности больного с позиции отношения его к исследованию;

в) принцип использования многообразия методик в процессе эксперимента.

Задание 4. Проанализируйте комплекс методик для исследования памяти (запоминание и воспроизведение в заданном порядке серий из 4-6 слов, графических стимулов,

движений непосредственно после предъявления стимульного материала, после «пустой» паузы (30-60 с), после гетерогенной и гомогенной интерференции; запоминание триад слов, графических стимулов, движений, двух фраз и двух рассказов в условиях последовательного предъявления с непосредственным воспроизведением и отсроченным припоминанием каждой из групп, в том числе и после дополнительной интерферирующей деятельности; заучивание 10 слов (проба Эббингауза); воспроизведение рассказа, предъявленного в отсутствие задачи на запоминание и т.д.).

Подобрать группу методик для исследования мышления (понимание скрытого смысла пословиц, рассказов типа басен или анекдотов, сюжетных картин и карикатур; решение арифметических задач с применением правил и алгоритмов или на рассуждение; подбор словесных ассоциаций на заданный признак; выполнение методики «Исключение предметов»).

Задание 5. Патопсихологическое заключение представляет собой продукт творческого мышления психолога по поводу поставленной перед ним конкретной значимой для клиники задачи. Поэтому форма заключения не может быть единой, более того, в содержании и оформлении заключения обязательно проявляются индивидуальные особенности патопсихолога и объективные условия, в которых реализовывалась его деятельность (на объем заключения может повлиять, например, большая загруженность и дефицит времени). Несмотря на то, что заключение не поддается унификации, могут быть даны рекомендации относительно схемы заключения, которое включает в себя несколько частей (введение, основную часть и заключительную, резюмирующую часть).

Что входит в каждую из этих частей, что там должно быть описано, какие особенности и какие компоненты. Приведите примеры. Отвечая на вопрос, используйте понятия патопсихологии, общей психологии

Ситуационная задача 1

Вы предъявили пациенту инструкцию к методике «Пиктограмма», на что он реагирует отказом, мотивируя это неумением рисовать. Предложите вариант дополнения или

уточнения инструкции, так чтобы замотивировать больного на её выполнение.

Ситуационная задача 2

Пациент, выполняя методику «Таблицы Шульте» не может найти следующее число, раздражается, настаивает, что такого числа в таблице нет. Сформулируйте гипотезу о возможном нарушении и его механизме. Предложите вариант вмешательства.

Ситуационная задача 3

Пациент при выполнении методики «Предметная классификация» формирует следующие группы: «Посуда», «Растения», «Машины», «Животные», «Лес». В последнюю группу он относит грибы, дерево, медведя. Сформулируйте гипотезы о возможных нарушениях мышления и их механизмах. Предложите варианты вмешательств с целью их верификации.

Модуль IV. Введение в психологию аномального развития

Лекция 4.1. Характеристика психологии аномального развития как раздела клинической психологии

Психология аномального развития – наука о закономерностях дизонтогенеза.

Дизонтогенез – любое отклонение от нормального психического онтогенетического развития.

Объект – психическое развитие аномального ребенка.

Предмет – законы психического дизонтогенеза.

Методологические основы психологии аномального развития были заложены Л.С. Выготским, сформулировавшим *принципы отражающие законы психического онтогенеза:*

- 1) Прижизненное опосредованное и произвольное формирование высших психических функций (ВПФ).
- 2) Зависимость строения психических процессов от способов их формирования: разные пути формирования ВПФ, в зависимости от характера повреждения функции, возможность формирования обходным путем.

- 3) Механизмы направления психической деятельности при дизонтогенезе подобны механизмам формирования психики в норме.
- 4) Психический дефект, формирующийся в процессе дизонтогенеза имеет сложное многоуровневое строение и охватывает все стороны психической жизни.

Задачи психологии аномального развития:

Теоретические:

- 1) Проблема нормы и патологии: критерии для разграничения, описание психологической структуры нормы.

- 2) Выделение специфических законов, механизмов формирования нарушений психики. Существуют единые законы развития для аномального и нормального развития, но есть специфичные закономерности для аномалий развития. Общие механизмы: нарушение функций общения, нарушение процесса социализации, нарушение усвоения универсальных социальных знаний. Общие закономерности действуют при всех типах дизонтогенеза. Есть специфические закономерности, характерные для определенного вида дизонтогенеза.

- 3) Выявление структуры дефекта и механизмов его формирования при различных вариантах дизонтогенеза. В структуре дефекта выяснение соотношения первичных и вторичных составляющих.

Практические:

- 1) Клинико–диагностическая – описание структуры дефекта зависит от использования диагностических методик.

- 2) Воздействие – коррекция отклонений в развитии.

- 3) Экспертная оценка уровня развития ребенка с помощью количественных методик.

Классификация дизонтогенеза. Соотношение первичных и вторичных дефектов.

1. При психическом недоразвитии (Олигофрения)

Первичный дефект – недостаточность ВПФ, контроля и пространственных представлений.

Вторичный – имеет кольцевой характер: недоразвитие идет и сверху вниз и снизу-вверх. Вторичный дефект имеет многоступенчатую структуру, в его основе лежит социальная

изоляция, депривация развития. Поражение третьего блока так же имеет место – обеспечение активирующего влияния.

2. Задержка психического развития.

Первичный дефект связан с мозаичным повреждением базальных систем и нейродинамическими расстройствами

Вторичные нарушения – комплекс культуральных образований, обуславливающий замедление темпа общего психического развития.

Основной координатой недоразвития будет координата «снизу-вверх». В нарушениях межфункциональных связей будут, прежде всего, обращать внимание их неустойчивость, явления регресса, возникающие при истощении, а в более тяжелых случаях – явления патологической фиксации в виде персевераторных образований.

Спецификой недоразвития иерархических связей является длительное превалирование эмоциональных форм регуляции, что обуславливает инфантильные формы реагирования.

3. Поврежденное психическое развитие (органическая деменция):

Первичный дефект связан с различной локализацией повреждения, часто – лобные доли за счет их дисфункции, связанной с повреждением подкорковых систем, и за счет их хрупкости, сензитивности в детском возрасте, наибольшей уязвимости.

Характер вторичных дефектов обусловлен спецификой первичного поражения, а также недоразвитием систем, как функционально связанных с поврежденными, так и более молодых в фило– и онтогенезе.

Основные координаты недоразвития направлены преимущественно «снизу-вверх» (от поврежденной частной функции к регуляторной, от поврежденных подкорковых образований – к коре, прежде всего лобной).

В нарушении межфункциональных взаимодействий наблюдается распад иерархических связей с явлениями изоляции, в первую очередь расторможением подкорковых функций, обуславливающих массивность энцефалопатической симптоматики, патологию влечений. Выраженность персевераций также свидетельствует о нарушении регуляторных

систем. Повреждение, возникшее в детском возрасте, приводит также к сочетанию явлений регресса со стойкой фиксацией функций на более ранних этапах развития.

4. Дефицитарное психическое развитие (нарушение слуха, зрения и опорно-двигательного аппарата).

Первичные нарушения: нарушения анализаторов.

Вторичные нарушения: начиная от недоразвития ряда отдельных функций, наиболее тесно связанных с первичным дефектом, и кончая сложными, социально обусловленными личностными образованиями. При наличии бесспорной специфики этой иерархии в зависимости от типа пораженного анализатора с очевидностью выступает уменьшение специфичности вторичного дефекта по мере отдаленности от первичного.

При отсутствии своевременной и адекватной коррекции неуклонно нарушается общее психическое развитие, как интеллектуальное, так и эмоциональное, обусловленное дефицитом информации вследствие первичного дефекта, затруднением коммуникаций с окружающим миром. Для аномального развития дефицитарного типа при отсутствии либо недостаточности коррекции характерно патологическое развитие личности, основным ядром которого является психогенная реакция на свой дефект.

Координатой основного нарушения является направление «снизу-вверх». Однако в неблагоприятных условиях может иметь место и координата недоразвития «сверху вниз»: усугубление первичного дефекта при отсутствии коррекции вторичных.

5. Искаженное психическое развитие (расстройство аутистического спектра).

Первичные нарушения: Исходная энергетическая недостаточность и связанные с ней слабость побуждений, быстрые истощаемость и пресыщаемость любой целенаправленной активности, низкие сенсорные пороги с выраженным отрицательным фоном ощущений, повышенной готовностью к реакциям тревоги и страха. В процессе аномального онтогенеза формируются вторичные нарушения, основным ведущим нарушением будет аутизм, комплекс внешних поведенческих характеристик. Первичный дефект

создает неполноценность, и ребенок вынужден к ней приспособливаться, стабилизировать среду своего существования, то есть аутизм – это защитный компенсаторный механизм, позволяющий защититься от окружающей среды.

Вторично страдают социально детерминированные стороны психики: навыки опрятности, самообслуживания, трудности формирования игры. Страдают процессы восприятия, формирующиеся в процессе предметной деятельности – планомерное исследование объекта, выделение признаков (искажено или не сформировано). Не смотря на взросление в восприятии доминирует аффективный компонент. Критерий дифференциации изображений приятность – не приятность, что влияет на развитие речи. Проведение экспериментального исследования развития мышления и речи при РДА: своевременно не складываются межцентральные взаимодействия – отдельные психические процессы развиваются в условиях изоляции. Формируется диспропорция интеллектуального развития, когда значительные достижения в одних сферах сочетаются с недоразвитием других. Патологические особенности развития при РДА связаны с отдельными нарушениями психического тонуса, аффективной сферы, восприятия, моторики, речи, регуляторных систем, с затруднением социальной адаптации, асинхронией развития в целом – искажение нормального взаимодействия функций.

6. Дисгармоническое психическое развитие (психопатии):

Нарушение вегетативно-эндокринной регуляции, возникает ретардация или акселерация темпов полового созревания. Возникает вследствие генетических особенностей, конституционально, или под влиянием экзогенно обусловленной органической недостаточности нервной системы. В период полового созревания отмечается недоразвитие моторики, медлительность, неуклюжесть, снижение эмоционально-волевой сферы, несамостоятельность, внушаемость, трусливость. Дисбаланс моторики и эмоций, в речевом развитии отмечается чрезмерная речевая продукция – говорят стройно и красиво, это компенсаторный механизм. Ускоренное развитие приводит к одностороннему развитию интересов, ранее пробуждение сексуальности не в 16, а в 7-8 лет, аффективная возбудимость,

взрывчатость, усиление влечений, стремление к самостоятельности в жизни, трудоустройству при органической незрелости интеллектуальной сферы. Дисгармония интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы, диссоциация высших психических функций.

Семинарское занятие 4.1. Введение в психологию аномального развития.

Цель: изучение и закрепление знаний об предмете, задачах и методах психологии аномального развития, видах дизонтогенеза.

Вопросы для обсуждения:

1. Аномалии детского развития как направление клинической психологии: предмет, задачи.
2. Аномалия развития в детском возрасте: основные детерминанты дизонтогенеза.
3. Варианты дизонтогенеза, связанные с фактором недоразвития: виды, классификация, структура дефекта.
4. Варианты дизонтогенеза, связанные с фактором «поломки» в развитии: виды, классификация, структура дефекта.
5. Варианты дизонтогенеза, связанные с фактором асинхронии: виды, классификация, структура дефекта.
6. Влияние ранней эмоциональной депривации на психическое состояние и развитие ребенка. Явление «госпитализма» и «неогоспитализма».

Темы докладов:

1. Методологические принципы и задачи психологического изучения.
2. Методы диагностики нарушенного развития. Роль вербальных и невербальных методов в диагностике нарушенного развития.
3. Психологическое консультирование семей, имеющих детей с нарушениями развития
4. Общие закономерности нормального и нарушенного развития.
5. Понятие компенсации. Компенсация как «обходной путь развития» в теории Л.С. Выготского.
6. Психофизиологические механизмы компенсации.

7. Психологическая характеристика умственно отсталых детей.

8. Задержка психического развития (ЗПР): определение, причины, классификация.

9. Особенности психического развития глухих и слабослышащих детей.

10. Возрастные особенности психического развития детей с нарушением зрения.

11. Психическое развитие при нарушении опорно-двигательного аппарата.

12. Дети с расстройством аутистического спектра (РАС) Синдром РАС как искаженное психическое развитие, этиология, феноменологическая картина, проявление РАС на различных возрастных этапах.

Список литературы

1. Венгер, А. Л. Клиническая психология развития : учебник и практикум для вузов / А. Л. Венгер, Е. И. Морозова. – Москва : Издательство Юрайт, 2023. – 312 с. – (Высшее образование). – ISBN 978–5–534–03304–5 // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/513694> – Текст : электронный.

2. Горячева, Т. Г. Расстройства аутистического спектра у детей: монография/ Т. Г. Горячева , Ю.В. Никитина. Москва: Издательство Генезис, 2018. – 168 с. ISBN: 978–5–98563–534–8 / Текст непосредственный.

3. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учебное пособие / В. В. Лебединский. – 2–е издание, исправленное. – Москва: Академия, 2004. – 144 с. – (Высшее профессиональное образование). – ISBN 5–7695–1947–9 / - Текст : непосредственный.

Практическое занятие 4.1. Введение в психологию аномального развития.

Цель: научить студентов применять знания о видах нарушенного развития в решении профессиональных задач.

Задание 1. Охарактеризуйте особенности аномального развития детей по плану:

- определение понятия «умственная отсталость», «задержка психического развития»;
- причины нарушения;
- классификация нарушений;
- психологическая характеристика аномального развития умственно отсталых детей и детей с задержкой психического развития (моторика, внимание, интересы, восприятие, память, мышление, речь, личность, деятельность, мотивационно–потребностная сфера, самооценка и уровень притязаний).

