

Лекции по клинической психологии

Составитель: **заведующий кафедрой клинической психологии**
МГГУ им. М.А.Шолохова
Яковлев В.А.

Тема 1. История развития клинической психологии.

Основные понятия клинической психологии

1. Основные понятия клинической психологии.

Располагаясь на границе между медициной и психологией, новая наука то и дело прибавалась то к одному, то к другому берегу реки под названием «человекознание». Ради справедливости следует отметить, что до настоящего времени месторасположение клинической психологии не вполне определено, что можно объяснить междисциплинарным характером этой науки.

Точкой отсчета зарождения клинической психологии можно считать призыв медиков «лечить не болезнь, но больного». Именно с того времени начало происходит взаимопроникновение психологии и медицины. Вначале клиническая психология, которую активно разрабатывали психиатры, была нацелена на изучение отклонений интеллектуального и личностного развития, коррекцию дезадаптивных и делинквентных форм поведения. Однако впоследствии сфера интересов клинической психологии была расширена за счет изучения психического состояния лиц с соматическими заболеваниями.

Термин «клиническая психология» происходит от греческого «kline», что обозначает постель, больничную койку. В современной психологии, как правило, термины «клиническая» и «медицинская» психологии используются как синонимы. Учитывая данный факт, в дальнейшем изложении мы будем использовать лишь один из них. Однако, учтем существующую традицию медиков обозначать эту область знаний «медицинской психологией», а психологов — «клинической психологией».

Клиническая (медицинская) психология — наука, изучающая психологические особенности людей, страдающих различными заболеваниями, методы и способы диагностики психических отклонений, дифференци-

ации психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов, психологию взаимоотношений пациента и медицинского работника, психопрофилактические, психокоррекционные и психотерапевтические способы помощи пациентам, а также теоретические аспекты психосоматических и соматопсихических взаимовлияний.

Сегодня существует достаточно большое количество родственных психологических дисциплин, имеющих отношение к клинической психологии: патопсихология, психопатология, нейропсихология, психология девиантного поведения, психиатрия, неврология, психосоматическая медицина и др. Каждая из перечисленных дисциплин сочетает в себе медицинские и психологические знания. Однако, все они имеют отношение к клинике и вследствие этого могут быть признаны составными частями клинической психологии. В соответствии с традициями в клиническую психологию включаются следующие разделы:

- психология больного
- психология лечебного взаимодействия
- норма и патология психической деятельности
- патопсихология
- психология индивидуальных различий
- возрастная клиническая психология
- семейная клиническая психология
- психология девиантного поведения
- психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия
- неврология
- психосоматическая медицина

Клиническая психология тесно связана с родственными дисциплинами, в первую очередь, с психиатрией и патопсихологией. Сферой общего научного и практического интереса клинической психологии и психиатрии является *диагностический процесс*. Распознавание психопатологических симптомов и синдромов невозможно без знания их психологических антонимов — феноменов обыденной жизни, отражающих индивидуально-психологические особенности человека и располагающихся в пределах нормальных вариаций психического реагирования. К тому же, процесс диагностики психических заболеваний не может обойтись без «патопсихологической верификации».

Методы исследований психических особенностей соматически больных клиническая психология заимствует у психодиагностики и общей психологии; оценку адекватности или девиантности поведения человека у психиатрии, психологии развития и возрастной психологии. Изучение клинической психологии невозможно без медицинских знаний, в частности, из области неврологии, нейрохирургии и смежных дисциплин. Психосоматический раздел клинической психологии зиждется на научных представлениях из таких областей как: психотерапия, вегетология, валеология.

Наиболее полно перечень теоретических знаний и практических навыков клинического (медицинского) психолога можно почерпнуть из квалификационной характеристики специалиста в данной области. В соответствии с приказом МЗ РФ №391 от 26.11.96 медицинский психолог обязан иметь следующие

Теоретические знания:

Психология и её значение для медицины: предмет, задачи и междисциплинарные связи медицинской психологии, история становления медицинской психологии как области психологической науки; медицинская психология как профессия; основные разделы медицинской психологии.

Основные теоретико-методологические проблемы медицинской психологии: мозг и психика, психосоматические и соматопсихические соотношения. Соотношения биологического и социального, проблема нормы и патологии, генетическое и приобретенное, наследственное и личностно-средовое, развитие и распад психики, органическое и функциональное, сознательное и бессознательное, адаптация и дезадаптация, дефицитарное и приспособительное.

Системный подход как теоретическая основа понимания психологической структуры болезни, восстановительного лечения и реабилитации больных.

Основные (фундаментальные) медицинские понятия: этиология, патогенез и саногенез, симптом, синдром, клинический диагноз, функциональный (многомерный или многоосевой) диагноз.

Смежные знания: основы общей и частной психиатрии, основы неврологии, учение о пограничных психических расстройствах, саморазрушающее поведение, основы психофизиологии и психофармакологии.

Психологические (психогенные) факторы в этиологии, патогенезе и патопластике психических и психосоматических нарушений, концепция предболезни, нарушение психической адаптации, социально-стрессовые расстройства, кризисные состояния.

Классификация методов медицинской психологии, психологическая диагностика как инструмент целенаправленного изучения личности, методы психологической диагностики в клинике, компьютерная психодиагностика, психологическая коррекция.

Понятие психологического диагноза, функциональный диагноз как результат интеграции клинического, психологического и социального аспектов болезни, понятие психологического контакта.

Основные категории медицинской психологии: психическая активность, восприятие, внимание, память, мышление, интеллект, эмоции, воля, темперамент, характер, личность, мотивация, потребности, стресс, фрустрация, сознание и самосознание, самооценка, конфликт, кризис, психогенез, психологическая защита, копинг, алекситимия.

Теория эксперимента, понятия стандартизованных и не стандартизованных методик, теория и классификация тестов, основные психометрические понятия (валидность, надёжность, стандартизация, норма и др.).

Основы клинической нейропсихологии: системные механизмы мозга в организации высших психических функций, процессов и состояний, функциональная специализация полушарий — основные концепции и практика, соотношения общемозгового и локального в нейропсихологии, нозологическая специфика нарушения высших психических функций, специфика нейропсихологического исследования в детском возрасте; основные нейропсихологические синдромы и методы их диагностики.

Понятие патопсихологии: соотношение качественного и количественного подходов в анализе психодиагностических данных, Патопсихологическая феноменология, закономерности и структурные особенности нарушений познавательных процессов, свойств и состояний, вызванных болезнью, нозологическая и синдромологическая специфика патопсихологической феноменологии, дифференциально-диагностическое и экспертное значение патопсихологического эксперимента, патопсихологические исследования в оценке динамики лечения.

Возрастные аспекты психологических расстройств: возрастные особенности психологических нарушений при различных заболеваниях, психическое развитие аномального ребёнка, детский аутизм, проблема дизонтогенеза и задержки психического развития, психологические аномалии подросткового возраста, особенности детских и подростковых форм пато-

логического реагирования, психологические аспекты психического инфантилизма, психологические проблемы гериатрии и геронтологии.

Учение о характере: понятие акцентуации и психопатии, классификация акцентуаций характера, методы диагностики.

Учение о личности: основные концепции личности в отечественной и зарубежной психологии, методы диагностики, понятие о защитных механизмах личности, личность и болезнь.

Основные концепции психосоматических соотношений. Психосоматическое и соматопсихическое. Внутренняя картина болезни и отношение к болезни, методология и методы исследования, нозологическая специфика психологических феноменов и внутренняя картина болезни. Теоретические и методологические аспекты, методы психологической диагностики в различных видах экспертизы.

Теоретические, методологические и методические подходы в решении задач психопрофилактики и психогигиены, понятия массовых исследований, психологического скрининга, факторов риска, психической дезадаптации и болезни.

Реабилитационный подход в медицине: понятие, концепции, основные принципы, формы и методы.

Психология экстремальных и кризисных состояний, понятие травматического стресса, социальной фрустрированности и социально-стрессовых расстройств.

Основные принципы психологического сопровождения лечебного процесса: организация психотерапевтической среды в лечебных подразделениях. Взаимоотношения врач-больной, психолог-врач-лечебный кабинет и др.

Психологические аспекты лекарственной и нелекарственной терапии, плацебо-эффект, психологические проблемы подготовки больных к опера-

ции, протезированию, психологические проблемы хронически больных, инвалидов и умирающих.

Медико-психологические аспекты социального поведения: общение, ролевое поведение, взаимодействие в группах, социальная нормативность.

Особенности работы медицинских психологов в стационарных, амбулаторных и профилактических учреждениях различного типа, психологическое консультирование, профотбор, профориентация.

Психологические основы психотерапии, восстановительного обучения и реабилитации.

Базисные психотерапевтические теории: психодинамическая, поведенческая, экзистенциально-гуманистическая; личностно-ориентированная психотерапия; медицинская и психологическая модели психотерапии; основные формы психотерапии: индивидуальная групповая, семейная, терапия средой, психотерапевтическое сообщество, социотерапия; механизмы лечебного действия психотерапии; нозологическая специфика и возрастные аспекты психотерапии и психологического консультирования; психологические проблемы невербальных методов психотерапии: музыкотерапия, хореотерапия, арттерапия и др.

Психотерапия и психологическое консультирование при кризисных состояниях.

Правовые аспекты деятельности медицинских психологов.

Деонтологические аспекты поведения медицинского психолога.

Практические навыки:

Практические навыки и умения медицинского психолога должны обеспечивать квалифицированное профессиональное решение задач в области психодиагностики (в том числе и экспертной), психокоррекции и психологического консультирования.

В области психодиагностики:

- умение проводить психологическое обследование с учетом нозологической и возрастной специфики, а также в связи с задачами медико-психологической экспертизы; создание необходимого психологического контакта и адекватный текущий контроль психологической дистанции; планирование и организация исследований; выбор адекватного методического аппарата; умение осуществлять количественный и качественный анализ результатов исследования в связи с различными целями: дифференциальная диагностика, анализ тяжести состояния, оценка эффективности проводимой терапии и др., владение основными интерпретационными схемами и подходами, адекватное представление имеющихся данных в психодиагностическом заключении, владение основными клинико-психологическими методами (психологическая беседа, сбор психологического анамнеза, психологический анализ биографии, естественный эксперимент);
- владение основными экспериментально-психологическими методами, направленными на исследование психических функций, процессов и состояний: восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, темперамента, характера, личности, мотивационных характеристик и потребностей, самосознания и межличностных отношений.
- владение основными приемами нейропсихологического исследования (методы оценки состояния гнозиса, праксиса, речевых функций и др.);
- владение основами компьютерной диагностики.

В области психологического консультирования и применения психокоррекционных методов:

- использование основных методов психологической коррекции (индивидуальной, семейной, групповой) в работе с больными и психологиче-

ского консультирования с учетом нозологической и возрастной специфики;

- владение методами индивидуального, группового и семейного консультирования здоровых с учетом возрастной специфики в связи с задачами психопрофилактики;
- владение основными приемами восстановительного обучения;
- владение подходами организации психотерапевтической среды и психотерапевтического сообщества;
- владение навыками проведения личностно- и профессионально ориентированных тренингов.

Рисунок 1.



Клинический (медицинский) психолог, наряду с врачом, медицинской сестрой и социальным работником составляют ближайший круг, оказывающий пациенту медико-психологическую помощь (рисунок 1). При этом роль клинического психолога существенна как в диагностическом, так и в психокоррекционном и психотерапевтическом плане.

Практическое руководство предназначено как для врачей (психиатров, психотерапевтов, невропатологов и представителей иных дисциплин), медицинских и практикующих психологов, медицинских сестер и социаль-

ных работников, так и для студентов, изучающих клиническую (медицинскую) психологию.

Тема 2. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

План

- 1. Клиническое интервьюирование**
- 2. Экспериментально-психологические (пато- и нейропсихологические) методы исследования**
- 3. Экспериментальное нейропсихологическое исследование**

Выбор методов исследования, используемых клиническим психологом, обусловлен теми задачами, которые возникают перед ним при выполнении профессиональных обязанностей. Диагностическая функция диктует использование психологических методик (батареи тестов, опросников и др.), способных оценить как деятельность отдельных психических функций, индивидуально-психологических особенностей, так и дифференцировать психологические феномены и психопатологические симптомы и синдромы. Психокоррекционная функция подразумевает применение различных шкал, на основании которых возможен анализ эффективности психокоррекционных и психотерапевтических методик. Подбор необходимых методик осуществляется в зависимости от целей психологического обследования; индивидуальных особенностей психического, а также соматического состояния испытуемого; его возраста; профессии и уровня образования; времени и места проведения исследования. Всевозможные методы исследования в клинической психологии позволительно разделить на три группы: 1) клиническое интервьюирование, 2) экспериментально-психологические методы исследования, 3) оценка эффективности психокоррекционного воздействия. Остановимся на них подробнее.

Клиническое интервьюирование

Мы отдаем себе отчет в том, насколько сложным является унификация и схематизация творческого процесса, а ведь интервьюирование можно с полным основанием назвать творчеством. В этом отношении мы осознаем пределы своих возможностей и не претендуем на нахождение истины в последней инстанции. Каждый психолог вправе выбрать себе из множества существующих наиболее подходящий для него (его характера, интересов, пристрастий, уровня общительности, мировоззрения, культуры и т.д.) способ интервьюирования клиента (пациента). Поэтому следует рассматривать предлагаемый текст и мысли, заложенные в нем, как еще одну возможность, еще один вариант, который может удовлетворить взыскательного читателя и привести к применению на практике положений именно данного руководства.

Если же информация способна вызвать неприятие, тогда за читателем остается возможность продолжить поиск наиболее подходящего для него руководства по клиническому методу в клинической психологии.

Одной из *основных целей клинического интервьюирования* является оценка индивидуально-психологических особенностей клиента или пациента, ранжировка выявляемых особенностей по качеству, силе и тяжести, отнесение их к психологическим феноменам или к психопатологическим симптомам.

Термин «интервью» вошло в лексикон клинических психологов недавно. Чаще говорят о клиническом расспросе или беседе, описание которых в научных трудах носит в подавляющем большинстве описательный, сентенциозный характер. Рекомендации, как правило, даются в императивном тоне и направлены на формирование несомненно важных морально-нравственных качеств диагноста. В известных публикациях и монографиях клинический способ оценки психического состояния человека и диагностики у него психических отклонений приводится без описания собственно

методологии (принципов и процедур) расспроса, что выводит даваемые рекомендации за рамки научных и доступных для эффективного воспроизведения. Получается парадоксальная ситуация: обучиться клиническому обследованию и диагностике возможно лишь экспериментальным путем, участвуя в качестве наблюдателя-ученика в беседах с клиентами известных и признанных авторитетов в области диагностики и интервьюирования.

Отвлекаясь от основной темы, хочется отметить, что к сожалению, в области диагностики существует и имеет массу поклонников даже в среде профессионалов диагностики психических отклонений без интервьюирования. То есть диагноз ставится заочно, без непосредственной встречи врача с предполагаемым пациентом. Подобная практика становится в наше время модной. Диагнозы психических заболеваний, выставляемых на основании анализа действий человека, известных врачу понаслышке или из уст неспециалистов, психопатологические трактовки текстов «подозреваемых» (писем, стихов, прозы, брошенных когда-то фраз) лишь дискредитируют клинический метод.

Еще одной отличительной особенностью современной практической психологии стала убежденность во всемогуществе в диагностическом плане экспериментально-психологических методик. Большая армия психологов убеждена, что способна выявить психические отклонения и отграничить норму от патологии с помощью различного рода тестов. Подобное широко распространенное заблуждение приводит к тому, что психолог нередко превращает себя в гадалку, в фокусника, от которого окружающие ожидают демонстрации чуда и разгадок чудес.

Истинная диагностика как психических отклонений, так и индивидуально-психологических особенностей человека в обязательном порядке должна сочетать диагностику в узком понимании термина и непосред-

ственное обследование психологом клиента (пациента), т.е. интервьюирование.

В настоящее время диагностический процесс полностью отдан на откуп врачам-психиатрам. Это нельзя признать справедливым, поскольку врач, в первую очередь, нацелен на поиск симптома, а не на собственно дифференциацию симптома и феномена. К тому же, в силу традиций врач-психиатр мало осведомлен о проявлениях здоровой психической деятельности. Именно в силу перечисленных особенностей можно считать обоснованным привлечение клинического психолога к диагностическому процессу в форме интервьюирования по оценке психического состояния испытуемых.

Клиническое интервью — это метод получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности, психологических феноменах и психопатологических симптомах и синдромах, внутренней картине болезни пациента и структуры проблемы клиента, а также способ психологического воздействия на человека, производимый непосредственно на основании личного контакта психолога и клиента.

Интервью отличается от обычного расспроса тем, что нацелено не только на активно предъявляемые человеком жалобы, но и на выявление скрытых мотивов поведения человека и оказание ему помощи в осознании истинных (внутренних) оснований для измененного психического состояния. Существенным для интервью считается также психологическая поддержка клиента (пациента).

Функциями интервью в клинической психологии являются: диагностическая и терапевтическая. Они должны осуществляться параллельно, поскольку только их сочетание может привести к желаемому для психолога результату — выздоровлению и реабилитации пациента. В этом отношении практикующийся клинический расспрос, игнорирующий психотера-

певтическую функцию, превращает врача или психолога в статиста, чью роль мог бы с успехом выполнять и компьютер.

Клиенты и пациенты зачастую не могут точно описать свое состояние и сформулировать жалобы и проблемы. Именно поэтому способность выслушать изложение проблем человека — это лишь часть интервью, вторая — способность тактично помочь ему сформулировать его проблему, дать ему понять истоки психологического дискомфорта — кристаллизовать проблему. «Речь дана человеку для того, чтобы лучше понимать себя», — писал Л.Выготский, и это понимание через вербализацию в процессе клинического интервью может считаться существенным и принципиальным.

Принципами клинического интервью являются: однозначность, точность и доступность формулировок-вопросов; адекватность, последовательность (алгоритмизованность); гибкость, беспристрастность опроса; проверяемость получаемой информации.

Под принципом однозначности и точности в рамках клинического интервью понимается правильное, корректное и точное формулирование вопросов. Примером неоднозначности может служить такой вопрос, обращенный к пациенту: «Испытываете ли Вы на себе психическое воздействие?» Утвердительный ответ на этот вопрос не дает диагносту практически ничего, поскольку интерпретировать его можно разнообразно. Пациент мог подразумевать под «воздействием» как обычные человеческие переживания, события, людей, окружающих его, так и, к примеру, «энергетический вампиризм», воздействие инопланетян и т.д. Вопрос этот неточен и неоднозначен, следовательно, малоинформативен и является лишним.