Задание 2. Охарактеризуйте особенности аномального развития детей по плану:

- определение понятий;
- причины нарушения слуха и зрения;
- классификация нарушений слуха и зрения;
- психологическая характеристика аномального развития детей с нарушениями слуха и детей с нарушениями зрения (моторика, внимание, интересы, восприятие, память, мышление, речь, личность, деятельность, мотивационно–потребностная сфера, самооценка и уровень притязаний).

Задание 3. Охарактеризуйте особенности аномального развития детей по плану:

- определение понятий;
- причины нарушения речи и нарушений опорно–двигательного аппарата;
- классификация нарушений;
- психологическая характеристика аномального развития детей с нарушениями речи и детей с нарушениями опорно–двигательного аппарата (моторика, внимание, интересы, восприятие, память, мышление, речь, личность, деятельность, мотивационно–потребностная сфера, самооценка и уровень притязаний).

Задание 4. Здоровьесберегающие технологии в образовании (технология В. Базарного):

- здоровьесберегающие технологии в учебном процессе и их внедрение;
- охарактеризуйте особенности технологии раскрепощенного развития детей, разработанной физиологом В.Ф. Базарным;

- назовите основные элементы здоровьесберегающей технологии В. Базарного;
- раскройте методику использования технологии работы В. Базарного в работе с детьми с нарушениями зрения.

Ситуационная задача 1

Алдар М., 6 лет. Обратилась мать с сыном с жалобой на задержку в формировании речи и странности в поведении. Со слов матери ребенок родился в срок, с нормальным весом и ростом. Отказывался брать грудь, долго не формировался «комплекс оживления». Несмотря на это, раннее развитие соответствовало норме, первые слова появились в 9 мес, навыки ходьбы – в 1 год и 2 мес. Детский сад ребенок не посещает, воспитывается дома. В настоящее время у ребенка присутствует фразовая речь с аграмматизмами; путаются местоимения, себя называет «ты» или «Алдар», мать может назвать «я». Из вопросов употребляется только «где?» и то крайне редко. Речь представляет собой комментарий всех событий, происходящих с ребенком, его действий и желаний. Часты неологизмы, иногда непонятные для окружающих: «Чурля–ка», «Небияк» и т. д. Новые, похожие по звучанию слова ребенок может повторять в течение нескольких дней, не интересуясь их содержанием. Моторика развита слабо, плохо, часты стереотипные действия: раскачивания, переступания с ноги на ногу; рисует одинаково правой и левой рукой, иногда двумя сразу. Карандаш удерживает в кулаке. Себя ребенок обслуживает: самостоятельно ест, одевается. Выражена избирательность в еде, страх перед новой пищей. Помимо этого, Алдар боится собак, громких звуков, избегает общения с детьми. Мать беспокоят такие особенности ребенка. Она хотела бы решить вопрос о форме и месте обучения. Ребенок умеет читать, считать в пределах 100, легко читает трехзначные числа. При патопсихологическом обследовании контакт с ребенком удастся установить только в процессе совместного рисования. До этого он ходит по кабинету, дотрагивается до предметов и мебели, обследует их. Игрушки иногда лижет. На присутствие в комнате психолога никак не реагирует. В ходе совместного рисования называет тему своего рисунка: «Алдар рисовать ежей» и рисует подряд на пяти листах одинаковых ежей. Возможно рисование по просьбе

экспериментатора. Другие задания не выполняются, выражены реакции пассивного протеста. Возможно выполнение простых инструкций: «Дай мяч», «Положи карандаш». Зрительного контакта с психологом нет, на прикосновения – реакция избегания. Рисунки, с точки зрения ребенка, неудачные, он тут же рвет и бросает обрывки в определенный угол кабинета; удачные вырезает и пытается наклеить на стену кабинета. За помощью не обращается ни к психологу, ни к матери.

1. Какой тип нарушения психического развития возможен в данном случае?

2. Консультация какого специалиста обязательна?

Ситуационная задача 2

Мерген С., 4 года. Обращение по инициативе воспитателя детского сада в связи с недоразвитием речи. Из беседы с мамой известно, что отец и его брат начали говорить в возрасте 4 – 5 лет. Беременность протекала с токсикозом, роды нормальные. Сидеть, ходить Мерген начал своевременно. Понимает обращенную речь, выполняет просьбы взрослых, но сам издает только отдельные звуки, общается жестами. С трех лет посещает детский сад. Там быстро адаптировался, охотно играет с 2 – 3 мальчиками, пытается говорить с ними, но общается в основном при помощи жестов. Если его не понимают – плачет и дерется. Игра соответствует возрасту. При патопсихологическом обследовании обнаружена хорошая невербальная память, способность к установлению связи и последовательности событий, простым обобщениям. Самооценка занижена. Выражена эмоциональная реакция и потребность в поощрении. Для общения ребенок использует жесты, мимику, отдельные звукосочетания. Пассивный словарный запас намного больше активного.

1. Какой тип нарушенного развития имеется в данном случае?

2. Консультация какого специалиста обязательна?

3. Разработайте коррекционную работу.

Модуль V. Введение в психосоматику.

Лекция 5.1. Характеристика психосоматики как раздела клинической психологии. Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен

Психосоматика – направление клинической психологии, специализирующееся на изучении психологических механизмов, лежащих в основе формирования нарушений телесной сферы человека.

Предмет – генез, структура и функции психосоматических явлений как в ходе онтогенеза, так и в патологии.

Направления психосоматики:

- влияние психики на тело – теоретические модели психосоматического симптомообразования;
- влияние тела на психику – феномен «внутренней картины болезни» (ВКБ). Отечественный подход говорит о том, что объектом психосоматической диагностики в данном случае должна учитываться и социальная ситуация развития.

Риск психосоматических заболеваний зависит от личностных особенностей и стрессогенных факторов.

Методы психосоматики: патопсихологические, нейропсихологические, личностные опросники, опросники состояний, проективные, а также методы разработанные в рамках направления.

Задачи психосоматики:

1. Выделение психосоматических феноменов;
2. Изучение роли и вклада психологических факторов при различных формах психосоматической патологии – описание структуры психосоматического синдрома;
3. Исследование механизмов симптомообразования;
4. Изучение онтогенеза телесности (нормативные процессы социализации и психологизации телесных феноменов);
5. Изучение психосоматического дизонтогенеза (механизмов и факторов, приводящих к нарушениям развития телесности, и роль этих факторов в симптомообразовании);
6. Изучение влияния болезни на психику и личности на протекание болезни (психосоматический «порочный круг»);

7. Описание методов психодиагностики в психосоматике;
8. Разработка системы психологической помощи (реабилитации, психокоррекции и психотерапии) психосоматическим больным.

Психосоматозы – влияние псих. факторов на формирование телесных изменений. Проблема соотношения биологического и психического. Группы риска больных, у которых под влиянием экстремальных обстоятельств могут возникнуть соматические расстройства (профили личности). К психосоматозам относят сердечно-сосудистые, язвы, нейродермит, ятрогении, аллергии, бронхиальную астму. Помимо соматических заболеваний, под влиянием Y фактора могут возникать функциональные расстройства (потливость, рвота, импотенция). К психосоматическим расстройствам относят также и травмы – наклонности, ожирение, патологические зависимости.

Соматозогнозия – влияние телесных заболеваний на психику больного, особенности личности. Типы строятся на основании оценки, отношения, активности и адаптации к болезни.

Соматоформные расстройства.

Согласно международной классификации болезней (МКБ) 10 пересмотра в разделе «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» (F4). Соматоформные расстройства (F45) подразделяются на три группы: соматизированные расстройства (F45.0), соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3), ипохондрическое расстройство (F45.2). Поскольку во многих случаях соматизированные расстройства, вегетативные дисфункции и симптомы ипохондрии проявляются в различных сочетаниях, захватывая разные висцеральные системы, авторы, как правило, ограничиваются общим их определением – соматоформные расстройства. Очевидно, этим можно объяснить, что число пациентов с соматоформными расстройствами часто превышает 30 – 40 % от всех пациентов.

Определение соматоформных расстройств: Соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой, уже описанной психической

симптоматики (например, депрессии или панических расстройств).

Основные положения культурно–исторического подхода Л.С. Выготского к психосоматической проблеме.

По Л.С. Выготскому ВПФ:

- по происхождению социальны
- по формированию опосредованы
- по осуществлению произвольны
- по структуре системны.

Телесность есть ВПФ.

Исходя из основных принципов культурно– исторического подхода, сформулированы следующие положения:

1. Организм человека и телесность не синонимы, они не тождественны.
2. Телесность человека развивается как феномен, имеющий культурно–историческую детерминацию.
3. Пути развития телесности аналогичны развитию ВПФ.

Телесность развивается и в процессе развития проходит те же этапы, что и другие ВПФ – от произвольных форм к произвольным.

Развитие телесности рассматривается в 2 планах:

1. Социализация: овладение культурными способами регуляции тела
2. Психологизация: психологические способы регуляции телесных функций.

Психологический онтогенез телесности проходит в несколько этапов:

1. Этап языка тела. Тело служит способом коммуникации. Эмоциональный дискомфорт ребенка проявляется в телесных изменениях, которые служат сигналом для матери.

2. Этап гностических действий. Ребенок подражает имитирует. Формируются стереотипы болезни. Далее активное вербальное развитие ребенка, мать дает ребенку словари. В итоге ребенок приобретает собственные смысловые системы.

3. Рефлексивный этап. У ребенка разделяется духовное и телесное. Формируется представление о собственном «Я» и о собственном теле. Идет означение телесных проявлений, формируется рефлексивный план сознания и саморегуляция.

Процесс психосоматического развития – это процесс прижизненного, культурно детерминированного преобразования телесных функций как закономерное становление в онтогенезе механизмов психического опосредования и регуляции телесных функций, действий и феноменов.

1. Человек рождается с готовым набором физиологических отправлений (основа это базовые процессы; они позволяют жить, но не делают его человеком). Когда человек рождается, весь социум представлен через фигуру матери (диадический характер отношений с миром). Прежде всего в фокусе внимания телесные функции. Необходима помощь в овладении собственным телом (пеленание, периодичность кормления, регуляция плача). Мать наделяет природные потребности ребенка некоторым смыслом (интерпретирует его телесные проявления, как знаки); означает процесс кормления, реакция на выделения. Телесные проявления: функция обеспечения жизни и первичная недифф функция коммуникации. Ребенок быстро усваивает эту систему коммуникации и начинает ей пользоваться – формирует язык тела, который может в дальнейшем актуализироваться в психотравмирующих ситуациях (язык тела не исчезает бесследно), когда более зрелые коммуникации оказываются недостаточными – сенсорный, эмоциональный уровень.

2. Смена ведущей деятельности (Эльконин). Ребенок начинает осваивать предметный мир, но и собственное тело является объектом анализа, манипуляции своим телом – имитация различных проявлений взрослого, формирование многих стереотипов телесных проявлений (мимика, голос, интонации, пантомимика; регуляция эмоциональных состояний; симптомы, которыми обладают взрослые) + ребенок начинает регулировать телесные проявления, начинают появляться специфические человеческие средства для удовлетворения потребности (ложка, рацион, горшок), но возникают и различного рода запреты. Чем более телесная функция вынесена во вне, тем больше она регулируется культурными нормами, и тем выше индекс психосоматичности (патология систем дыхания – функция речи, пищевое поведение, сексуальное поведение). Уровень представлений.

3. Ребенок в достаточной степени начинает овладевать языком; опосредованная реализация своих телесных функций; начинает воспринимать их через сетку значений языка, более детализировано и осмысленно, общественное значение – возможность более произвольного регулирования. Ребенок комментирует взрослого, затем себя и означение своих действий, затем внутренний план. Уровень гностических процессов.

4. Появление сознания, формирование рефлексии. Сознательная и произвольная регуляция действий. Самостоятельное оценивание, ребенок знает, что плохо, а что хорошо (без социума). Уровень сознания.

Вывод: основная причина возникновения симптомов на ранних этапах онтогенеза телесные функции начинают принимать смысл не только организмический, но и психологический (коммуникативный) не только средство удовлетворения, но и средство общения. Значение X-фактора, а не только слабость органа. Если телесная функция проходит в процессе становления этап социализации, тем больше можно ожидать, что при нарушении будут иметь значение психологические факторы.

Внутренняя картина болезни как сложный психосоматический феномен.

В новой жизненной ситуации в условиях болезни человек формирует свое собственное отношение к новым обстоятельствам жизни и к самому себе в этих обстоятельствах, т. е. внутреннюю картину болезни (ВКБ).

Необходимость изучения субъективной стороны заболевания подчеркивается рядом авторов как в нашей стране, так и за рубежом. Многие представители психосоматического направления пытаются дать ответ на этот вопрос с позиций психоанализа, выдвигая теорию аутопатологии (Dunbar, 1936; Alexander, 1950; и мн. др.), согласно которой ответственным за возникновение заболевания является сам человек. Болезнь есть не что иное, как реализация в определенных жизненных условиях психического профиля личности, который у каждого человека индивидуален и предопределен главным образом конституцией и наследственностью.

Соматопсихическое направление было заложено трудами С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина, В.А. Гиляровского, Е.К. Краснушкина. В центре внимания находился вопрос влияния соматической болезни на личность.