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

бывает ли у Вас галлюцинаций?» — может быть неправильно понят человеком, который впервые сталкивается с подобным научным термином. С другой стороны, если у пациента спросить, не слышит ли он голосов, то его понимание слова «голоса» может кардинально отличаться от понимания врачом того же термина. Доступность основывается на точной оценке диагностом статуса пациента, уровня его знаний; словарного запаса, субкультуральных особенностей, жаргонной практики.

Одним из важным параметров интервью считается алгоритмизированность (последовательность) расспроса, основанная на знаниях диагноста в области сочетаемости психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов; эндогенном, психогенном и экзогенном типах реагирования; психотического и непсихотического уровней психических расстройств. Клинический психолог обязан знать сотни психопатологических симптомов. Но если он будет спрашивать о наличие каждого известного ему симптома, то это, с одной стороны, займет большое количество времени и будет утомительным как для пациента, так и для исследователя; с другой, отразит некомпетентность диагноста. Последовательность строится на известном алгоритме психогенеза: на основании предъявления первых жалоб больными, рассказе его родственников, знакомых или на основании непосредственного наблюдения за его поведением формируется первая группа феноменов или симптомов. Далее опрос охватывает выявление феноменов, симптомов и синдромов, традиционно сочетающихся с уже выявленными, затем вопросы должны быть направлены на оценку типа реагирования (эндогенного, психогенного или экзогенного), уровня расстройств и этиологические факторы. К примеру, если первыми удастся выявить наличие слуховых галлюцинаций, то дальнейший расспрос строится по следующей схеме-алгоритму: оценка характера галлюцинаторных образов (количество «голосов», их осознаваемость и критичность, речевые особенности, определение места расположения источника звука по мне-

нию пациента, время появления и т.д.) — степень эмоциональной вовлеченности — степень критичности пациента к галлюцинаторным проявлениям — наличие расстройств мышления (бредовых интерпретаций «голосов») и далее в зависимости от квалификации описанных феноменов, подтверждение экзогенного, эндогенного или психогенного типов реагирования с помощью опроса о наличии, например, расстройств сознания, психосенсорных нарушений и других проявлений определенного круга расстройств. Кроме вышеописанного принцип последовательности подразумевает детальный расспрос в лонгитудинальном разрезе: очередность появления психических переживаний и их связь с реальными обстоятельствами. При этом важна каждая деталь рассказа, важен контекст событий, переживаний, интерпретаций.

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

Принцип беспристрастности — основной принцип феноменологически ориентированного психолога-диагноста. Навязывание пациенту собственного представления о наличии у того психопатологической симптоматики на основании предвзято или небрежно проведенного интервью может происходить как по причине сознательной установки, так и на базе незнания принципов интервью или слепой приверженности одной из научных школ.

Учитывая груз ответственности, в первую очередь морально-этической, лежащей на диагносте в процессе психологического интервью, нам кажется уместным привести основные этические положения Амери-

канской психологической ассоциации, касающиеся консультирования и интервьюирования:

1. Придерживаться конфиденциальности: уважать права клиента и его личную жизнь. Не обсуждать сказанное им во время интервью с другими клиентами. Если же Вы не сможете выполнить требования конфиденциальности, то необходимо сообщить об этом клиенту до разговора; пусть он сам решит, можно ли на это пойти. Если с Вами поделились информацией, содержащей сведения об опасности, грозящей клиенту или обществу, то этические предписания разрешают нарушить конфиденциальность ради безопасности. Однако надо всегда, помнить, что, как бы то ни было, ответственность психолога перед доверившимся ему клиентом всегда первична.

2. Осознайте пределы своей компетентности. Существует своего рода интоксикация, возникающая после того, как психолог изучит несколько первых методик. Начинающие психологи сразу пытаются глубоко копаться в душах своих друзей и своих клиентов. Это потенциально опасно. Начинающему психологу следует работать под наблюдением профессионала; искать совета и предложений по улучшению стиля работы. Первый шаг к профессионализму—осознание своих пределов.

3. Избегайте расспрашивать о несущественных деталях. Начинающий психолог заморожен деталями и «важными историями» своих клиентов. Иногда он задает очень интимные вопросы о сексуальной жизни. Для начинающего или неумелого психолога характерно то, что он придает большое значение деталям из жизни клиента и одновременно пропускает то, что клиент чувствует и думает. Консультирование предназначено прежде всего для пользы клиента, а не для увеличения вашего объема информации.

4. Относитесь к клиенту так, как вы хотели бы, чтобы относились к Вам. Поставьте себя на место клиента. Каждый хочет, чтобы к нему относились с уважением, щадя его чувство собственного достоинства. Глубо-

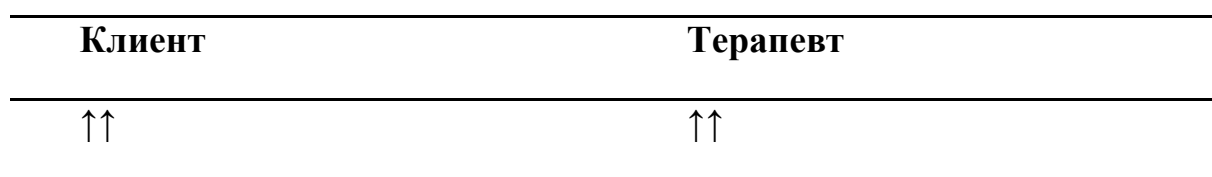
кие отношения и разговор по душам начинается после того, как клиент понял, что его мысли и переживания Вам близки. Отношения доверия развиваются из способности клиента и консультанта быть честными.

5. Принимайте во внимание индивидуальные и культурные различия. Можно сказать, что практика терапии и консультирования без учета того, с какой культурной группой Вы имеете дело, вообще нельзя назвать этической практикой. Достаточно ли Вы подготовлены для того, чтобы работать с людьми, отличающимися от Вас?

Современное положение в обществе позволяет говорить о потенциально или явно существующих конфликтах в сфере общения. Клиническое интервью в этом отношении не является исключением. Потенциальные психологические сложности при проведении интервью возможны на разных уровнях — вчера они захватывали одну область; сегодня — вторую; завтра — могут распространиться на третью. Без доверительной атмосферы, терапевтической эмпатии между психологом и пациентом невозможно квалифицированное интервьюирование, постановка диагноза и психотерапевтический эффект.

В теории Жака Лакана делается предположение, что интервью — это не просто отношения между двумя людьми, физически присутствующими на сеансе. Это еще и взаимоотношение культур. То есть в процесс консультирования вовлечены как минимум четверо, и то, что мы принимали за беседу терапевта и клиента, может оказаться процессом взаимодействия между их культурно-историческими корнями. Следующий рисунок иллюстрирует точку зрения Ж. Лакана:

Рисунок 2.



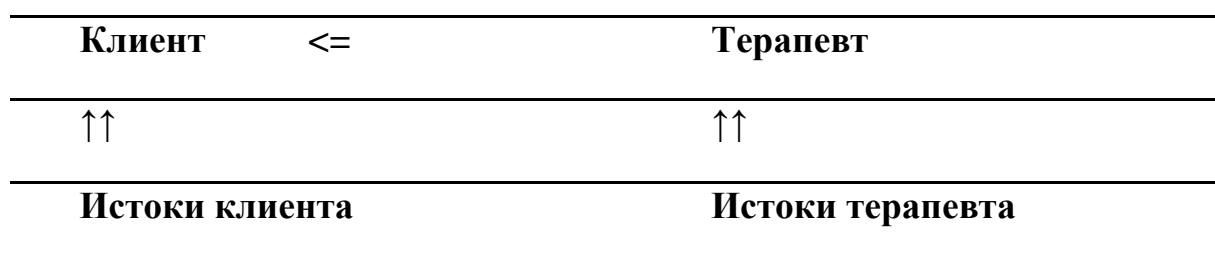
Отметим, что консультирование — предмет более сложный, чем просто выдача клиенту рекомендаций. Культурная принадлежность всегда должна учитываться. На приведенном рисунке терапевт и клиент — это то, что мы видим и слышим в процессе интервью. «Но никто не может уйти от своего культурного наследия. Некото-

рые психологические теории имеют тенденцию к антиисторизму и недооценивают влияние культурной принадлежности на клиента. Они фокусируются в основном на отношениях клиент — психолог, опуская более интересные факты их взаимодействия» (Ж. Лакан).

Шнайдерман утверждал, что «тот, кто стремится стереть культурные различия и создать общество, в котором не существует чужеродность, идет к отчуждению... Моральное отрицание чужеродности — это расизм, вряд ли можно в этом сомневаться».

Эмпатия требует, чтобы мы понимали как личную неповторимость, так и «чужеродность» (культурно-исторический фактор) своего клиента. Исторически эмпатия фокусировалась на личной неповторимости, а второй аспект оказался забытым. Например, для психологов США и Канады характерно ожидание, что все клиенты независимо от их культурной принадлежности, будут одинаково реагировать на одно и то же лечение. Если исходить из концепции Ж.Лакана, то подобная терапия выглядит так:

Рисунок 3.



Таким образом, культурно-историческое влияние отражено в этом интервью, но клиент и психолог не осознают этих проблем, отключены от них. В этом примере клиент осознает специфику своей культурной принадлежности и учитывает ее в своих планах на будущее. Психолог, однако, исходит из теории, основанной на индивидуальной эмпатии и не обращает внимания на это важное обстоятельство. Кроме того, клиент видит в консультанте только культурный стереотип, «Такой пример — отнюдь не исключение из правил, и многие небелые клиенты, пытавшиеся получить консультацию у неквалифицированного белого психотерапевта, с готовностью подтвердят это» (А. Айви).