Понятие «внутренняя, или аутопластическая картина болезни» (ВКБ) охватывает разнообразные стороны субъективной стороны заболевания. Это сложное, структурированное образование включает по крайней мере четыре уровня психического отражения болезни в психике заболевшего.

Первый уровень – чувственный, уровень ощущений.

Второй уровень – эмоциональный, связан с различными видами реагирования на отдельные симптомы, заболевание в целом и его последствия.

Третий уровень – интеллектуальный, связан с представлением, знанием больного о своем заболевании, размышлениями о его причинах и возможных последствиях.

Четвертый уровень – мотивационный, связанный с определенным отношением больного к своему заболеванию, с изменением поведения и образа жизни в условиях болезни и актуализацией деятельности по возвращению и сохранению здоровья.

Между этими компонентами возможны различные соотношения. Так, известно, что во многих случаях сознание болезни при определенных видах психических расстройств сохраняется. Иногда имеется смутное, не отчетливое осознание болезни. В ряде случаев отчетливое осознание болезни может сочетаться с безразличным, тупым отношением к ней.

Неадекватное отношение больного к своему заболеванию, патологическое переживание болезни может стать условием перестройки иерархии потребностей и мотивов, изменения всей личности больного (Баканова, Зейгарник и др., 1978).

Каждый из уровней ВКБ проходит свой особый путь формирования. Кроме того, каждый из них в разной степени может быть выражен на отдельных этапах течения болезни.

В особенностях внутренней картины болезни (ВКБ) отражается целый ряд важных для врача и психологической судьбы больного моментов:

1. преморбидная личность больного;
2. актуальная жизненная ситуация, в которой находится больной;
3. прогностические признаки, важные для оценки возможности формирования у больного психических отклонений от нормы, патохарактерологических сдвигов и аномального развития личности.

Таким образом, ВКБ – основной комплекс вторичных, психологических по своей природе, симптомов заболевания, который в ряде случаев может осложнять течение болезни, препятствовать успешности лечебных мероприятий и тормозить ход реабилитационного процесса. Этот вторичный симптомокомплекс сам по себе может стать источником стойкой инвалидизации больного. Именно поэтому ВКБ является центральным психологическим образованием, на которое в первую очередь необходимо направлять психокоррекционные воздействия.

Динамика внутренней картины болезни в процессе лечения.

ВКБ – многомерный феномен, нестабильный во времени, зависящий как от внешних условий, так и от характеристик личности. Отслеживание ВКБ может многое говорить, как о динамике самого заболевания, так и об изменении личностных установок больного. При этом сама ВКБ может влиять на ход заболевания, осложняя его течение (вплоть до инвалидизации) или наоборот.

Все уровни ВКБ (сензитивный, эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный) проходят свой особый путь формирования. И каждый из них по-разному выражен на отдельных этапах течения болезни.

На динамику и формирование ВКБ оказывают влияние различные факторы:

- условия жизни больного
- тяжесть заболевания и ее субъективная оценка больным
- медицинский прогноз
- активность больного
- особенности контроля и самооценки

- взаимодействие больного с миром.

При этом важную роль играет вся ситуация лечения: специфика лечебных процедур, степень зависимости больного от медицинской аппаратуры и персонала, параметры взаимоотношений больного с персоналом.

Семинарское занятие 5.1. Введение в психосоматику.

Цель: изучение и закрепление знаний об предмете, задачах и методах исследования психосоматики, а также модели симптомообразования.

Вопросы для обсуждения:

1. Понятие психосоматического феномена. Предмет и задачи психологического изучения психосоматических явлений.
2. Исторические и методологические предпосылки становления психосоматического направления в медицине.
3. Психоаналитические модели симптомообразования психосоматических расстройств:
 - а) представление об истерической конверсии;
 - б) мультифакторная модель вегетативного невроза;
 - в) теория десоматизации–ресоматизации М. Шура;
 - г) модель «двухфазного вытеснения» А. Митчерлиха;
 - д) психогенез симптомов в концепции объектных отношений
4. Представления о психосоматической специфичности.
5. Теория профилей личности Ф. Данбар.
6. Модель поведенческих типов М. Фридмана и Р. Розенмана.
7. Феноменология алекситимии. Основные теоретические подходы к проблеме алекситимии.
8. Концепция выученной беспомощности М. Зелигмана. Поисковая активность и ее роль в симптомообразовании.
9. Представления о психологических аспектах стресса.
10. Социальное окружение как модератор стресса.
11. Представления о психосоматическом симптомообразовании в рамках моделей стресса.

Темы докладов:

1. Психосоматическое направление клинической психологии: предмет и задачи.

2. Проблема симптомогенеза в истории психосоматики. Психологические модели симптомообразования: систематика, особенности, критическая оценка Проблема «выбора органа» в психосоматике.

3. Проблема механизмов психосоматического симптомообразования.

4. Основные положения культурно–исторического подхода к психосоматической проблеме.

5. Проблема психологического онтогенеза телесности. Факторы, влияющие на психосоматическое развитие ребенка.

6. Внутренняя картина болезни: психологические аспекты ее изучения.

7. Психосоматические феномены в структуре магических обрядов и ритуалов.

8. Феноменологический подход к телесности:

9. Методологические предпосылки культурно–исторического подхода в психосоматике.

10. Основные принципы психологии телесности.

11. Психосоматическое развитие ребенка.

12. Представления о культурном и сексуальном теле.

13. Эмоции в концепции вегетоневроза Ф. Александера.

14. Эмоциональный стресс и механизмы совладания с ним.

15. Роль тревоги в психосоматическом симптомообразовании

16. Феномен внутренней картины болезни (ВКБ) в психиатрическом и психологическом подходах.

17. Различные подходы к проблеме структуры внутренней картины болезни.

18. Динамика внутренней картины болезни в процессе лечения.

19. Возрастные особенности внутренней картины болезни.

20. Представление о социальной ситуации развития личности в условиях хронического заболевания.

Список литературы

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение : монография / Ф. Александер; пер. с англ. А. М. Боковой, В. В. Старовойтова; под научн. ред. С. Л.

Шишкина. – Москва : Институт Общегуманитарных Исследований, 2006 – 352 с. – Текст : непосредственный.

2. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы / В. А. Бодров. – Москва : Изд-во «Институт психологии РАН». 1995. – 511 с. – Текст : непосредственный.

3. Тхостов, А. Ш. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни : монография / А. Ш. Тхостов, Г. А. Арина // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно–психической и соматической патологии. – Ленинград : 1990. – 38 с. – Текст : непосредственный.

Практические задания 5.2.

Задание 1. Обследуйте одного испытуемого с помощью опросников «Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ)» и методики неоконченных предложений. Определите ведущий тип отношения к болезни у испытуемого. Составьте психологическое заключение и определите задачи психологической помощи.

Задание 2. Предложите испытуемым изобразить (нарисовать) свою болезнь. Определите, как в рисунках отражаются уровни внутренней картины болезни (сенсорный, аффективный, когнитивный, регулятивный).

Задание 3. Заполните следующую таблицу (на примере любого знакомого Вам заболевания, желательно из собственного опыта).

Таблица 1

Уровни объективной и субъективной картины болезни.

Уровень	Объективная (клиническая) картина болезни	Субъективная (внутренняя) картина болезни
Чувственный		
Эмоциональный (аффективный)		

Когнитивный (интеллектуальный)		
Мотивационный, поведенческий		

Задание 4. Определите норму продолжительности ночного сна:

- статистическая норма – определяется посредством опытных среднеарифметических данных;
- идеальная норма – определяет состояние совершенства;
- социальная норма – определяет нормы поведения, принятые в обществе;
- субъективная норма – определяет норматив для каждого человека, приемлемый для него.

Задание 5. Изобразите с помощью кругов Эйлера соотношение понятий «здоровье» и «болезнь», «ВКЗ» и «ВКБ».

Ситуационная задача 1

Психолог был свидетелем консультации врача–терапевта с коллегой, врачом аллергологом. Вопрос, с которым обратился терапевт к коллеге, касался молодого человека, обратившегося к терапевту какое–то время назад с жалобами на ярко выраженную эритематозную сыпь (типа крапивницы) на линиях вокруг шеи, оканчивающуюся круговой ранкой в области яремной ямки. По мнению аллерголога, это контактный дерматит. Терапевт дополнил изложение, сказав, что молодой человек встречался с девушкой, принадлежавшей к иному вероисповеданию. Девушка подарила молодому человеку религиозный амулет, медальон, который он носил на шее. Аллерголог расценил сказанное как аллергию на никель, наиболее частую форму металлом индуцированного контактного дерматита, и предположил, что и цепь, и медальон представляют собой сплав никеля или имеют никелированную поверхность, поэтому следует сделать анализ на никель. Терапевт отклонил предложение, ссылаясь на то, что незадолго до консультации «весьма непростые» отношения молодых людей прекратились, и парень вернул девушке ее подарок. Аллерголог предположил, что после прекращения

контакта с «аллергеном» симптоматика у пациента стала претерпевать обратное развитие. Терапевт подтвердил это, однако привел новые жалобы пациента: появился участок такого же дерматита также в форме диска на внутренней поверхности левого запястья. Аллерголог высказал предположение о том, что это след от никелевого корпуса наручных часов. Именно это терапевт и сказал пациенту. Однако пациент удивился, ответив, что носит эти часы уже 15 лет и «никогда не страдал ни от какой аллергии на никель». Более того, покраснения здесь не наблюдалось даже тогда, когда появилась аллергия от религиозного медальона; лишь после того, как они с девушкой расстались, и он вернул ей медальон, тогда-то и начался «зуд на коже под часами».

1. Возможно ли участие психолога в дальнейшем лечении данного пациента и в чем может выражаться данное участие?

2. Показанием к применению психотерапии в соматической клинике является отчетливый психический компонент в патогенезе и течении заболевания. Как можно охарактеризовать этот «психический компонент» с точки зрения клинической психологии?

3. Какова роль системы значимых отношений пациента в симптомообразовании болезни?

Ситуационная задача 2

Пациент 33 лет страдает гастритом. Один раз было язвенное обострение. В ходе беседы с врачом выясняется, что и сам пациент, и его отец любят репчатый лук и употребляют его в больших количествах. Пациент не обращает внимания на то, что употребление лука в больших количествах приводит к нарушению работы пищеварительной системы, изменению кислотности. Отец пациента также страдает язвенной болезнью, но в более тяжелой (хронической) форме. Во время беседы пациент вспоминает эпизод из детства: «Мы сидим на кухне с отцом и матерью. Мне года четыре. Мама хочет, чтобы я ел лук, она считает, что это полезно для здоровья. (в детстве я часто болел). Я отказываюсь. Говорю, что это гадость. Тут на помощь матери приходит отец. Он говорит, что лук – это вкусно и настоящие мужчины, чтобы быть здоровыми, должны есть лук. У меня на глазах он съедает головку лука средних размеров,

предварительно посолив ее и ничем не заедая. Со вкусом жует. При этом глаза его краснеют, но он изо всех сил старается не показать, что вот-вот заплачет. (Смеется). После этого я самостоятельно прошу дать мне пол-луковицы. Отец, гордый своей воспитательной работой, говорит, что половинка – это сейчас много, можно обойтись и четвертинкой. Я несколько обижен. Съедаю лук, помню сладкую горечь. С тех пор стараюсь есть лук за каждой едой, посыпая солью, как это делал отец, иногда заедая черным хлебом. (Черный хлеб – это тоже «отцовская еда»). Интересно, что постепенно лук стал мне нравиться на вкус, по-настоящему нравиться, горький и сладкий одновременно! Через некоторое время я стал гордиться тем, что могу есть лук в больших количествах и не плакать. Для меня это было важно. Только когда началось язвенное обострение, и я был вынужден больше прислушиваться к себе, я уловил, что стоит мне наесться лука, как обостряется гастрит. Раньше я не обращал на это внимания. Я жалел, что не могу есть лук, как раньше. Мне казалось, что недостаток витаминов скажется на моем здоровье.

1. Возможно ли участие психолога в дальнейшем лечении данного пациента, и в чем должно выражаться это участие?

2. Наблюдаем ли мы в данном случае так называемое «семейное наследование», по Остроумову А.А. (1844–1908), и как можно охарактеризовать это наследование?

3. Каков механизм симптомообразования, и что может быть объектом психологических воздействий в данном случае – на индивидуальном уровне и на уровне семьи пациента?

Тестовые задания

Инструкция: Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них, выбрав один правильный ответ. При затруднении пропустите вопрос, к нему вы можете вернуться позже.

Критерии оценивания результатов тестирования:

50 – 64% – оценка «удовлетворительно»;

65 – 79% – оценка «хорошо»;

80 – 100% – оценка «отлично».

Клиническая психология.

1. Появление названия «клиническая психология» и развитие ее как самостоятельного направления связывают с именем:
 - а. В. Вундта
 - б. Л. Уитмера
 - в. З. Фрейда
2. По мнению Б.Д. Карвасарского в структуру клинической психологии входят следующие разделы (сделайте 4 выбора):
 - а. деонтология
 - б. патопсихология
 - в. психотерапия
 - г. медицинская психология
 - д. психосоматика
 - е. нейропсихология
3. Отрасль психологической науки, изучающая мозговые механизмы высших психических функций на материале локальных поражений головного мозга – это
 - а. психосоматика
 - б. клиническая психология
 - в. патопсихология
 - г. нейропсихология
 - д. медицинская психология
4. Выберите критерий сходства психопатологии и патопсихологии –
 - а. методы
 - б. предмет
 - в. объект
 - г. парадигма
5. Подход к дифференциации нормы и патологии, опирающийся на отсутствие признаков болезни называется –
 - а. статистически-адаптационным подходом
 - б. подходом через описание положительных критериев нормы
 - в. подходом через определение негативных критериев нормы.