В идеальном варианте оба — психолог и клиент — осознают и используют культурно-исторический аспект. Эмпатию же нельзя считать необходимым и достаточным условием, если не уделять внимания и культурному аспекту.

Модель Ж. Лакана дает дополнительный импульс для построения определенного уровня эмпатии. Иногда клиент и психолог полатают, что они говорят друг с другом, тогда как на самом деле они являются только пассивными наблюдателями того, как взаимодействуют две культурные установки.

В процессе клинического интервью, как показывает опыт и подтверждает теория Ж. Лакана, могут сталкиваться такие *составляющие историко-культурных баз* психолога (врача) и клиента (пациента) как: пол, возраст, религиозные убеждения и вероисповедание, расовые особенности (в современных условиях — национальность); сексуальные предпочтения ориентации. Эффективность интервью в этих случаях будет зависеть от того, как психолог и пациент с различными убеждениями и особенностями найдут общий язык, какой стиль общения предложит диагност для создания атмосферы доверия. Сегодня мы сталкиваемся с относительно новыми проблемами в области лечебного взаимодействия. Пациенты зачатую не

доверяют врачам, а врачи пациентам только на основании различий по национальному, религиозному, сексуальному (гетеро-, гомосексуалист) признакам. Врач (также как и психолог) должен ориентироваться на текущую ситуацию в области этнокультуральных взаимоотношений и выбирать гибкую тактику общения, избегающую обсуждения острых глобальных и немедицинских проблем, в частности национальных, религиозных, тем более не навязывать своей точки зрения по этим вопросам.

Описанные принципы клинического интервью отражают базовые знания, теоретическую платформу, на которой строится весь процесс интервьюирования. Однако не подкрепленные практическими процедурами принципы останутся незадействованными.

Существуют различные методологические подходы к проведению интервью. Считается, что *по длительности первое интервью* должно быть около 50 минут. Последующие интервью с тем же клиентом (пациентом) несколько короче. Можно предложить следующую модель (структуру) клинического интервью:

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

II этап: Выявление жалоб (пассивное и активное интервью), оценка внутренней картины — концепции болезни; структурирование проблемы,

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

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

Приведенные этапы клинического психологического интервью дают представление о существенных пунктах, обсуждаемых в процессе встречи психолога и больного. Эта схема может использоваться при каждой беседе, однако следует помнить, что удельный вес — время и усилия, отводимые на тот или иной этап — различны в зависимости от очередности встреч, эффективности терапии, уровня наблюдаемых психических расстройств и некоторых иных параметров. Понятно, что при первом интервью преобладающими должны являться первые три этапа, а при последующих — четвертый. Особо следует учитывать уровень психических расстройств пациента (психотический — непсихотический); добровольность или принудительность интервью; критичность больного; интеллектуальные особенности и способности, а также реальную окружающую его ситуацию.

Первый этап клинического интервью («установление доверительной дистанции») можно определить как активное интервью. Он является наиболее важным и трудным. Первое впечатление пациента способно решить дальнейший ход интервью, его желание продолжать беседу, пойти на раскрытие интимных подробностей. Общение врача или психолога с пациентом начинается не с набившего оскомину формального; «На что жалуетесь?», а с ситуативной поддержки. Интервьюер берет нить разговора в свои руки и, мысленно поставив себя на место пациента, впервые обратившегося к врачу (тем более, если в психиатрическую больницу), прочувствовав драматизм ситуации, страх обратившегося быть признанным душевнобольным или понятым превратно или поставленным на учет, помогает тому начать разговор.

Обычно эффективным для установления «доверительной дистанции» — психологического комфорта оказывается высказывания типа: «Я понимаю, как это непросто обратиться к врачу (психологу), тем более в такое заведение как психиатрическая лечебница. Мне наверное не стоит говорить о том, что все, о чем Вы захотите поделиться со мной о себе и своих

переживаниях останется между нами». На дальнейших этапах желательно подтверждать (напоминать) пациенту свои гарантии конфиденциальности, но не прямо, а косвенно. Например, вопросы, существенные для понимания состояния пациента, следует начинать со слов: «Если не секрет, не могли бы Вы рассказать подробнее о...» или «Ваше право не говорить мне о ...»; «Если Вам не хочется обсуждать эту тему, мы могли бы перейти к другой». Подобными речевыми, основанными на этических принципах, способами возможно быстрое и эффективное установление нужной «душевной волны» между врачом (психологом) и пациентом при условии, что за техникой коммуникации будет стоять искреннее желание разобраться в состоянии пациента, помочь ему, а не манипулирование.

Кроме этого, на первом этапе психолог должен выявить доминирующие мотивы обращения к нему, составить первое впечатление об уровне критичности интервьюируемого к себе и психологическим проявлениям. Эта цель достигается с помощью вопросов типа: «Кто был инициатором Вашего обращения к специалисту?», «Ваш приход на беседу со мной — это Ваше собственное желание или Вы сделали это для успокоения родственников (знакомых, родителей, детей, начальства)?»; «Знает ли кто-нибудь о том, что Вы собирались обратиться к специалисту?»

Даже при беседе с больным с психотическим уровнем расстройств целесообразно начать интервью с предоставления гарантий конфиденциальности. Нередко эффективными для дальнейшего разговора с такими больными оказываются фразы типа: «Вы наверняка знаете, что можете отказаться от разговора со мной как с психологом и психиатром?» В подавляющем большинстве случаев данная фраза не вызывает желания уйти из кабинета врача, а наоборот оказывается приятным откровением для пациента, который начинает чувствовать свободу распоряжаться информацией о себе и при этом становится более открытым для общения.

Активная роль врача (психолога) на этом прерывается и наступает *этап пассивного интервью*. Больному (клиенту) предоставляется время и возможность предъявить жалобы в той последовательности и с теми подробностями и комментариями, которые он считает нужными и важными. Врач или психолог при этом выполняют роль внимательного слушателя, лишь уточняющего особенности проявлений заболевания пациента. Чаще всего методика выслушивания включает в себя следующие способы (таблица 1).

Вопросы, задаваемые диагностом, направляются на оценку внутренней картины и концепции болезни, т.е. выявления представлений пациента о причинах и поводах возникновения у него тех или иных симптомов. При этом производится структурирование проблемы, которая остается фрустрирующей на момент интервью.

Таблица 1

Основные этапы диагностического выслушивания (по А. Айвн)

Методика	Описание	Функция в процессе интервью
Открытые вопросы	«Что?» — выявляет факты; «Как?» — чувства; «Почему?» — причины; «Можно ли?» — общую картину	Используется для выяснения основных фактов и облегчают разговор
Закрытые вопросы	Обычно включают в себя частицу «ли», на них можно отвечать кратко	Дают возможность выявить особые факты, сокращают слишком длинные монологи
Поощрение (поддержка)	Повторение нескольких ключевых фраз клиента	Поощряет детальную разработку специфических слов и смысла

Отражение чувства	Обращает внимание на эмоциональное, содержание интервью	Проясняет эмоциональна подоплеку ключевых фактов, помогает открывать чувства
Пересказ	Повторение сущности слов клиента и его мыслей, используя его ключевые слова	Активизирует обсуждение, показывает уровень понимания
Резюме	В сжатом виде повторяет основные факты* и чувства клиента	Полезно повторять периодически во время интервью. Обязательно в конце встречи.

Здесь же диагност задает всевозможные вопросы, касающиеся анализа и психического состояния, основываясь на известных диагностических алгоритмах. Кроме выслушивания психолог во время интервью должен использовать и элементы воздействия.

Методы воздействия в процессе интервью (по А. Айви)

Таблица 2

Метод	Описание	Функция в процессе интервью
Интерпретация	Задаёт новые рамки, в которых клиент может увидеть ситуацию	Попытка дать возможность клиенту по-новому увидеть ситуацию — альтернативное восприятие реальности, что способствует изменению взглядов, мыслей, настроения и поведения

Директива (указание)	Говорит клиенту, какое действие предпринять. Может быть просто пожеланием или техникой.	Ясно показывает клиенту, какого действия психолог от него ожидает.
Совет (информация)	Дает пожелания, общие идеи, домашние задания, совет о том, как действовать, думать, вести себя.,	Умеренно используемые советы дают клиенту полезную информацию.
Самораскрытие	Психолог делится личным опытом и переживаниями, либо разделяет чувства клиента.	Тесно связан с приемом обратной связи, построен на «Я-предложениях». Способствует установлению раппорта.
Обратная связь	Дает клиенту возможность понять, как его воспринимает психолог, а также окружающие.	Дает конкретные данные, которые помогают клиенту } понять, как его осознать, как другие воспринимают его поведение и стиль мышления, что создает возможность самовосприятия.
Логическая последовательность	Объясняет клиенту логические следствия его мышления и поведения. «Если... то».	Дает клиенту иную точку отсчета. Этот метод помогает людям предвидеть результаты их действий.