6. Неспособность рефлексировать и адекватно оценивать свои действия, поступки, реальные и потенциальные возможности, результаты деятельности Б.В. Зейгарник считала одним из критериев явной психической патологии и называла –
 - а. неадекватностью
 - б. некритичностью
 - в. непродуктивностью деятельности
7. Поведение, направленное на имитацию болезни или ее отдельных симптомов – это
 - а. симуляция
 - б. аггравация
 - в. диссимуляция
8. Совокупность всех симптомов называется –
 - а. синдромом
 - б. симптомокомплексом
 - в. синдромокинезом
9. Этиология, патогенез, морфологический субстрат составляют один из структурных элементов нозологии, который называют
 - а. ядром
 - б. клинической картиной
 - в. лечением
10. Как называют нарушения восприятия, при которых реально существующие объекты узнаются, но воспринимаются в искаженном виде?
 - а. иллюзия
 - б. галлюцинация
 - в. психосенсорные расстройства
11. Как называют ложное восприятие без реального объекта? –
 - а. иллюзия
 - б. галлюцинация
 - в. агнозия

12. Как называются нарушения восприятия, при которых реальный объект не узнается, а вместо него воспринимается иной образ?
- а. иллюзия
 - б. галлюцинация
 - в. психосенсорные расстройства
13. Какие синдромы относят к помрачению сознания?
- а. аментивный синдром
 - б. кома
 - в. сопор
 - г. делириозный синдром
14. Выберите синдромы выключенного сознания
- а. оглушение
 - б. онейроидный синдром
 - в. кома
15. Закономерность утраты памяти наиболее сложных и недавних впечатлений на начальных этапах мнемических расстройств, а затем утрата старых известна в патопсихологии как
- а. закон (эффект) Зейгарник
 - б. закон Рибо
16. Ложные воспоминания, с убежденностью в их истинности, т.е. так называемые галлюцинации памяти называют
- а. эхомнезии
 - б. криптомнезии
 - в. конфабуляции
17. Тугоподвижность, ригидность, лабильность мышления являются нарушениями
- а. операционной стороны мышления
 - б. динамики мышления
 - в. искажения процесса обобщения
18. К нарушениям целенаправленности мышления относят (сделайте 2 выбора):
- а. соскальзывания

- б. инертность
- в. торпидность
- г. резонерство

19. Внешне немотивированные, неожиданные эпизодические переходы от одного содержания к другому по случайной ассоциации или несущественному для конечной цели рассуждения признаку называют:

- а. витиеватостью
- б. соскальзыванием
- в. аморфностью

20. Непроизвольно возникающие мысли, содержание которых не несет адекватной информации или вступает в значительное противоречие с системой личностных ценностей называют

- а. навязчивыми идеями
- б. бредовыми идеями
- в. сверхценными идеями

21. Подавленное злобно–тоскливое настроение называется

- а. дистимией
- б. дисфорией
- в. эйфорией

22. Неадекватное обстоятельствам приподнятое настроение, которое может варьироваться от беспечной веселости до неконтролируемого возбуждения называется

- а. гипотимией
- б. паратимией
- в. манией

23. Сдвиг мотива деятельности на цель деятельности рассматривался Б.В. Зейгарник как ведущий механизм

- а. нарушения смыслообразования у больных шизофренией
- б. формирования патологических потребностей у лиц с зависимостями

24. Нарушения в какой сфере проявляются при демонстративных личностных расстройствах

- а. когнитивной
- б. волевой
- в. Эмоциональной

25. В клинической психологии «ВКБ» – это:

- а. внутренняя картина болезни
- б. внешняя картина болезни
- в. веселый коммуникабельный больной
- г. врач, который болен

26. Психологическая интерпретация феномена болезни как ситуации, в которой больной человек должен что-то понять, чему-то научиться, вырасти духовно, характерна для:

- а. субъектно–ориентированного подхода
- б. объектно–ориентированного подхода
- в. телеологического подхода
- г. психосоматического подхода

27. Патопсихология изучает:

- а. психогенные заболевания, проявляющиеся в виде вегетативных, сенсомоторных и эмоциональных нарушений
- б. мозговые механизмы психической деятельности человека психологическими методами для топической диагностики локальных поражений головного мозга
- в. закономерности распада психической деятельности в сопоставлении с закономерностями протекания психических процессов в норме
- г. предупреждение расстройств психической деятельности

28. Типичными нарушениями мышления при эпилепсии являются:

- а. замедленность, тугоподвижность
- б. соскальзывания
- в. вязкость
- г. разноплановость

29. Типичными нарушениями мышления при шизофрении являются:

- а. резонерство
- б. соскальзывания
- в. вязкость
- г. разноплановость

30. Для исследования мышления в патопсихологии используются все указанные методики, кроме:

- а. «классификация»
- б. «корректирующая проба»
- в. «исключение предметов»
- г. «последовательность событий»

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ЗАЧЕТУ:

1. Предмет, задачи и структура клинической психологии.
2. Становление клинической патопсихологии в России и за рубежом.
3. Теоретические и практические подходы к определению нормы и патологии психической деятельности.
4. Структура нозологической единицы. Признак болезни, симптом, симптомокомплекс, синдром. Типы заболеваний, этапы течения болезни.
5. Понятие дефекта: первичного, вторичного, третичного. Патологическое развитие психики и личности.
6. Организация и проведение патопсихологического эксперимента.
7. Патология ощущения: психическая гипестезия и анестезия, сенестопатии.
8. Патология восприятия: психосенсорные расстройства и иллюзии.
9. Патология представлений: истинные и псевдогаллюцинации.
10. Варианты патологии памяти: дисмнезии и парамнезии.
11. Методы патопсихологического изучения памяти.
12. Патология внимания: рассеянность, истощаемость, сужение, тугоподвижность, отвлекаемость внимания.
13. Методы патопсихологического изучения внимания.
14. Патология воли: угнетение, усиление, извращение. Навязчивые влечения и компульсии.
15. Нарушение мышления: навязчивые и сверхценные идеи.
16. Нарушение мышления: бредовые идеи.
17. Нарушения мышления по форме: нарушение темпа, подвижности, целенаправленности мышления и грамматического строя речи.
18. Снижение и искажение процессов обобщения.
19. Нарушение речи: эхолалия, мутизм, вербигерация, неологизмы, криптолалия, алалия, афазия, олигофазия.
20. Интеллект, определение, составляющие. Патология интеллекта: олигофрения, деменция.
21. Методы патопсихологического изучения мышления.
22. Методы патопсихологического изучения интеллекта.

23. Методы патопсихологического изучения речи.
24. Продуктивные симптомы патологии эмоций.
25. Негативные симптомы патологии эмоций.
26. Методы патопсихологического изучения эмоций.
27. Пограничные расстройства личности. Патология личности.
28. Патология сознания.
29. Методы патопсихологического изучения личности.
30. Шизофрения. Патопсихологическая картина, методы исследования.
31. Эпилепсия. Патопсихологическая картина, методы исследования.
32. Атеросклероз сосудов головного мозга. Патопсихологическая картина, методы исследования.
33. Неврозы. Патопсихологическая картина, методы исследования.
34. Основная цель применения нейропсихологической диагностики.
35. Неразрывная связь нейропсихологической теории и практики.
36. Значение анализа результатов различных клинических исследований больного, анамнестических данных.
37. Методы исследования нарушений зрительного гнозиса.
38. Псевдодиагностика, локализация поражения
39. Симптомы слуховой агнозии, амузии, аритмии, нарушения слуховой памяти.
40. Методы исследования слухового гнозиса.
41. Методы исследования нарушений тактильного гнозиса.
42. Методы исследования произвольных двигательных функций.
43. Методы исследования нарушений речевых функций.
44. Симптомы нарушений разных видов речевой деятельности при различных формах афазии.
45. Психофизиологические исследования модально–неспецифических и модально специфических нарушений произвольного и непроизвольного внимания.
46. Методы исследования модально–специфической и модально–неспецифической памяти.

47. Методы исследования счетных операций.
48. Основные структурные компоненты нейропсихологического заключения.
49. Методы исследования нарушений наглядно-образного и вербально-логического мышления.
50. Структурные и динамические нарушения интеллектуальной деятельности.
51. Методика нейропсихологической диагностики по А. Р. Лурия
52. Методики исследования эмоционально-волевой и личностной сферы
53. Особенности ВКБ у различных возрастных групп.
54. Различные подходы к изучению ВКБ.
55. Изучение внутренней картины болезни в контексте культурно-исторического подхода к психосоматическим расстройствам (концепция Тхостова А.Ш.).
56. Сравнительный анализ различных моделей внутренней картины болезни (Николаева В.В., Тхостов А.Ш.).
57. Гипотеза психосоматической специфичности в различных психоаналитических моделях (З. Фрейд, Ф. Александер).
58. Концепция профиля личности в психосоматике.
59. Роль эмоций в происхождении психосоматических заболеваний. Экспериментальные факты, клинические наблюдения (по Я. Рейковскому).
60. Проблема психологического онтогенеза телесности.
61. Исторические и методологические предпосылки становления психосоматического направления в медицине.
62. Концепция выученной беспомощности М. Селигмана. Поисковая активность и ее роль в симптомообразовании (В.С. Роттенберг, В.В. Аршавский).
63. Представления о психологических и социальных аспектах стресса (Р. Лазарус, В.А. Бодров).
64. Стресс и психосоматические расстройства.

65. Психогенная импотенция как модель психосоматического симптомообразования в психологии телесности.

66. Особенности социальной ситуации развития у больных хроническими соматическими заболеваниями (на примере хронической почечной недостаточности).

67. Психологические модели симптомообразования: систематика, особенности, критическая оценка.

68. Психосоматический феномен и психосоматический симптом: возможности их дифференциации.

69. Психологическая феноменология алекситимии.

70. Различные подходы к проблеме алекситимии.

71. Алекситимия как психологическая проблема.

72. Нарушения познавательной деятельности у больных с хроническими соматическими заболеваниями.

73. Личностные изменения при хроническом течении соматического заболевания.

74. Проблема симптомогенеза в истории психосоматики.

75. Предмет и задачи психологического изучения психосоматических явлений.

76. Проблема психосоматического дизонтогенеза.

77. Проблема классификации психосоматических расстройств.

78. Факторы, влияющие на психосоматическое развитие ребенка (теория объектных отношений, культурно-исторический подход).

79. Гипотеза специфичности психодинамического конфликта Ф. Александра: примеры психодинамических конфликтов при различных заболеваниях (симпатическая и парасимпатическая активация).

80. Проблема механизмов психосоматического симптомообразования.

81. Динамика представлений о психосоматической специфичности.

82. Проблема психосоматического симптомогенеза в

теории объектных отношений.

83. Архаические и современные формы «психосоматической мифологии».

84. Предмет, объект и значение психологии аномального развития.

85. Цели и задачи дисциплины.

86. Основные причины нарушений в развитии.

87. Характеристику экзогенно–органических факторов как причин нарушений в развитии.

88. Роль социальных факторов в возникновении психических нарушений.

89. Индивидуальная программа реабилитации.

90. Сущность, содержание и опыт организации ранней комплексной помощи детям с отклонениями в развитии и их семьям.

91. Психосоциальная адаптация лиц с нарушениями в развитии.

92. Методы обследования детей с нарушениями в развитии.

93. Показания к зачислению детей в специальные (дошкольные) школьные учреждения.

94. Раскройте систему профилактики нервно–психических нарушений у детей как основу предупреждения развития патологии.

95. Интеграция лиц с ограниченными возможностями здоровья.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ЭКЗАМЕНУ:

1. Клиническая психология ее предмет и задачи.
2. Методология и методы клинической психологии.
3. Роль клинической психологии в решении общепсихологических проблем.
4. Проблема локализации ВПФ. Основные положения и понятия теории системно–динамической локализации ВПФ.
5. Нарушение произвольных движений и действий.
6. Нарушения восприятия при органических поражениях мозга: краткая характеристика.
7. Нарушения речи при органических поражениях мозга: краткая характеристика.

8. Принципы структурно–функциональной организации мозга: межполушарное взаимодействие. Проблема межполушарной асимметрии. Основные концепции взаимодействия правого и левого полушарий мозга.

9. Основные закономерности морфологического созревания мозга. Особенности проявления локальных поражений мозга у детей.

10. Нарушение памяти при локальных повреждениях головного мозга.

11. Нарушение внимания при локальных повреждениях головного мозга.

12. Нарушение письма и чтения при локальных повреждениях головного мозга.

13. Концепция А.Р. Лурия о трех блоках мозга.

14. Нарушение мышления при локальных повреждениях головного мозга.

15. Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья.

16. Основные подходы к нейропсихологической реабилитации. Основные принципы нейрореабилитации.

17. Виды и принципы нейропсихологической диагностики.

18. Патопсихология как направление клинической психологии: предмет и задачи.

19. Патология памяти при психических заболеваниях.

20. Феноменология и психологические механизмы нарушения мышления при психических заболеваниях.

21. Изменения личности при психических заболеваниях.

22. Структура патопсихологического синдрома при шизофрении и расстройстве личности.

23. Структура патопсихологического синдрома при органических поражениях мозга.

24. Проблема психиатрического и психологического подходов к личностным расстройствам.

25. Основные диагностические категории, разработанные в различных направлениях психоанализа.

26. Психоаналитические теории развития (концепция драйвов, Эго–психология, теория объектных отношений, self–психология).

27.Различные подходы к нарциссизму. Характеристика нарциссического расстройства личности в психоаналитическом подходе.

28.Характеристика расстройств личности «высшего» уровня в психоаналитическом подходе.

29.Характеристика расстройств личности «низшего» уровня в психоаналитическом подходе.

30.Когнитивный подход к личностным расстройствам.

31.Психосоматическое направление клинической психологии: предмет и задачи.

32.Проблема симптомогенеза в истории психосоматики. Психологические модели симптомообразования: систематика, особенности, критическая оценка Проблема «выбора органа» в психосоматике.

33.Проблема механизмов психосоматического симптомообразования.

34.Основные положения культурно–исторического подхода к психосоматической проблеме.

35.Проблема психологического онтогенеза телесности. Факторы, влияющие на психосоматическое развитие ребенка.

36.Внутренняя картина болезни: психологические аспекты ее изучения.

37.Аномалии детского развития как направление клинической психологии: предмет, задачи.

38.Аномалия развития в детском возрасте: основные детерминанты дизонтогенеза.

39.Варианты дизонтогенеза, связанные с фактором недоразвития: виды, классификация, структура дефекта.

40.Варианты дизонтогенеза, связанные с фактором «поломки» в развитии: виды, классификация, структура дефекта.

41.Варианты дизонтогенеза, связанные с фактором асинхронии: виды, классификация, структура дефекта.

42.Влияние ранней эмоциональной депривации на психическое состояние и развитие ребенка. Явление «госпитализма» и «неогоспитализма».

Критерии оценивания на зачете/экзамене:

1. Полнота изложения теоретического материала;
2. Полнота и правильность решения практического задания;

3. Правильность и/или аргументированность изложения (последовательность действий);
4. Самостоятельность ответа;
5. Культура речи;

– оценка «отлично» выставляется в случае если студент дал полный, в логической последовательности развернутый ответ на поставленный вопрос, где он продемонстрировал знания предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину, самостоятельно, и исчерпывающе отвечает на дополнительные вопросы, приводит собственные примеры по проблематике поставленного вопроса. Может самостоятельно и без подсказок провести синдромный анализ структуры психической деятельности, назвать структуру синдрома, предмет, метод, методики клинической психологии, структуру заключения.

– оценка «хорошо» выставляется, когда студентом дан развернутый ответ на поставленный вопрос, где студент демонстрирует знания, приобретенные на лекционных и семинарских занятиях, а также полученные посредством изучения обязательных учебных материалов по курсу, дает аргументированные ответы, приводит примеры, в ответе присутствует свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается неточность в ответе. Может самостоятельно с небольшими ошибками провести синдромный анализ структуры психической деятельности, способен обозначить структуру синдрома, предмет, метод, методики клинической психологии, структуру заключения. Может незначительно затрудняться при составлении заключения при решении определенной задачи практики.

– оценка «удовлетворительно» выставляется в случае, когда студентом дан ответ, свидетельствующий в основном о знании процессов изучаемой дисциплины, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы, знанием основных вопросов теории, слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры, недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и

последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа и решении практических заданий. Может с помощью преподавателя провести синдромный анализ структуры психической деятельности, не может назвать структуру синдрома, предмет, метод, методики клинической психологии. Не может или затрудняется обозначить структуру заключения

– оценка «неудовлетворительно» выставляется в случае, когда студентом дан ответ, который содержит ряд серьезных неточностей, обнаруживающий незнание процессов изучаемой предметной области, отличающийся неглубоким раскрытием темы, незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Выводы поверхностны. Решение практических заданий не выполнено. Т.е. студент не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах преподавателя. Не может провести синдромный анализ структуры психической деятельности, не может назвать структуру синдрома, предмет, метод, методики клинической психологии, структуру заключения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение : монография / Ф. Александер; пер. с англ. А. М. Боковой, В. В. Старовойтова; под научн. ред. С. Л. Шишкина. – Москва : Институт Общегуманитарных Исследований, 2006 – 352 с. – Текст : непосредственный.
2. Блейхер, В. М. Клиническая патопсихология : руководство для врачей и клинических психологов / В. М. Блейхер, И. В. Крук, С. Н. Боков. – Москва : МПСИ; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2002. – 511 с. – Текст : непосредственный.
3. Бодров, В. А. Психологический стресс : развитие учения и современное состояние проблемы / В. А. Бодров. – Москва : Изд-во «Институт психологии РАН». 1995. – 511 с. – Текст : непосредственный.
4. Венгер, А. Л. Клиническая психология развития : учебник и практикум для вузов / А. Л. Венгер, Е. И. Морозова. – Москва : Издательство Юрайт, 2023. – 312 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-03304-5 // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. –URL: <https://urait.ru/bcode/513694> Текст : электронный.
5. Горячева Т.Г. Расстройства аутистического спектра у детей: монография/ Т.Г. Горячева ,Ю. В. Никитина. Москва : Издательство Генезис, 2018. – 168 с. ISBN: 978-5-98563-534-8 /. – Текст : непосредственный.
6. Зейгарник Б. В. Принципы построения патопсихологического исследования : хрестоматия // Патопсихология: / Б. В. Зейгарник, Н. Л. Белопольская. – Москва : УРАО, 1998. – 224 с. – Текст : непосредственный.
7. Колесник Н. Т. Клиническая психология : учебник для вузов / Н. Т. Колесник, Е. А. Орлова, Г. И. Ефремова ; под редакцией Г. И. Ефремовой. –3-е издание, исправленное и дополненное. – Москва : Издательство Юрайт, 2023. – 359 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-02648-1 // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/510634> – Текст : электронный
8. Корсакова Н. К. Клиническая нейропсихология : учебное пособие для вузов / Н. К. Корсакова, Л. И. Московичюте. – 2-е издание, исправленное и дополненное.

– Москва : Издательство Юрайт, 2023. – 165 с. – (Высшее образование). – ISBN 978–5–534–06101–7 // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/515197>
Текст : электронный

9. Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учебное пособие / В. В. Лебединский. – 2-е издание, исправленное. – Москва : Академия, 2004. – 144 с. – (Высшее профессиональное образование). – ISBN 5–7695–1947–9 /. – Текст непосредственный.

10. Тхостов, А. Ш. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни: монография / А. Ш. Тхостов, Г. А. Арина // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно–психической и соматической патологии. – Ленинград : 1990. – 38 с. – Текст : непосредственный.

11. Хомская, Е. Д. Нейропсихология : учебник для вузов / Е. Д. Хомская. – Санкт – Петербург; Издательство Питер, 2018. – 496 с.– (Высшее образование). – ISBN: 978–5–4461–0778–0 /. – Текст : непосредственный

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

ГИССЕНСКИЙ ЖАЛОБ ПЕРЕЧЕНЬ

(Giesener Beschwerdebogen, GVB)

Опросник–анкета, предназначен для выявления субъективной картины физических страданий больных. Предложен Е. Брюхлер и Дж. Снер в 1967 г.

Опросник состоит из перечня, включающего 57 жалоб, относящихся к таким сферам, как общее самочувствие, вегетативные расстройства, нарушение функций внутренних органов. Степень их интенсивности оценивается по 5–балльной шкале: 0 – нет, 1 – слегка, 2 – несколько, 3 – значительно, 4 – сильно.

Помимо жалоб, выясняется их обусловленность психическими или физическими факторами пациента. Предусмотрена возможность указания на не содержащиеся в опроснике жалобы.

На основе факторного анализа были выделены 4 основные и 5–я дополнительная шкалы:

Шкала1. **«Истощение»** (И) – характеризует неспецифический фактор истощения, указывающий на общую потерю жизненной энергии, потребность в помощи.

Шкала2. **«Желудочные жалобы»** (Ж) – отражает синдром нервных (психосоматических) желудочных недомоганий.

Шкала3. **«Ревматический характер»** (Р) – выражает субъективные страдания пациента, носящие алгический или спастический характер.

Шкала4. **«Сердечные жалобы»** (С) – указывает на то, что пациент локализует свои недомогания преимущественно в сердечно–сосудистой сфере.

Шкала5. **«Давление» или «Интенсивность жалоб»** (Д) – характеризует общую интенсивность жалоб.

Оценки по шкалам получают путем суммирования баллов по каждому входящему в эти шкалы пункту. Для оценки субъективной степени физических недомоганий авторы предлагают рассматривать ее в сравнении с данными выборок пациентов и здоровых, а также учитывать возрастные и половые

различия. В качестве такого интегрального показателя для сопоставления используется т. н. процентный ранг – процент тех испытуемых из выборки стандартизации, которые получили равный или более низкий балл, нежели данный обследуемый. Тест предполагает также графическое отображение результатов. Помимо интерпретации по пяти шкалам, возможен анализ, базирующийся на всех пунктах.

Стандартизация опросника проводилась на выборке населения Германии (1601 чел.) и пациентах психосоматической клиники Гиссенского университета (4076 чел.)

Имеется русскоязычный вариант, адаптированный сотрудниками психоневрологического института им. В. М. Бехтерева (В. А. Абабков, С. М. Бабин, Г. Л. Исурина и др., 1993), стандартизованный на здоровых (286 чел.) и больных с невротическими и психосоматическими расстройствами (467 чел.).

По мнению авторов русскоязычного варианта методики, физическое состояние человека влияет на эмоциональный стереотип поведения. Это следствие влияния соматики на психику. Но возможно и обратное воздействие – сложившийся у личности эмоциональный стереотип поведения накладывает отпечаток на переживание физического состояния. Эмоциональный стереотип поведения оказывает давление на восприятие органических состояний.

В медицине существует понятие «субъективный уровень заболевания». В отличие от объективной картины соматических нарушений, субъективный уровень отражает, как человек эмоционально интерпретирует состояние своего здоровья. При этом каждое отдельное ощущение сопровождается субъективным эмоционально окрашенным восприятием, а сумма таких ощущений определяет интенсивность субъективных недомоганий.

Речь идет о любой личности, а не только о больном или обратившемся за помощью к врачу. Ведь каждый человек в той или иной мере обеспокоен своим здоровьем и переживает какие-либо недомогания, привнося в повседневные отношения с окружающими эмоциональный психосоматический фон.

Помимо основного предназначения, данный опросник может использоваться для изучения эффективности психотерапии, при решении проблемы взаимовлияния физических жалоб у супругов, ответной реакции на заболевание партнера.

Инструкция:

«Предлагаем Вам опросник, который выявляет интенсивность эмоционально окрашенных жалоб по поводу Вашего физического самочувствия.

Отмечаемые недомогания оценивайте по шкале: 0 – нет, 1 – слегка, 2 – несколько, 3 – значительно, 4 – сильно».

Стимульный материал:

Я чувствую следующие недомогания	0 Нет	1 Слегка	2 Несколько	3 Значительно	4 Сильно
1	2	3	4	5	6
1. Ощущение слабости					
2. Сердцебиение, перебои в сердце, или замирание сердца.					
3. Чувство давления или переполнения в животе					
4. Повышенная сонливость					
5. Боли в суставах и конечностях					

6. Головокружение					
7. Боли в пояснице и спине					
8. Боли в шее (затылке) или плечевых суставах					
9. Рвота					
10. Тошнота					
11. Ощущение кома в горле, сужение горла или спазма					
12. Отрыжка					
13. Изжога или кислая отрыжка					
14. Головные боли					
15. Быстрая истощаемость					
16. Усталость					
17. Чувство оглушенности (помрачения сознания)					
18. Чувство тяжести или усталости в ногах					

19. Вялость					
20. Колющие или тянущие боли в груди					
21. Боли в желудке					
22. Приступы одышки					
23. Ощущение давления в голове					
24. Сердечные приступы					

Ключ:

Вычисляются суммарные оценки недомоганий, составляющих шкалы:

1. «Истощение» – И: $1+4+15+16+17+19=$

2. «Желудочные жалобы» – Ж: $3+9+10+12+13+21=$

3. «Боли в различных частях тела» или «ревматический фактор» – Р: $5+7+8+14+18+23=$

4. «Сердечные жалобы» – С: $2+6+11+20+22+24=$

5. «Давление (интенсивность) жалоб» – Д. Эта шкала включает все 24 приведенные выше жалобы представляет собой интегральную оценку 4-х предыдущих шкал.

Интерпретация:

Симптомы недомоганий, составляют следующие шкалы:

1. «Истощение». Показатель этой шкалы характеризует неспецифический фактор истощения, который указывает на общую порю жизненной энергии потребность человека в помощи.

2. «Желудочные жалобы». Шкала отражает синдром нервных (психосоматических) желудочных недомоганий (эпигастральный синдром).

3. «Боли в различных частях тела» или «ревматический фактор».

Шкала выражает субъективные страдания пациента, носящие алгический или спастический характер.

4. «Сердечные жалобы». Шкала указывает на локализацию недомоганий преимущественно – в сосудистой сфере.

5. «Давление» (интенсивность) жалоб. Эта шкала включает все 24 приведенные выше жалобы представляет собой интегральную оценку 4-х предыдущих шкал. Суммарная оценка интенсивности эмоционально окрашенных жалоб по поводу физического состояния образует самостоятельный и весьма значимый фактор, определяющий психический статус личности.

Необходимо подчеркнуть, что указанные шкалы не отражают клинические синдромы, которые позволяют диагностировать то или иное заболевание. Они представляют собой среднее сочетание ощущаемых человеком физических недомоганий.