Воздействующее резюме	Часто используется в конце беседы, чтобы сформулировать суждения психолога. Часто используется в комбинации с резюме, делаемым клиентом.	Проясняет, что психолог и клиент добились за время беседы - подводятся итог того, что сказал терапевт. Призвано помочь клиенту перенести эти обобщения из интервью в реальную жизнь.
-----------------------	--	--

Существенным на данном этапе интервьюирования является сбор так называемого психологического и медицинского анамнеза — истории жизни и болезни. Задачей психологического анамнеза является получение от больного сведений для оценки его личности как сложившейся системы отношений к самому себе и, в особенности, отношения к болезни и оценки того, насколько болезнь изменила всю эту систему. Важными являются данные о течении болезни и жизненном пути, которые призваны выявлять, какое отражение болезнь получает в субъективном мире пациента, как сказывается на его поведении, на всей системе личностных отношений. Внешне медицинский и психологический анамнез как методы исследования весьма сходны — расспрос мог идти по единому плану, но их цель и использование полученных данных совершенно отличны (В.М.Смирнов, Т.Н.Резникова).

Следующий (*III*) этап клинического интервью направлен на выявление представлений пациента о возможном и желаемом результатах интервью и терапии. Больного спрашивают: «От чего из того, что Вы мне рассказали Вам хотелось бы избавиться в первую очередь? Как Вы представляли себе до прихода ко мне нашу беседу и что Вы ждете от нее? Как Вы думаете, чем бы я мог Вам помочь?»

Последний вопрос нацеливает на выявление предпочтительного для пациента способа терапии. Ведь не редки случаи, когда больной после

предъявления врачу жалоб (часто разнообразных и субъективно тяжелых) отказывается от лечения, ссылаясь на то, что принципиально не принимает никаких лекарств, скептически относится к психотерапии или вообще не доверяет врачам. Подобные ситуации указывают на искомый психотерапевтический эффект от самого интервью, от возможности высказаться, быть услышанным и понятым.

Этого оказывается в некоторых случаях достаточным для определенной части обращающихся за консультацией к врачу или психологу. Ведь нередко человек приходит к врачу (особенно психиатру) не за диагнозом, а для того, чтобы получить подтверждение собственным убеждениям о своем психическом здоровье и уравновешенности.

На *четвертом заключительном этапе* клинического интервью вновь активная роль переходит к интервьюеру. Основываясь на выявленной симптоматике, имея представление пациента о концепции болезни, зная чего ожидает больной от лечения, интервьюер-психолог направляет интервью в русло антиципационного тренинга. Как правило, невротик страшится думать и даже обсуждать с кем бы то ни было возможные печальные исходы существующих для него конфликтных ситуаций, вызвавших обращение к врачу и заболевание.

Антиципационный тренинг, который основан на антиципационной концепции неврозогенеза (В.Д. Менделевич), направлен, в первую очередь, на додумывание пациентом самых негативных последствий его болезни и жизни. К примеру, при анализе фобического синдрома в рамках невротического регистра целесообразно задавать вопросы, в следующей последовательности: Чего именно Вы страшитесь? — Что-то плохое должно произойти. — Как Вы предполагаете и чувствуете, с кем это плохое должно произойти: с Вами или с Вашими близкими? — Я думаю со мной. — Что же именно, как Вам кажется? — Я боюсь умереть. — Что означает для Вас смерть? Чем она страшна? — Не знаю. — Я понимаю, что это неприятное

занятие — думать о смерти, однако прошу Вас, подумайте, чего именно Вы боитесь в смерти? Я попробую Вам помочь. Для одного человека смерть — это небытие, для другого — страшна не сама смерть, а связанные с ней страдания, боли; для третьего — она означает, что дети и близкие окажутся в случае смерти беспомощными и т.д. Какое Ваше мнение об этом?

Подобный прием в рамках клинического интервью выполняет как функцию более точной диагностики состояния пациента, проникновение в тайное тайных его болезни и личности, так и терапевтическую функцию. Нами подобный прием назван антиципационным тренингом. Его можно считать патогенетическим способом терапии невротических расстройств. Использование этого способа при интервьюировании больных с психотическими нарушениями выполняет одну из функций интервью — в большей степени проясняет диагностические горизонты, чем и оказывает терапевтический эффект.

Клиническое интервью состоит из вербальных (описанных выше) и невербальных способов, особенно на втором этапе. Наряду с опросом пациента и анализом его ответов, врач может распознать массу важной информации, не облаченной в словесную форму.

Язык мимики и жестов — это тот фундамент, на котором основывается консультирование и интервьюирование (Харпер, Вьенс, Матараззцо, А. Айви). Невербальный язык, по мнению последнего автора, функционирует на трех уровнях:

- Условия взаимодействия: например, время и место беседы, оформление кабинета, одежда и другие важные детали, большинство из которых влияет на характер взаимоотношений между двумя людьми;
- Информационный поток: например, важная информация часто приходит к нам в форме невербальной коммуникации, но гораздо чаще невер-

бальная коммуникация модифицирует смысл и переставляет акценты в словесном контексте;

- Интерпретация: каждый индивид, принадлежащий к любой культуре, имеет совершенно разные способы интерпретации невербальной коммуникации. То, что воспринял из невербального языка один, может в корне отличаться от того, что понял другой.

Обширные исследования в западной психологической науке по изучению навыков слушания показали, что стандарты визуального контакта, наклона туловища, средний тембр голоса могут совершенно не годиться в общении с некоторыми клиентами. Когда врач работает с депрессивным больным или с человеком, говорящим о деликатных вещах, визуальный контакт во время взаимодействия может быть неуместным. Иногда мудрым решением будет отвести взгляд от говорящего.

Визуальный контакт. Не забывая о культуральных различиях, следует все же отметить важность того, когда и почему индивид перестает смотреть вам в глаза. «Именно движение глаз — ключ к тому, что происходит в голове клиента, — считает А. Айви, — Обычно визуальный контакт прекращается, когда человек говорит на щекотливую тему. Например, молодая женщина может не смотреть в глаза, когда говорит об импотенции партнера, но не тогда, когда говорит о своей заботливости. Это может быть реальным знаком того, что она бы хотела сохранить взаимоотношения с любовником». Тем не менее, чтобы точнее вычислить значение изменения невербального поведения или визуального контакта, требуется не одна беседа, в противном случае велик риск сделать ошибочные выводы.

Язык тела. По этому параметру естественно различаются представители разных культур. Разные группы вкладывают неодинаковое содержание в одни и те же жесты. Считается, что наиболее информативным в языке тела является изменение наклона туловища. Клиент может сидеть естественно, и затем, без всякой видимой причины сжать ладони, скрестить

ноги или сесть на край кресла. Часто эти вроде бы незначительные изменения являются индикаторами конфликта в человеке.

Интонация и темп речи. Интонация и темп речи человека может столько же сказать о нем, особенно о его эмоциональном состоянии, сколько и вербальная информация. То, насколько громко или тихо произносятся предложения, может служить индикатором силы чувств. Быстрая речь обычно ассоциируется с состоянием нервозности и гиперактивностью; в то время как замедленная речь может свидетельствовать о вялости и депрессии.

Отметим вслед за А. Айви и его коллегами значимость таких параметров как построение речи, в процессе интервью. По данным этих авторов, то, как люди строят предложения, является важным ключом к пониманию их восприятия мира. Например, предлагается ответить на вопрос: «Что Вы скажете контролеру, когда он начнет проверять наличие билетов, а Вы окажетесь в затруднительном положении?»: а) Билет порван, б) Я порвал билет, в) Машина порвала билет или г) Что-то произошло?

Объяснение даже такого незначительного события может послужить ключом к пониманию того, как человек воспринимает себя и окружающий мир. Каждое из вышеприведенных предложений соответствует действительности, но каждое иллюстрирует различное мировоззрение. Первое предложение — просто описание того, что случилось; второе — демонстрирует человека, берущего ответственность на себя и указывает на внутренний локус контроля; третье представляет внешнее управление, или «Я не делал этого», и четвертое указывает на фаталистическое, даже мистическое мировосприятие.

Анализируя структуру предложений, мы можем прийти к важному выводу относительно психотерапевтического процесса: слова, которыми оперирует человек, описывая события, часто дают о нем больше информации,

чем само событие. Грамматическая структура предложений тоже индикатор личностного мировоззрения.

Исследования и наблюдения Ричарда Бендлера и Джона Гриндера — основоположников нейролингвистического программирования — акцентировали внимание психологов и психотерапевтов на лингвистических аспектах диагностики и терапии. Впервые было отмечено значение используемых пациентом (клиентом) слов и построения фраз в процессе понимания структуры его мыслительной деятельности, а значит и личностных особенностей. Ученые заметили, что люди по-разному рассказывают о сходных явлениях. Один, к примеру, скажет, что «видит», как его супруг к нему плохо относится; другой применит слово «знаю»; третий — «чувствую» или «ощущаю»; четвертый — скажет, что супруг не «прислушивается» к его мнению. Подобная речевая стратегия указывает на преобладание определенных репрезентативных систем, наличие которых необходимо учитывать с целью «подключения» к пациенту и создания истинного взаимопонимания в рамках интервью.

По данным Д.Гриндера и Р. Бендлера существует три типа рассогласований в структуре речи интервьюируемого, которые могут служить для изучения глубинной структуры человека: *вычеркивание, искажение и свехобобщение*. Вычеркивание может проявляться в таких предложениях, как «Я боюсь». На вопросы типа «Кого или чего Вы боитесь?», «Пр какой причине?», «В каких ситуациях?», «Испытываете ли Вы страх сейчас?», «Этот страх реален или его причины ирреальны?» — ответов обычно не поступает. Задачей психолога является «развернуть» краткое утверждение о страхе, развить полную репрезентативную картину затруднений. Во время этого процесса «заполнения вычеркнутого» могут появиться новые поверхностные структуры. Искажения можно определить как неконструктивное или неверное предложение. Эти предложения искажают реальную картину происходящего. Классическим примером этого может служить

предложение типа: «Он делает из меня сумасшедшего», в то время, как истина заключается в том, что человек, «делающий безумным другого», ответственен только за свое поведение. Более правильным будет утверждение типа: «Я очень сержусь, когда он делает это». В этом случае клиент берет на себя ответственность за свое поведение и начинает сам контролировать направление своих действий. Искажения часто развиваются из вычеркивания на поверхностной структуре предложения. На более глубоком уровне внимательное изучение жизненной ситуации клиента выявляет множество искажений реальности, существующих в его сознании. Сверхобобщения возникают тогда, когда клиент делает далеко идущие выводы, не имея для этого достаточных оснований. Сверхобобщение часто сопровождается искажениями. Слова, сопровождающие сверхобобщения, обычно следующие: «все люди», «вообще все», «всегда», «никогда», «то же самое», «постоянно», «вечно» и прочие.

Использование вербальной и невербальной коммуникации способствует более точному пониманию проблем пациента и позволяет создать обоюдоблагоприятную ситуацию во время клинического интервью.

Тема 3. Экспериментально-психологические (пато- и нейропсихологические) методы исследования

План

- 1. Патопсихологические методы исследования.**
- 2. Патопсихологическая оценка нарушений внимания**
- 3. Патопсихологическая оценка нарушений внимания**
- 4. Патопсихологическая оценка нарушений внимания**

Под патопсихологическими исследованиями (экспериментами) в современной психологии понимается использование любой диагностической

процедуры в целях моделирования целостной системы познавательных процессов, мотивов и «отношений личности» (Б.В.Зейгарник).

Основными *задачами* параклинических методов в клинической психологии является обнаружение изменений функционирования отдельных психических функций и выявление патопсихологических синдромов. Под *патопсихологическим синдромом* понимают патогенетически обусловленную общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных и взаимосвязанных (В.М.Блейхер). К патопсихологическим синдромам относят совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности больных, выраженных в психологических понятиях (В.В.Николаева, Е.Т.Соколова, А.С.Спиваковская). Считается, что в патопсихологическом синдроме отражаются нарушения различных уровней функционирования центральной нервной системы. По мнению А.Р.Лурия, Ю.Ф.Полякова, в системе иерархии мозговых процессов различаются такие уровни как: патобиологический (характеризующийся нарушениями морфологической структуры тканей мозга, протекания в них биохимических процессов), физиологический (закрывающийся в изменении течения физиологических процессов), пато- и нейропсихологический (для которых характерно нарушение протекания психических процессов и связанных с ними свойств психики), психопатологический (проявляющийся клиническими симптомами и синдромами психической патологии).

В результате выявления патопсихологических синдромов возможным становится оценка особенностей структуры и протекания самих психических процессов, приводящих к клиническим проявлениям — психопатологическим синдромам. Патопсихолог направляет свое исследование на раскрытие и анализ определенных компонентов мозговой деятельности, ее звеньев и факторов, выпадение которых является причиной формирования наблюдаемых в клинике симптомов.

Выделяют следующие патопсихологические регистр-синдромы

(И.А.Кудрявцев):

- шизофренический
- аффективно-эндогенный
- олигофренический
- экзогенно-органический
- эндогенно-органический
- личностно-аномальный
- психогенно-психотический
- психогенно-невротический

Шизофренический симптомокомплекс складывается из таких личностно-мотивационных расстройств как: *изменение структуры и иерархии мотивов, расстройства мыслительной деятельности, нарушающего целенаправленность мышления и смыслообразование (резонерство, соскальзывание, разноплановость, патологический полисемантизм) при сохранности операционной стороны, эмоциональные расстройства (упрощение, диссоциация эмоциональных проявлений, знаковая парадоксальность), изменение самооценки и самосознания (аутизм, сенситивность, отчужденность и повышенная рефлексия).*

В психопатический (личностно-аномальный) симптомокомплекс входит: *эмоционально-волевые расстройства, нарушения структуры и иерархии мотивов, неадекватность самооценки и уровня притязаний, нарушение мышления в виде «относительного аффективного слабоумия», нарушение прогнозирования и опоры на прошлый опыт.*

Органический (экзо- и эндогенный) симптомокомплекс характеризуется такими признаками, как: *общее снижение интеллекта, распад имевшихся сведений и знаний, мнестическиерасстройства, затрагиваю-*

щие как долговременную, так и оперативную память, нарушения внимания и умственной работоспособности, нарушение операционной стороны и целенаправленности мышления, изменение эмоциональной сферы с аффективной лабильностью, нарушение критических способностей и самоконтроля.

В олигофренический симптомокомплекс входят такие проявления, как: *неспособность к обучению и формированию понятий, дефицит интеллекта, дефицит общих сведений и знаний, примитивность и конкретность мышления, неспособность к абстрагированию, повышенная внушаемость, эмоциональные расстройства.*

Выделение патопсихологических регистр-синдромов позволяет клиническому психологу не только зафиксировать нарушения в различных сферах психической деятельности, но и ранжировать их по механизмах возникновения. Кроме того, правильная квалификация патопсихологического синдрома позволяет клиницисту верифицировать нозологический диагноз и в верном русле направить коррекционную и терапевтическую работу. В большей степени регистр-синдромы значимы для патопсихологических исследований в психиатрической клинике, в меньшей — в соматической.

Параклинические методы исследования в клинической психологии представляют собой обширный набор способов оценки деятельности головного мозга. Каждый из них представляет инструментарий какой-либо области науки. Вследствие этого освоение всех параклинических методов и способов диагностики не входит в компетенцию клинических психологов. Но умение подобрать необходимые при конкретной клинически выявленной патологии параклинические методы, обосновать необходимость их использования, верно трактовать полученные с их помощью результаты считается неотъемлемой составляющей деятельности клинического психолога

Патопсихологическая диагностика использует батарею экспериментально-психологических методик-тестов, в помощью которых возможна оценка функционирования как отдельных сфер психической деятельности, так и интегративных образований — типов темперамента, особенностей характера, личностных качеств.

Таблица 3

Основные методы патопсихологической диагностики при нарушениях тех или иных сфер психической деятельности

Сфера психической деятельности, в которой отмечены нарушения	Патопсихологическая методика
Расстройства внимания	таблицы Шульте, корректурная проба, счет по Крепелину, методика Мюнстерберга
Расстройства памяти	тест десяти слов, пиктограмма
Расстройства восприятия	сенсорная возбудимость, пробы Ашафенбурга, Рейхардта, Липмана
Расстройства мышления	тесты на классификацию, исключение, силлогизмы, аналогии, обобщение ассоциативный эксперимент проблема Эверье, пиктограмма тест дискриминации свойств понятий
Расстройства эмоций	тест Спилбергера, метод цветовых выборов Люшера
Расстройства интеллекта	тест Равена, тест Векслера

Выбор конкретных методов и способов патопсихологической диагностики в клинической психологии базируется на выявлении кардинальных психопатологических отклонений при различных типах психического реа-

гирования в определенных сферах психической деятельности. В таблице 3 представлены показания для использования тех или иных методов патопсихологической диагностики.

Патопсихологическая оценка нарушений внимания

Для подтверждения выявляемых клинически расстройств внимания наиболее адекватными патопсихологическими методиками являются оценка внимания по таблицам Шульте, по результатам проредения корректурной пробы и счета по Крепелину.

Таблицы Шульте представляют собой набор цифр (от 1 до 25), неположенных в случайном порядке в клетках. Испытуемый должен показать и назвать в заданной последовательности (как правило, возрастающей от единицы до двадцати пяти) все цифры. Испытуемому предлагается подряд четыре-пять неидентичных таблиц Шульте, в которых цифры расположены в различном порядке. Психолог регистрирует время, затраченное испытуемым на показывание и называние всего ряда цифр в каждой таблице в отдельности. Отмечаются следующие показатели: 1) превышение нормативного (40-50 секунд) времени, затраченного на указывание и называние ряда цифр в таблицах; 2) динамика временных показателей в процессе обследования по всем пяти таблицам.

Таблицы Шульте. 1.

14	18	7	24	21
22	1	10	9	6
16	5	8	20	11
23	2	25	3	13
19	15	17	12	4

2.

22	25	7	21	11
6	2	10	3	23
17	12	16	5	18
I	15	20	9	24
19	13	4	14	8

3.

9	5	11	23	20
14	25	17	1	6
3	21	7	19	13
23	12	24	16	4
8	15	2	10	22
21	12	7	1	2
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

По результатам данного теста возможны следующие заключения о характеристиках внимания испытуемого:

Внимание концентрируется достаточно — в случае, если на каждую из таблиц Шульте испытуемый затрачивает время, соответствующее нормативному.

Внимание концентрируется недостаточно — в случае, если на каждую из таблиц Шульте испытуемый затрачивает время, превышающее нормативное.

Внимание устойчивое — в случае, если не отмечается значительных временных отличий при подсчете цифр в каждой из четырех-пяти таблиц.

Внимание неустойчивое — в случае, если отмечаются значительные колебания результатов по данным таблиц без тенденции к увеличению времени, затраченного на каждую следующую таблицу.

Внимание истощаемое — в случае, если отмечается тенденция к увеличению времени, затрачиваемого испытуемым на каждую следующую таблицу.