Оценка для первых четырех шкал находится в диапазоне от 0 до 24 баллов (так как каждая шкала содержит 6 пунктов), для 5-й шкалы как суммарного показателя четырех предыдущих, оценка варьироваться от 0 до 96 баллов.

Для того, чтобы оценить субъективную степень эмоционального переживания физических недомоганий отдельного человека, авторы методики предлагают рассматривать его данные в сравнении с выборками стандартизации – с результатами, полученными в контрольной группе здоровых (286 человек) и в группе пациентов, страдающих невротическими и психосоматическими расстройствами (467 человек). С помощью специальной таблицы сырые баллы данного человека переводятся в процентные ранги. Процентный ранг указывает, какой процент лиц в контрольной группе (К) или в группе пациентов (П) имеет по шкале «интенсивности» (давление жалоб) оценку, равную или более низкую по сравнению с результатом конкретно опрошенного человека.

Приложение 2

Схема составления заключения по результатам нейропсихологического обследования.

Психолог _____

Нейропсихологическое _____ обследование
больного.

Краткие сведения: возраст, образование, профессия, диагноз.

1. Общая характеристика поведения больного в экспериментальной ситуации.

Особенности контакта.

Ориентировка в месте, времени, собственной личности.

Критичность больного.

Отношение к эксперименту: формальное, мотив экспертизы отсутствует, присутствует, нестойко; отношение к ошибкам (стремится исправить, принимает помощь, не критичен к ошибкам).

Жалобы больного.

Эмоциональный фон и эмоциональное реагирование, повышение/снижение эмоционального фона, эмоциональная лабильность, апатия, неадекватность эмоционального реагирования, снижение эмоционального реагирования, эмоциональное уплощение. Личностные особенности.

Нейродинамические нарушения (степень выраженности): темп работы (равномерный, неравномерный; ускоренный, средний, замедленный), инертность, истощаемость, колебания продуктивности, снижение общего тонуса.

Произвольная регуляция деятельности: нарушение контроля за протеканием произвольной деятельности; упрощение программы, соскальзывание на другие формы деятельности, замена программы деятельности инертными стереотипами, нарушение программирования произвольной деятельности (невозможность составления общей схемы деятельности, фрагментарность ориентировки в задании); наличие эхоталий, эхопраксий, импульсивность, инактивность, аспонтанность.

Профиль функциональных асимметрий (при возможности исследования); ведущие рука, ухо, глаз; наличие стертого левшества.

ПРАКСИС.

Кинестетический праксис (*мануальный*): кинестетический поиск, перебор пальцев, ошибки, влияние исключения зрительной опоры.

Динамический праксис (*мануальный*): отсутствие плавности при переключении с одного движения на другое, персеверации, антиципации, контаминации, нарушение двигательных навыков.

Пространственный, конструктивный праксис (наличие координатных, топологических, метрических, проекционных ошибок, трудности право–левых перешифровок, помогает ли опора на речь, путает правую–левую стороны, заданную плоскость).

Символический (*мануальный*) праксис.

Оральный (кинестетический, кинетический, символический) праксис, состояние органов артикуляции (объем и амплитуда движений, тонус, парезы, гиперкинезы).

ГНОЗИС.

Зрительный.

Зрительный предметный.

Зрительный пространственный (нарушение ориентировки в пространственных признаках изображений; в системе координат низ–вверх, право–лево)

Символический (буквенный, цифровой) (нарушение узнавания букв и цифр; смешение букв, сходных по начертанию; затруднения в подборе одинаковых букв разного шрифта).

Лицевой.

Цветовой гнозис.

Симультанность восприятия.

Слуховой.

Слуховой предметный гнозис.

Восприятие ритмов (нарушение оценки и воспроизведения ритмов:

влияние акцентированности ритмов, оценка количества ударов в пачке; сужение объема восприятия).

Восприятие мелодий.

Соматосенсорный гнозис.

Соматогнозис (нарушение право–левой ориентировки, игнорирование левой части тела, искаженное восприятие частей собственного тела, нарушение «схемы тела»).

Стереогноз. Дермолексия.

ВНИМАНИЕ. Объем, устойчивость внимания, возможности распределения (результаты выполнения таблицы Шульте, отсчитывания и др.).

ПАМЯТЬ.

На текущие события

На упроченные знания

Слухоречевая: дать характеристику объема памяти – непосредственного воспроизведения, наращивания объема при дальнейших попытках (с указанием кривой заучивания, примеров ошибок), прочности следов, избирательности, удержания порядков элементов, влияния интерференции; влияние смысловой, организации материала на показатели воспроизведения (организованный по смыслу материал (тексты, фразы), неорганизованный материал (слова, слоги)).

Зрительная: дать характеристику объема памяти, прочности следов, избирательности, удержания порядков элементов (с указанием кривой заучивания).

РЕЧЬ (устная).

Импрессивная. Понимание ситуативной, внеситуативной речи, слов (обозначающих предметы, действия; предъявляемых одиночно и группами); понимание фраз, квазипространственных логико–грамматических конструкций; текстов.

Оценивается состояние фонематического слуха, наличие отчуждений смысла слова, сужение объема слухоречевого восприятия.

Экспрессивная. Спонтанная, речевая инициатива, диалогическая речь.

Автоматизированная/деавтоматизированная.

Номинативная.

Повторная (повторение звуков, слогов, серий звуков, слогов, слов разной фонетико–артикуляционной сложности, фраз).

Фразовая.

Оценивается наличие вербальных, литеральных парафазий, скандированность, трудности артикуляторного переключения, кинестетический поиск, аграмматизм.

ЧТЕНИЕ. Глобальное, аналитическое чтение. Возможность прочтения букв, слов, текстов, прочность связи «графема–фонема».

ПИСЬМО. Списывание, письмо под диктовку, самостоятельное письмо, прочность связи «фонема–графема».

СЧЕТ. Состояние числовых представлений: разрядное строение числа, доступность простых счетных операций, наличие специфических ошибок перехода через десяток.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ. (Понимание содержания сюжетной картины, установление последовательности серий сюжетных картинок; понимание смысла текста, пословиц; классификация; установление логических отношений (анalogии); конструктивная деятельность, дискурсивное мышление (решение задач)). Состояние операциональных, регуляторных, динамических компонентов ИД.

Нейропсихологический статус:

Ведущий дефект:

1.

Сопутствующие расстройства:

2.

3.

4. Нейродинамические нарушения (с указанием степени выраженности нарушений в баллах).

Первыми перечисляются речевые нарушения, затем невербальные (для центра патологии речи).

Топический диагноз: патологическое функционирование ... отделов коры / субкортикальных/ стволовых структур правого/левого полушария головного мозга, с заинтересованностью...

Подпись

Глоссарий

Абазия (от греч. а – отрицат. частица, basis – ходьба) – нарушение способности ходить при сохранности других движений ног; встречается чаще при диссоциативном расстройстве (истерия).

Агнозия (от греч. а – отрицат. частица и gnosis – знание) – нарушение различных видов восприятия, возникающее при поражении коры головного мозга и ближайших подкорковых структур.

Аггравация (лат. *Aggravare* – ухудшать, отягощать). Преувеличение больным реально существующей болезни. А. может быть активной, умышленной, сознательной и пассивной, когда усиливаются лишь отдельные проявления болезни, но больной не препятствует проведению лечения. Об А. подсознательно говорят в тех случаях, когда больной стремится вызвать сочувствие окружающих, привлечь их внимание. А. патологическая наблюдается у психически больных (чаще всего при истероидной психопатии), стремящихся воспроизвести картину серьезного соматического заболевания.

Адаптация (лат. *Adaptatio* – приспособление). В биологии – приспособление строения и функций организма к условиям существования в окружающей среде, к меняющимся условиям функционирования. А. человека формируется в процессе его эволюции и направлена на сохранение постоянства его внутренней среды (гомеостаза). А. (реадаптация) является важным этапом в процессе реабилитации психически больных, следуя за этапом восстановительной терапии и предвзяя реабилитацию в прямом смысле слова. Различают А. психическую, под которой понимают приспособление психической деятельности человека к условиям окружающей среды, и трудовую (профессиональную), то есть приспособление человека к определенным формам трудовой деятельности (характеру труда и условиям производства), способствующее улучшению его трудоспособности. А. – один из основных критериев разграничения нормы и патологии в психической деятельности человека.

Аграфия – потеря способности писать слова или буквы при сохранности интеллекта и отсутствии расстройства

координации движений руки или кисти. Возникает при поражении задних отделов средней лобной извилины в доминантном полушарии.

Адиадохокинез – нарушение правильного чередования противоположных движений, например пронации и супинации кистей. Возникает при поражении мозжечка.

Акинезия – отсутствие движений.

Аккомодация – в физиологии процесс приспособления возбудимой ткани к постепенно нарастающей силе раздражителя, проявляющийся постепенным снижением ее возбудимости.

Алалия – отсутствие или ограничение речи у детей, обусловленное поражением корковых зон больших полушарий в доречевом периоде. Моторная алалия – недоразвитие моторной речи при сохранности ее понимания; сенсорная алалия – нарушение понимания речи при сохраненном элементарном слухе.

Амимия – отсутствие или ослабление движений мимических мышц, вследствие чего выражение лица становится маскообразным. Встречается при паркинсонизме, а также при двустороннем поражении лицевого нерва.

Анамнез психологический (от греч. воспоминание) – совокупность сведений о человеке, полученных различными методами с целью организации с ним эффективной работы.

Анестезия – полная потеря чувствительности, наступающая в результате прекращения поступления импульсов от рецепторов на периферии тела до клеток коры головного мозга.

Анизокория – (anisocoria; греч. anisos неравный + kore зрачок) неравенство величины зрачков, связанное с нарушением иннервации двух гладких внутренних мышц глаза (круговой мышцы – суживающей зрачок, и радиальной мышцы расширяющей его).

Анизорефлексия – неравномерность однозначных рефлексов на симметричных участках правой и левой стороны.

Анозогнозия – отсутствие сознания своего дефекта (своей болезни).

Антиципация (от лат. anticipation – предвосхищаю) – понятие, означающее представление о предмете, явлении,

результате действия, возникающее еще до того, как они будут реально восприняты и осуществлены.

Апперцепция (лат. *ad* – к, до, при, *perceptio* – восприятие). Свойство психики человека, выражающее зависимость восприятия предметов и явлений от предшествующего опыта данного субъекта, от его индивидуальных личностных особенностей. Восприятие действительности не является процессом пассивным – способность к А. позволяет человеку активно строить психическую модель действительности, детерминированную сложившимися и присущими данному индивидууму личностными особенностями. Понятие А. широко применяется в медицинской психологии, в частности в патопсихологии.

Апраксия (от греч. *a* – отрицат. частица и *praxis* – действие) – нарушение произвольных целенаправленных движений и действий, возникающее при поражении коры головного мозга.

Асинхрония – вид психического дизонтогенеза, при котором выраженное опережение развития одних психических функций и свойств формирующейся личности и значительное отставание темпов и сроков созревания других функций и свойств

Ассоциативные нервные пути – проводящие пути ЦНС, соединяющие разные отделы коры в пределах одного полушария большого мозга.

Астазия (от греч. *a* – отрицат. частица и *stasis* – стояние) – потеря способности стоять, которая вызывается нарушением координации мышц тела.

Атаксия – расстройство координации движений.

Атетоз – непроизвольное червеобразное сокращение пальцев рук и ног.

Атрофия – уменьшение объема того или иного органа вследствие нарушения его питания.

Афазия (от греч. *a* – отрицат. частица, *phasis* – высказывание) – нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры левого полушария (у правшей) и представляющие собой системное расстройство различных видов речевой деятельности.

Афферентный – центростремительный.

Брадикинезия – замедление темпа движений.

Брадилалия – замедление темпа речи.

Бульбарный паралич – периферический паралич IX, X, XII пар черепно–мозговых нервов.

Вентрикулография – рентгенографический метод исследования головного мозга путем введения в желудочки мозга воздуха в качестве рентгеноконтрастного вещества.

Вменяемость. Возможность нести ответственность за совершенные поступки. В. устанавливается путем проведения судебно–психиатрической экспертизы, руководствующейся в своем решении медицинским и юридическим критериями. Юридический критерий невменяемости характеризует тяжесть (глубину) психических нарушений, которая исключает вменяемость (невменяемым является лицо, которое во время совершения общественно опасного действия не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими). Медицинский критерий представлен обобщенным перечнем психических заболеваний, исключающих В. К медицинскому критерию относятся хроническая душевная болезнь, временное расстройство душевной деятельности, слабоумие и иные болезненные состояния (состояния, не являющиеся психической болезнью в узком смысле этого слова, но характеризующиеся теми или иными нарушениями психической деятельности: психопатии, психический инфантилизм, некоторые случаи глухонемоты). При этом диагноз болезненного состояния не играет роли абсолютного фактора: учитывается течение болезни, наличие ремиссии и ее качество и т.д. В ряде стран существует понятие уменьшенной В., устанавливаемой в связи с наличием у испытуемого психических отклонений, уменьшающих его способность управлять своими действиями и поступками, сознавать совершенное.

Внутренняя картина болезни (синоним – субъективная концепция болезни) – отражение в психике больного своей болезни. Понятие «В. к. б.» ввел в клиническую медицину Р.А. Лурия, выделяя в ее структуре сенситивный и интеллектуальный уровни.

Гидроцефалия – водянка головы, избыточное скопление жидкости внутри полости черепа.

Глубинная психология – ряд направлений в психологии и психиатрии, в основе которых лежит положение о ведущей роли бессознательных, иррациональных, аффективно–эмоциональных, инстинктивных и интуитивных процессов, побуждений, мотивов, стремлений в психической жизни и деятельности человека, в формировании его личности.

Гнозис – познание предметов, явлений, их смыслового значения.

Гомеостаз — относительное динамическое постоянство внутренней среды, устойчивость основных физиологических функций (кровообращения, дыхания, терморегуляции, обмена веществ и т. д.) организма.

Дееспособность. Способность собственными действиями приобретать гражданские права и создавать для себя гражданские обязанности. Дееспособными считаются лица, достигшие совершеннолетия, так как к этому возрасту человек достигает психической зрелости и приобретает жизненный опыт, необходимые для правильного понимания и регулирования своих поступков. Отсутствие Д. (недееспособность) является следствием психической болезни или (и) слабоумия. В отечественных гражданских кодексах указывается, что судом признается недееспособным человек, который «вследствие душевной болезни или слабоумия не может понимать значения своих действий или руководить ими». Медицинский критерий Д., как и вменяемости, учитывает многообразие форм психических заболеваний и различия выраженности психических расстройств. Вопросы Д. относятся к судебно–психиатрической экспертизе в гражданском процессе.

Дезадаптация (*дез* + *новолат. adaptatio* – приспособление). Нарушение приспособления организмов к условиям существования. В психиатрии под Д. понимается в первую очередь утрата приспособляемости к условиям социальной среды, являющаяся следствием психического заболевания. Соответственно один из этапов реабилитации психически больных носит название реадaptационного

Девиантное (отклоняющееся) поведение – действия, не соответствующие официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе (социальной группе) нормам и

ожиданиям и приводящие нарушителя к изоляции, лечению, исправлению или наказанию.

Деменция (от лат. *dementia* – безумие) – приобретенное слабоумие, которое проявляется в ослаблении познавательной способности, обеднении чувства, изменении поведения, крайнем затруднении при использовании знаний прошлого опыта.

Депривация (англ. *deprivation* – лишение, утрата) – недостаточность удовлетворения каких-либо потребностей организма.

Дермографизм (*дерма* + *греч. grapho*– писать, изображать). Феномен, проявляющийся изменением окраски кожи вследствие нанесения механического штрихового раздражения. По характеру Д. можно судить о некоторых особенностях деятельности вегетативной нервной системы. Так, Д. белый появляется вследствие спазма капилляров в ответ на раздражение; возвышенный возникает при повышенной проницаемости стенок капилляров (возвышающиеся над кожным рельефом красные полосы); красный свидетельствует о расширении капилляров; местный или разлитой различаются по соответствию зоны Д. месту нанесения раздражения; в основе Д. рефлекторного (он представлен широкой полосой чередующихся белых и красных пятен с неровными краями) лежит спинальный вазомоторный рефлекс; проявляется волдырями и обусловлен повышенной проницаемостью стенок сосудов.

Детский церебральный паралич – заболевание центральной нервной системы с непрогрессирующим течением, возникающее в результате повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза и проявляющееся неспособностью сохранять нормальную позу и выполнять произвольные движения, сочетающиеся с нарушениями речи, интеллекта, личности.

Диплегия – паралич обеих ног или рук.

Диплопия – двоение в глазах.

Диссимуляция (от лат. *dissimulatio* – сокрытие) – сознательное стремление человека скрыть свои болезненные расстройства, симптомы психических заболеваний.

Заболеваемость общая. Показатель заболеваемости. Статистический показатель, вычисляемый из количества общего числа первично обнаруженных, зарегистрированных за

определенный период времени больных, приходящихся на 1000, 10 000 или 100 000 человек населения (изучаемого контингента).

Задержка психического развития – особый тип аномалии психического развития ребенка. З. п. р. – парциальное недоразвитие ВПФ, носящее временный характер и преодолеваемое в детском или подростковом возрасте.

Защита психологическая – система регуляторных механизмов, которые направлены на устранение или сведение к минимуму негативных, травмирующих личность переживаний, сопряженных с внутренними или внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта.

Инсульт – (*лат. insultus* – приступ). Острое нарушение мозгового кровообращения с развитием стойких симптомов поражения ЦНС, характер которых зависит от локализации И. В зависимости от патогенетических особенностей и клинической картины различают И. геморрагический (апоплексический), ишемический, тромботический и эмболический.

Инфантилизм психический Особый вид остановки развития личности на ювенильной ступени. Отмечается в первую очередь эмоциональными характерологическими особенностями, неустойчивостью настроения, плохо контролируемыми влечениями, недостаточностью сознательной и целевой активности, в ряде случаев – поверхностными, незрелыми суждениями. G. Anton выделял так называемый «парциальный» психический инфантилизм, характеризующийся отсутствием какого бы то ни было интеллектуального дефекта и проявляющийся лишь нарушениями поведения. По Г.Е. Сухаревой [1959], различаются органический, дисгармонический и гармонический варианты психического инфантилизма в зависимости от того, к чему примыкают его симптомы – к олигофрении, к психопатиям или норме. Нередко психический инфантилизм сочетается с физическим.

Клиническая психология (от греч. *kline* – постель, больничная койка) – термин, получивший распространение в психологии, обозначающий достаточно широкую область прикладной психологии, имеющий дело с диагностикой отклонений в психическом и личностном развитии, коррекцией и психотерапией, психопрофилактикой и социально–

психологической реабилитацией лиц с широким спектром психических расстройств.

Континуум (лат. *continuum* – непрерывное, сплошное). Непрерывность, неразрывность процессов, непрерывная совокупность.

Контузия – ушиб мозга, следствие черепно–мозговой травмы. Правильнее говорить о сочетании коммоции и контузии (коммоционально–контузионный синдром). Помимо симптоматики острого периода, характерной для коммоции, отмечаются очаговые неврологические признаки. Характерны кровоизлияния в оболочки и ткань мозга. В остром периоде возможны психотические состояния по типу острых экзогенных реакций. В резидуальном периоде – явления посттравматической энцефалопатии, часто стойкое интеллектуально–мнестическое снижение.

Краниография – рентгенография черепа.

Личности нарушения – нарушения структуры и динамики отношения человека к окружающему миру и самому себе, наблюдающиеся при психических заболеваниях и локальных поражениях головного мозга. Выражаются в изменениях поведения: снижение активности, критичности, изменение направленности и перестройка структуры мотивационной сферы, нарушение самооценки и др.

Менингит (анат. *meninges* – мозговые оболочки, греч. – *itis* – суффикс, обозначающий воспалительный процесс). Воспаление оболочек головного и (или) спинного мозга, протекает с менингеальным синдромом. Различные формы М. отличаются этиологическими моментами (туберкулезный, бруцеллезный, травматический и т.д.) и локализацией, распространением патологического процесса (базальный, метастатический, очаговый).

Менингоэнцефалит (менинго + греч. *enkephalos* – головной мозг, *-itis* – суффикс, обозначающий воспалительный процесс). Сочетанное воспаление оболочек и вещества головного мозга

Мигрень (фр. *migraine*). Приступообразная головная боль, чаще односторонняя, сопровождающаяся головокружением, тошнотой, светобоязнью. В зависимости от характера вегетативной симптоматики во время приступов различают М.

ангиоспастическую и ангиопаралитическую. Основные формы М.: офтальмическая, с явлениями односторонней мерцательной скотомы; офтальмоплегическая, сопровождающаяся диплопией и птозом; мозжечковая, протекающая с преходящими мозжечковыми расстройствами координации. Имеются данные о наследственном характере М. с доминантным типом передачи. Известны описания М. в качестве ауры или эквивалентов эпилептических припадков.

Мозговые оболочки (*анат. meninges*). Соединительнотканые оболочки головного и спинного мозга – мягкая, прилегающая непосредственно к мозгу; паутинная, расположенная между мягкой и твердой; твердая, наружная.

Неврозы – группа «пограничных» функциональных нервно–психических расстройств, проявляющихся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений.

Невралгия – боли по ходу нерва.

Неврит – воспаление нерва.

Неврология (*греч. neuron* – нерв, *logos* – учение, наука). Сумма дисциплин, объектом которых является нервная система в норме и патологии. Включает в себя соответствующие разделы описательной и сравнительной анатомии, эмбриологии, гистологии, биохимии, нормальной, сравнительной и патологической физиологии, клиническую невропатологию, нейрогенетику, нейрогигиену и др. Нередко этим термином пользуются вместо термина «невропатология», хотя понятия эти не эквивалентны – первое значительно шире.

Нистагм (*греч. nystazo* – дремать, сонливо клонить голову). Непроизвольные ритмичные подергивания глазных яблок, протекающие двухфазно – с быстрой и медленной фазами. Различают по направленности движений глазных яблок Н. вертикальный, горизонтальный, ротаторный и др. Наблюдается при органических поражениях головного мозга с локализацией в области вестибулярного аппарата, моста, мозжечка, заднего продольного пучка, при интоксикациях, истерии. Может наблюдаться и у здоровых – при длительной фиксации взгляда на близко к глазу расположенном предмете (Н. фиксационный), в

поезде при фиксации–взгляда на быстро сменяющихся, движущихся в одну сторону предметах (Н. оптокинетический).

Нозологическая форма – определенная болезнь, выделенная на основании установленной этиологии и патогенеза и (или) на основании единообразия клинической картины. В настоящее время целый ряд психических заболеваний еще не соответствует всем трем критериям, тем более, что они не всегда совпадают в рамках одной нозологической формы, могут быть, например, нозологически однородными, но патогенетически и клинически различаться (алкогольные психозы, нейросифилис). Н.ф. является единицей номенклатуры и классификации болезней. Принятая в нашей стране классификация различает три основные группы психических заболеваний: эндогенные, экзогенные и состояния, обусловленные патологией развития.

Нозология (греч. *nosos* – болезнь, *logos* – наука, учение). Учение о болезнях и их классификации.

Олигофрения – врожденное слабоумие – психическое, главным образом умственное недоразвитие.

Ощущения интероцептивные [от лат. *interior* – внутренний, *capio* – брать, принимать] – органические ощущения, сигнализирующие с помощью специализированных рецепторов, расположенных во внутренних органах и тканях тела, о протекании обменных процессов во внутренней среде организма

Очаговая неврологическая симптоматика (очаговый неврологический дефицит) – термин, который обозначает неврологические симптомы, характерные для локального поражения определённых структур центральной или периферической, нервной системы. Очаговые неврологические симптомы характерны для целого ряда заболеваний, в том числе черепно–мозговой травмы, опухолей головного мозга, инсультов и др.

Умственная отсталость – стойкое, необратимое, обусловленное Ц. н. с. нарушение психического развития, в первую очередь интеллектуального.

Паралич – выпадение функции какой–либо мышцы или конечности вследствие нарушения иннервации. В зависимости от распространенности параличей различают:

- *моноплегии* (парализована одна конечность),
- *гемиплегии* (паралич одной половины тела),
- *параплегии* (паралич обеих рук или ног),
- *тетраплегии* (паралич всех четырех конечностей).

Парез – (*греч. paresis* – ослабление) неполный паралич. Уменьшение силы и (или) амплитуды активных движений в связи с нарушениями иннервации соответствующих мышц.

Паркинсона болезнь [Parkinson J., 1817]. Хроническое прогрессирующее заболевание, проявляющееся нарастающим дрожанием конечностей, экстрапирамидными явлениями (акинетико–ригидный синдром) и постепенно развивающимися параличами. В психике – аффективные нарушения, явления депрессии, кверулянтские тенденции. Периодически – повышенная возбудимость или апатичность. При длительном течении – ослабление памяти, замедление темпа мышления, характерологические изменения (назойливость). Заболевание носит семейно–наследственный характер. Развивается в пожилом возрасте. Син.: дрожательный паралич.

Паркинсонизм – неврологический синдром, который характеризуется рядом симптомов: тремором, мышечной ригидностью, неустойчивостью и брадикинезией. Встречается при целом ряде заболеваний. Наиболее частой причиной является болезнь Паркинсона. П. наблюдается при различных заболеваниях (эпидемический энцефалит, черепно–мозговая травма, опухоли головного мозга, церебральный атеросклероз, нейролептическая энцефалопатия и т.д.), поражающих подкорковые, в первую очередь – базальные, ядра и приводящих к нарушению обмена катехоламинов.

Патогенез (*греч. pathos* – болезнь, *genesis* – происхождение, развитие). 1. Учение об общих принципах, закономерностях развития, течения и исхода заболеваний (изучение присущих заболеваниям патогенетических механизмов). 2. Механизм развития какого–либо конкретного заболевания, болезненного процесса, состояния, поиски закономерностей в этом.

Патогенный – Болезнетворный, способный вызвать болезненные изменения.

Полиомиелит (*полио* + *греч. myelos* – спинной мозг, *-itis* – суффикс, обозначающий воспаление). Острое инфекционное вирусное заболевание, поражающее центральную нервную систему, в первую очередь клетки передних рогов спинного мозга, мозговые оболочки. Чаще болеют дети. Син.: паралич детский спинальный, паралич детский эпидемический.

Предболезнь. [Семичов С.Б., 1987]. Дисфункциональное состояние, психическая дезадаптация, выходящая за рамки нормы, но не достигающая степени болезни. П. отражает вероятность возникновения заболевания. Присущая ей дезадаптация достигает степени субклинических расстройств, однако от болезни они отличаются одним или несколькими следующими признаками: клинической неочерченностью расстройств, большей их обратимостью, эпизодичностью, парциальностью, доступностью контролю сознания и воли, наличием критики. Такое понимание П. способствует улучшению диагностики психических расстройств, решению вопросов прогноза заболевания, выделению групп повышенного риска. В теоретико–методологическом аспекте оно позволяет более точно решать проблемы психиатрической нормологии, снабжает психиатров предпосылками для изучения саногенетических, противостоящих болезни, факторов.