Методика **счет по Крепелину** используется для исследования угомляемости. Испытуемому предлагается складывать в уме ряд однозначных чисел, записанных столбцом. Результаты оцениваются по количеству сложенных в определенный промежуток времени чисел и допущенных ошибок.

При проведении корректурной пробы используются специальные бланки, на которых приведен ряд букв, расположенных в случайном порядке. Инструкция предусматривает зачеркивание испытуемым одной или двух букв по выбору исследующего. При этом через каждые 30 или 60 секунд исследователь делает отметки в том месте таблицы, где в это время находится карандаш испытуемого, а также регистрирует время, затраченное на выполнение всего задания.

Интерпретация та же, что и при оценке результатов по таблицам Шульте. Нормативные данные по корректурной пробе: 6-8 минут при 15 ошибках.

Методика Мюнстерберга предназначена для определения избирательности внимания. Она представляет собой буквенный текст, среди которого

имеются слова. Задача испытуемого как можно быстрее считывая текст, подчеркнуть эти слова. На работу отводится две минуты. Регистрируется количество выделенных слов и количество ошибок (пропущенных или неправильно выделенных слов).

Методика Мюнстерберга

бсонпцеэвтргофайонзигучноеостьь

щукеншизхъвафьюропдблюбобъавыфрплсхд

бкюрадостьвуфциеждлорргширодилджьхэшицгиернк

ждорлвфьюювфбьконкурсйфньгувскапрличност

эпрпаваниедптюзбыттрдищнпркьюком

янвадмъгфтасенп лабораторияши

Нарушения внимания не являются специфичными для каких-либо психических заболеваний, типов психического реагирования, уровней психических расстройств. Однако, можно отметить специфику их изменений при различной психической патологии. Так, наиболее ярко они представлены в структуре экзогенно-органического типа психического реагирования, проявляясь нарушениями концентрации и устойчивости внимания, быстрой истощаемостью, трудностями переключаемостью внимания. Сходные нарушения встречаются при неврозах. В рамках эндогенного типа психического реагирования нарушения внимания не являются определяющими (как правило, они либо отсутствуют, либо являются вторичными по отношению к другим психопатологическим феноменам). Несмотря на это существуют данные (Э.Крепелин) о том, что при шизофрении характерными оказываются нарушения активного внимания при сохранности пассивного. Это отличает пациентов с шизофренией от больных с экзогенно-органическими и невротическими психическими расстройствами.

Больные шизофренией внешне невнимательные и рассеянные могут хорошо воспринимать все, что происходит вокруг, выхватывая случайные

детали, и в то же время им редко удается активно направлять и длительно удерживать внимание на каком-либо заранее указанном объекте. Вследствие этого, по соотношению сохранности у пациента активного и пассивного внимания можно косвенно определить тип психического реагирования. Кроме того, у больных шизофренией нарушен механизм фильтрации, что можно заметить в экспериментах на помехоустойчивость (к примеру, в методике Мюнстерберга).

Нарушения внимания типичны для соматических заболеваний, сопровождающихся выраженным болевым синдромом и другими яркими клиническими проявлениями. Наиболее часто расстройства внимания отмечаются у больных с патологией центральной нервной системы, церебральным атеросклерозом, гипертонической болезнью и другими заболеваниями, сопровождающимися общемозговыми явлениями (к примеру, при нейроинтоксикациях).

Патопсихологическая оценка нарушений памяти

Необходимость подтверждения клинически выявляемых расстройств памяти возникает в тех случаях, когда они выражены незначительно или когда пациент жалуется на снижение памяти. Наиболее часто для оценки мнестических нарушений используется методика запоминания 16 слов. Она направлена на изучение способности к непосредственному краткосрочному или долговременному, произвольному и непроизвольному запоминанию. Обследуемому зачитывают десять слов, подобранных так, чтобы между ними было трудно установить какие-либо смысловые отношения (например: гора, игла, роза, кошка, часы, вино, пальто, книга, окно, пила). Непосредственно после зачитывания, а также через час после него испытуемому предлагается воспроизвести эти слова в любом порядке. Причем после запоминания подобная процедура повторяется 4-5 раз подряд. Отмечаются следующие показатели: 1) количество воспроизведенных слов; 2)

количественную динамику воспроизведенных слов (кривая произвольного запоминания).

По результатам данного теста возможны следующие заключения о характеристиках памяти испытуемого:

Непосредственное запоминание не нарушено — в случаях, когда испытуемый непосредственно после зачитывания ему десяти слов воспроизводит в четырех-пяти попытках не менее 7 слов.

Непосредственное запоминание нарушено — в случаях, когда испытуемый непосредственно после зачитывания ему десяти слов воспроизводит менее 7 слов. Чем меньше количество слов удается испытуемому воспроизвести, тем более выраженными признаются нарушения непосредственного запоминания.

Долговременная память не нарушена — в случаях, когда через час без предварительного предупреждения испытуемый воспроизводит не менее 7 слов, предназначавшихся для запоминания.

Долговременная память снижена — в случаях, когда через час без предварительного предупреждения испытуемый воспроизводит менее 7 слов, предназначавшихся для запоминания.

Методика, предназначенная для исследования опосредованного запоминания (**пиктограмма**), включает в себя предъявление испытуемому для запоминания 10-15 понятий, которые он должен нарисовать так, чтобы впоследствии по рисунку вспомнить заданные понятия. Через час испытуемому предлагается по рисункам воспроизвести заданные слова. Примерный ряд понятий: 1) веселый праздник, 2) глухая старушка, 3) сердитая учительница, 4) девочке холодно, 5) болезнь, 6) разлука, 7) развитие, 8) побег, 9) надежда, 10) зависть. Интерпретация сходна с тестом десяти слов.

Расстройства памяти также как и расстройства внимания чаще входят в структуру экзогенно-органического типа психического реагирования. Нередко они сопутствуют невротическим нарушениям.

Для астенических состояний различного генеза (чаще других соматического) типичными оказываются явления истощаемости и ослабление способности к запоминанию к концу исследования. При олигофрении наблюдается равномерное снижение непосредственной и оперативной памяти. При деменции в пожилом возрасте, как правило, нарушается механическая и ассоциативная память, резко выражены расстройства запоминания. Для шизофрении мнестические нарушения не типичны. Гипермнезии типичны для маниакальных состояний.

Патопсихологическая оценка нарушений восприятия

Нарушения восприятия в меньшей степени, чем психические расстройства других сфер психической деятельности поддаются патопсихологической верификации. Это связано в значительной мере с субъективным характером переживаний отклонений восприятия. Вследствие этого патопсихологическое исследование данной психической сферы направлено, в первую очередь, на выявление скрытых расстройств, перевод их в явные, которые можно зарегистрировать иными способами. В качестве таких методов предложены пробы Ашафенбурга, Рейхардта, Липмана.

При **пробе Ашафенбурга** испытуемому предлагается разговаривать по телефону, который предварительно отключен от сети. При **пробе Рейхардта** испытуемому предъявляется чистый лист бумаги и предлагается рассмотреть то, что на нем нарисовано. При **пробе Липмана** после надавливания на веки испытуемого предлагается сказать, что он видит. Все вышперечисленные пробы направлены на то, чтобы выявить галлюцинаторные или иллюзорные образы, наличие которых предполагается. Однако, при анализе проб нельзя исключать внушенного характера галлюцинаторных феноменов.

Исследование сенсорной возбудимости сходно с вышеперечисленными пробами. Это исследование включает предложение испытуемому всмотреться в рисунки «движущиеся квадраты» и «волнистый фон», состоящих из расположенных в определенном порядке и ракурсе квадратов и линий, пересекающих геометрические фигуры. Затем испытуемому предлагается подсчитать количество квадратов в каждом ряду или неясно нарисованные фигуры. Оцениваются субъективные ощущения, возникающие в процессе эксперимента, а также возможный иллюзорный стереоскопический обман.

Патопсихологическая оценка нарушений мышления

Патопсихологическое исследование и анализ нарушений мышления зачастую является важным параметром в диагностическом процессе. Это связано с тем, что многие расстройства мышления, в частности, шизофренического спектра, более явно проявляются в момент психологического обследования, чем при интервьюировании пациента. Это относится к таким симптомам как: соскальзывание, разорванность, разноплановость мышления, опора на латентные признаки и др.

Основными методами исследования мышления являются тесты на классификацию, исключение, силлогизмы, аналогии, обобщение, ассоциативный эксперимент, проблема Эверье, пиктограмма.

Методика классификации понятий включает в себя предложение испытуемому классифицировать карточки с изображением животных, растений и предметов. Предлагается разложить карточки на группы так, чтобы они содержали однородные предметы и могли быть названы обобщающим словом. Затем в случае необходимости предлагается укрупнить группы. Оценивается: 1) число этапов, затраченных на окончательную классификацию предметов (должно получиться три группы — животные, цветы, неодушевленные предметы); 2) принципы классификации. Заключение от-

ражают количество этапов классификации, а также особенности мышления испытуемых.

Конкретное мышление — определяется в случаях, когда испытуемый объединяет предметы в конкретные ситуационные группы (например, пальто со шкафом, «потому, что пальто висит в шкафу»).

Склонность к детализации — определяется в случаях, когда испытуемый выделяет дробные группы (например, «одежда домашняя и одежда на выход», «корнеплоды и не корнеплоды»).

Опора в мышлении на латентные признаки — определяется в случаях, когда в классификации делается упор на малоактуальных» скрытых признаков понятий (например, в одну группу объединяются автобус и медведь потому, что оба «склонны к плавному началу движения»).