Профилактика (*греч. prophylaktikos* – предохранительный). Совокупность мероприятий, направленных на предупреждение развития заболевания или его рецидива. Задачи П.: 1. Предотвращение действия на организм болезнетворных причин. 2. Предупреждение развития заболевания путем ранней диагностики и лечения. 3. Предупредительное лечение и мероприятия, предотвращающие рецидивы болезни и переход их в хронические формы.

Психопрофилактика (*психо* + *профилактика*). Раздел общей профилактики, включающий в себя мероприятия по предупреждению психических заболеваний.

П. первичная охватывает систему мероприятий, направленных на изучение психических воздействий на человека, свойств его психики и возможностей предупреждения психогенных и психосоматических болезней;

П. вторичная – мероприятия, направленные на предупреждение опасного для жизни или неблагоприятного течения уже начавшегося психического или другого заболевания, она включает в себя раннюю диагностику, прогноз и предупреждение опасных для жизни больных состояний, раннее начало лечения и применение адекватных методов коррекции с достижением наиболее полной ремиссии, длительной поддерживающей терапии, исключающей возможности рецидива болезни;

П. третичная направлена на предупреждение возникновения инвалидности при хроническом течении заболевания.

Психогигиена (*психо + гигиена*). Наука об обеспечении, сохранении и поддержании психического здоровья, система мероприятий, направленных на эти цели. Непосредственно связана с психопрофилактикой, предупреждением возникновения и развития психических заболеваний. Разделы П. отличаются как направленностью мероприятий соответственно основным возрастным периодам (например, П. детского возраста, юношества, пожилых людей), так и характеру деятельности человека (П. труда, П. школьная и т.д.).

Психосоматика (*психо + греч. soma – тело*). 1. Направление в зарубежной психологии и психиатрии, изучающее происхождение соматических заболеваний с позиции психоанализа. Жалобы соматического характера рассматриваются как проявление символического языка внутренних органов, отражающего либидинозные тенденции, вытесненные комплексы. Подавление такого рода неприемлемых бессознательных влечений, по мнению представителей зарубежной психосоматики, еще больше обостряет их и создает цепь отрицательных воздействий на организм. П. в таком понимании представляет биологически ориентированный вариант учения S. Freud. По F. Alexander [1948, 1951], все заболевания человека являются психосоматическими.

2. Направление в медицине, изучающее роль психических, в первую очередь личностных, факторов в возникновении и течении ряда болезней. Получила широкое распространение в нашей стране.

Психосоматические расстройства. Расстройства функций органов и систем в связи с воздействием психогенно–травмирующих факторов при определенной личностной диспозиции. Различают: истинные («органические») психосоматозы – язвенная болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма; функциональные психосоматозы, например, логоневроз. Психосоматические заболевания «в широком смысле», например, уличный травматизм, который во многом зависит от личностных свойств пострадавших.

Психотерапия (*психо + терапия*). Процесс лечебного воздействия врача психологическими методами на психику отдельного больного или группы больных. По В.Н. Мясищеву [1968, 1973], основная задача П. заключается в изменении личности больного на основе осознания причин и характера развития болезни и перестройки отношения больного к патогенным факторам заболевания. **Реабилитация** – комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов.

Ретардация – вид психического дизонтогенеза, при котором отмечается запаздывание или приостановка психического развития.

Распад – вид психического дизонтогенеза, при котором наблюдается грубая дезорганизация, либо выпадение функции.

Регресс – вид психического дизонтогенеза при котором наблюдается возврат функции на более ранний возрастной уровень, как временного, так и стойкого характера.

Ремиссия (*лат. remitto* – отпускать, ослаблять). Этап течения болезни, характеризующийся временным уменьшением степени выраженности или ослаблением психопатологической симптоматики. Различают Р. спонтанные, обусловленные патогенезом и наступающие без лечения, и терапевтические, наступающие вследствие лечений.

Симптомы (*греч. symptoma* – совпадение, признак). Клинические проявления болезни. Различают С. общие и местные, функциональные и органические, диффузные и очаговые, благоприятные и неблагоприятные.

В соответствии со структурой рефлекторной дуги А.В. Снежневский [1983] различал С., относящиеся к ее рецепторной части (сенсопатии), С. интрапсихические (патология эмоций, мышления, восприятия и др.) и С. эффекторных расстройств (расстройства побуждений, моторики, влечений, импульсивные явления и др.). Будучи признаком болезни, взятый сам по себе С. нозологической специфичностью в существенной мере не обладает; последняя приобретается им в структуре синдрома

С. неврологические общемозговые. Проявление нарушений деятельности головного мозга вследствие патологического процесса (при повышении внутричерепного давления, интоксикации и др.) без очаговых нарушений. Например, помрачение сознания, застойные соски зрительных нервов.

С. неврологические очаговые. Наблюдаются при очаговых поражениях головного мозга, например, нарушения речи при инсульте.

Синдромы (*греч. syndromos* – вместе бегущий, *syndrome* – стечение признаков болезни). Система взаимосвязанных в патогенезе симптомов болезни. Нозологическая диагностика возможна при учете статики и динамики С. По А.В. Снежневскому [1983], развитие психического заболевания сопровождается увеличением числа симптомов, возникновением новых, изменениями в их взаимоотношениях, что приводит к превращению одного синдрома в другой. Смена синдромов, их патокинез отражает специфический для заболевания механизм развития патологического процесса [Давыдовский И.В., 1962].

Термин С. иногда употребляется для обозначения заболевания, главным образом это относится к наследственным болезням).

Соматический – телесный.

Стресс эмоциональный. В отличие от информационного, связанного с перегрузками интеллектуальной информацией, С.э. возникает в угрожающих ситуациях, в связи с обидой, опасностью и т.д. Различают, по характеру поведенческих реакций, такие формы С.э. как импульсивная, тормозная, генерализованная. Нарушается протекание психических процессов, происходят эмоциональные сдвиги, изменяется

структура мотивации, нарушается двигательное и речевое поведение.

Стрессор. Фактор, вызывающий состояние стресса. Различают С. физиологические (чрезвычайная физическая нагрузка, высокая или низкая температура, боль и др. чрезвычайные и остро воспринимаемые симптомы соматической патологии) и психологические (угроза благополучию, страх, чувство опасности, избыток информации, не позволяющий справиться с ней, и т.д.). К психологическим С. относятся и факторы фрустрации (см. *Розенцвейга теория фрустрации*). Син.: стресс-фактор.

Тактильный – осязательный.

Тетраплегия – паралич всех четырех конечностей.

Томография компьютерная (*греч. tomos – отрезок, слой, grapho – писать, изображать*). Рентгенологическое исследование головного мозга, в котором используется послойная регистрация (сканирование) плотности мозговой ткани. Включает в себя две группы методов: 1. Методы исследования морфологии мозга (трансмиссионная Т.к., магнитно-резонансная Т.к.); 2. Методы исследования функции мозга (фотонно-эмиссионная Т.к., позитронно-эмиссионная Т.к., магнитно-резонансная спектроскопия).

Т.к. позволяет обнаруживать структурные изменения мозговой ткани, функциональные нарушения, проявляющиеся в особенностях регионального распределения лекарственных веществ, нарушения кровотока и обмена веществ.

Тремор – дрожание.

Триплегия – паралич трех конечностей.

Фенотип (*греч. phaino – являть, проявлять + tin*). Совокупность всех свойств и признаков индивида, сформировавшихся на определенной стадии развития в результате взаимодействия генотипа с окружающей средой.

Церебральный – мозговой.

Электромиография – графический метод исследования биотоков мышц.

Электроэнцефалография (*электро + энцефалография*). Метод регистрации электрической активности головного мозга через неповрежденные покровы черепа.

Применяется в психиатрии главным образом для диагностики органических заболеваний головного мозга, помогает установить наличие патологического органического процесса и его топiku. Записи биотоков проводятся в состоянии покоя (фоновая ЭЭГ) и при различных нагрузках (гипервентиляция, использование звуковых и зрительных раздражителей, введение фармакологических веществ). Анализ показателей ЭЭГ может производиться с помощью ЭВМ.

Эндогенные расстройства – род психических расстройств, патогенез которых обусловлен в основном изначально внутренними механизмами, сформированными генетически.

Экзогенные расстройства – род психических расстройств, при которых этиологический фактор, действуя из внешней материальной среды, при взаимодействии с организмом вызывает его повреждения, которые и формируют патогенез болезни и ее клинику.

Экспертиза судебно–психиатрическая. Проводится для освидетельствования лиц с целью решения вопроса об их вменяемости, дееспособности и возможности отбывания наказания, если предположение о психическом заболевании возникло во время пребывания в местах заключения. Э.с.–п. могут подвергаться ответчики, свидетели и потерпевшие. Помимо медицинских данных используют материалы судебного дела. Назначается судебно–следственными органами в тех случаях, когда обследуемый психическим заболеванием не страдает, однако есть указания на наличие у него известных психологических особенностей, которые могут играть роль в совершении правонарушения. Производится специальными судебно–экспертными психиатрическими комиссиями, решения которых предоставляются органам, назначившими Э.с.–п.

Экстрапирамидные расстройства – это изменения мышечного тонуса, нарушение двигательной активности, появление гиперкинезов (подергиваний) или гипокинезии (обездвиженности) и их сочетаний. Появляются такие симптомы при поражении особых структур головного мозга – экстрапирамидной системы. Это – зрительный бугор, базальные ганглии, подбугорная область, внутренняя капсула. В процессе

развития экстрапирамидных нарушений лежит нарушение нейромедиаторного обмена – нарушение равновесия между допаминергическими медиаторами и холинергическими, а также взаимосвязей с пирамидной системой. В результате возникает дискоординация движений.

Энцефалит (*энцефал* + *ит*). Воспаление головного мозга. Термин часто используется для обозначения сборной группы заболеваний, не всегда носящих четко воспалительный характер, а то и вовсе невоспалительной этиологии, общим для которых является диффузное и прогрессирующее поражение головного мозга. Пример Э. не воспалительного генеза – Э. аллергический, Э. острый периаксиальный (болезнь Шильдера) и др.

Поэтому следует говорить об Э. в строгом значении этого слова, то есть как об обусловленном инфекционным фактором воспалительных заболеваниях головного мозга: Э. дизентерийный, гриппозный, ревматический и др.

Эпилепсия (*греч. epilepsia* – схватывание, эпилептический припадок). Хроническое эндогенно–органическое заболевание, протекающее с повторяющимися пароксизмальными расстройствами (судорожными и бессудорожными) и формированием слабоумия с характерными изменениями личности. При Э. наблюдаются острые и затяжные психотические состояния.

Начинается преимущественно в детском или юношеском возрасте. Имеются данные о наличии наследственного предрасположения. Значительную роль в этиопатогенезе играют органические поражения головного мозга – внутриутробное поражение плода, последствия черепно–мозговой травмы, нейроинфекции. В патогенезе центральное место принадлежит наличию эпилептогенных и эпилептических очагов

Этиология (*греч. aitia* – причина, *logos* – учение, наука). 1. Учение о причинах болезней; 2. Происхождение, причина болезни, патологического состояния.

Этиопатогенез (*этио* + *патогенез*). Совокупность представлений о причинах и механизмах развития болезни.

Эхоэнцефалография.

Эхоэнцефалоскопия (*эхо* + *энцефало* + *греч. skopeo* – смотреть) – метод ультразвукового исследования головного мозга.

Применяется для выявления внутричерепной структурно-дислокационной патологии на основе определения и измерения латерального смещения медиально расположенных структур мозга (М-эхо-сигнала). Используется при диагностике опухолей, абсцессов, гумм, субдуральных и эпидуральных гематом, острых нарушений мозгового кровообращения, ушиба и некоторых других заболеваний мозга.

Ятрогения (греч. *iatros* – врач, *-genes* – порождающий, вызывающий) [Bumke O., 1925]. Один из вариантов психогении. Причиной болезненных расстройств является неправильное поведение врача (неосторожное высказывание врача о тяжести и плохом прогнозе болезни, предоставление больному возможности ознакомиться с медицинской документацией, научно-популярная лекция, построенная в пессимистическом плане, рассказ о плохом исходе аналогичного заболевания у другого больного и т.п.). Ятрогенные заболевания были почти одновременно описаны Н.В. Gruhle, Е. Bleuler, Е. Kretschmer. Наиболее четко патогенез Я. был охарактеризован О. Bumke, который подчеркивал, что часто сам врач не замечает своей роли в психогенезе заболевания. Наиболее характерны для Я. депрессивные и ипохондрические состояния (см. *Ипохондрия ятрогенная*).

Домбуу Айдана Юрьевна
Монгуш Чочагай Николаевна

Клиническая психология

Учебно-методическое пособие

Редактор *Е.К. Сенди*
Дизайн обложки *К.К. Сарыглар*

Сдано в набор. 15.06.2023. Подписано к печати. 28.06.2023.
Формат бумаги 60×84 ¹/₁₆. Бумага офсетная.
Физ. печ. л. 6,7. Усл. печ. л. 6,2. Заказ №. 1843 Тираж 50 экз.

667000, Республика Тыва, г. Кызыл, Ленина, 36
Тувинский государственный университет
Издательство ТувГУ