На основании методики классификации понятий возможно подтверждение клинически выявляемых специфических для определенных групп психических заболеваний расстройств мышления. Так, конкретность мышления может подтверждать наличие органически обусловленных психических расстройств, склонность к излишней детализации — эпилептический характер ассоциативных нарушений, опора мышления на латентные признаки — на нарушения мышления шизофренического спектра.

Методики на исключение, обобщение понятий, выделение существенных признаков, анализ отношений понятий (аналогии) применяются с целью определения особенностей мышления лиц, с различной психической патологией а также тех, которые ложатся в основу интеллектуальных способностей.

Для оценки способности разграничивать разнородные понятия используется **методика исключение понятий**. Испытуемому предлагается из четырех предметов или из пяти слов исключить один предмет или слово, ко-

которые не подходят к остальным, сходным родовым понятием. Анализ методики сходен с методикой классификации понятий.

Стимульный материал к методике исключения понятий

Дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий.

Смелый, храбрый, отважный, злой, решительный,

Василий, Федор, Семен, Иванов, Порфирий.

Молоко, сливки, сыр, сало, сметана.

Скоро, быстро, поспешно, постепенно, торопливо.

Глубокий, высокий, светлый, низкий, мелкий.

Лист, почка, кора, дерево, сук.

Дом, сарай, изба, хижина, здание.

Береза, сосна, дерево, дуб, ель.

Темный, светлый, голубой, ясный, тусклый.

Гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога.

Неудача, крах, провал, поражение, волнение.

Молоток, гвоздь, клещи, топор, долото.

Минута, секунда, час, вечер, сутки.

Грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение.

Успех, победа, удача, спокойствие, выигрыш.

Методика выделения существенных признаков позволяет судить о качестве понимания испытуемым главных и второстепенных признаков предметов и явлений. Процедура ее заключается в отборе испытуемым двух слов (признаков) предмета или явления, расположенных в скобке и относящихся к понятию, расположенному за скобками.

Стимульный материал к методике выделения существенных признаков

1. Сад (растения, садовник, собака, забор, земля).
2. Сарай (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).
3. Деление (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).
4. Кольцо (диаметр, алмаз, проба, округлость, печать).
5. Игра (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).
6. Куб (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).

Одним из наиболее информативных для оценки качественной специфики мышления относится **ассоциативный эксперимент**. Испытуемому предлагается привести первую пришедшую на ум ассоциацию на стимульные слова.

Ассоциативный эксперимент

хлеб _____

лампа _____

пение _____

колесо _____

красота _____

война _____

воздух _____

развитие _____

звонок _____

пещера _____

бесконечность _____

луна _____

брат _____

лечение _____

топор _____

падение _____

обман _____

голова _____

сомнение _____

игра _____

цель _____

глубина _____

народу _____

права _____

ссора _____

жестокость.

бабочка _____

поиск _____

печаль

совесть

Регистрируются: 1) латентный период; 2) качественные характеристики ответов. Выделяют общеконкретные, индивидуально-конкретные, абстрактные, ориентировочные, созвучные, экстрасигнальные, междометные, perseverирующие, эхололические и атактические ответы.

Особенности мышления больных шизофренией, как правило, включают атактические (трава-гвоздь) или созвучные (народ-урод) реакции. Это

обусловлено особенностями расстройств мышления при шизофрении, в частности, ассоциациями по созвучию — рифмованием слов.

Методика Эббингауза сходна с ассоциативным экспериментом и позволяет оценить стройность и продуктивность мышления. Пациенту предлагается заполнить пробелы в рассказе:

Стал дед очень стар. Ноги у него не.... глаза не.... уши не..., зубов не стало. И когда он ел, у него текло изо... .Сын и невестка перестали его за...

сажать и давали ему...за печкой. Снесли ему раз обедать в..., он хотел ее подвинуть, да уронил на..., чашка и.... Стали тут... бранить старика за то, что он им все в...портит и...бьет.

Для оценки целенаправленности мышления используется проблема Эверье. Испытуемому предлагается проанализировать следующий отрывок текста:

Существуют различные взгляды на ценность жизни. Одни считают ее благом, другие—злом. Было бы правильнее держаться середины, потому что, с одной стороны, жизнь приносит нам меньше счастья, чем мы желали бы сами себе, с другой стороны, — ниспосылаемые нам несчастья всегда меньше того несчастья, которого нам желают в душе другие люди. Вот это-то равновесие и делает жизнь вполне выносимый, вернее, до известной степени справедливой.

Наиболее ярко особенности нарушений мышления могут быть выявлены с помощью анализа **пиктограмм**, которые позволяют судить о характере ассоциаций испытуемого. В этом проективном тесте оценивается: 1) техника исполнения рисунка (величина, завершенность, их обрамление, подчеркивание, наличие уточняющих линий, отличия и сходство рисунков, относящихся к различным понятиям); 2) расположение рисунков на листе;

- 3) принцип, положенный в основу ассоциативного ряда для запоминания;
- 4) степень оригинальности или стандартности.

Заключения по тесту отражают особенности ассоциативной деятельности и выражаются следующими типичными словосочетаниями:

Преобладание стандартных образов - в случаях, когда рисунки совпадают с теми, которые использует большинство лиц данной культуры (например, изображение флагов, шаров, елок для запоминания понятия «веселый праздник»).

Преобладание атрибутивных образов - в случаях, когда при изображении заданных понятий используется принцип принадлежности к чему-либо, т.е. доминируют рисунки, отражающие предметы или явления, являющиеся неотъемлемой частью заданного понятия (например, изображение тяжестей, ассоциирующихся с «тяжелой работой»).

Преобладание конкретных образов — в случаях, когда рисунки содержат предметы или явления, непосредственно связанные с ситуацией (например, лежащий в постели человек при изображении понятия «болезнь»).

Преобладание метафор — в случаях, когда при изображении заданного понятия используются конкретные образы, прямо с ним не связанные и использующие абстрагирование (например, туча, закрывающая солнце при изображении «болезни»).

Преобладание персонифицированных и индивидуально значимых образов — в случаях, когда при изображении заданных понятий используются индивидуально-значимые образы (например, ребенок на понятие «счастье»).

Преобладание органической графики — в случаях, когда в рисунках преобладает незавершенность линий в тех образах, которые требуют за-

вершенности(к примеру, круг), повторное или неоднократное проведение линий.

Грубая органическая графика — в случаях, когда доминируют макрографические образы, отмечается подчеркивание, обрамление рисунков, чрезмерная стереотипия рисунков.

Преобладание геометрических фигур — в случаях, когда понятия изображаются преимущественно геометрическими фигурами.

Стереотипия человеческими фигурами — в случаях, когда в рисунках преобладает изображение человеческих фигур.

Считается, что при психической норме в пиктограмме преобладают конкретные, атрибутивные, стандартные упорядоченные образы. При органических поражениях головного мозга — чрезмерная стереотипия, упорядоченность, аккуратность в изображениях и четкое нумерование рисунков, их низкая дифференцированность, незавершенность линий, подчеркивание, обрамление изображений. При шизофрении доминируют абстрактные образы, возможна стереотипия, но не за счет человеческих фигур, буквенное изображение и геометрические фигур, а также атипичное (несимметричное, негармоничное) расположение рисунков на листе.

Патопсихологическая оценка нарушений интеллекта

Определение уровня интеллектуальных нарушений в отечественной клинической психологии и психиатрии включает в себя как клиническую, так и патопсихологическую оценку. При этом приоритет отдается клинической диагностике. Несмотря на это, экспериментально-психологическое тестирование способно уточнить характер и тяжесть снижения интеллекта. Наиболее часто для этих целей используется тест **прогрессивных матриц Ранена**. Он состоит из 60 заданий, распределенных по 5 сериям. В каждой серии представлено изображение полотна с геометрическим рисунком или несколько матриц с одной недостающей частью. Испытуемому предлага-

ется обнаружить закономерности в матрицах и подобрать из шести-восьми предложенных ту матрицу, которой недостает в полном изображении. От серии к серии задания усложняются.

Результаты оцениваются по количеству правильно подобранных недостающих фрагментов по каждому заданию. Выделяется пять степеней развития интеллекта по тесту Равена:

I степень — более 57 правильных ответов (баллов), т.е. более 95%—особо высокоразвитый интеллект.

II степень — от 45 до 57 баллов (75-94%) — интеллект выше среднего.

III степень —от 15 до 45 баллов (25-74%) — интеллект средний.

IV степень — от 3 до 15 баллов (5-24%) — интеллект ниже среднего.

V степень — менее 3 баллов (5%) — интеллектуальный дефект.

Считается, что уровень 30 баллов является для взрослого человека условной границей между оценкой его интеллекта в рамках нормы и при умственной отсталости.

Оценка интеллекта возможна опосредованно при исследовании особенностей мышления, в частности, понимания переносного смысла пословиц и поговорок, общей осведомленности и т.д., составляющих основу теста Векслера.

Патопсихологическая оценка нарушений эмоций

Психологические методики, позволяющие оценивать аффективные нарушения, как правило, представляют собой опросники шкалы самооценки. Среди них самые известные направлены на определение выраженности тревоги (шкала Спилбергера, Шихана) и депрессии (Бека, Гамильтона). В связи с тем, что испытуемый самостоятельно оценивает уровень собствен-

ной эмоциональности результаты перечисленных шкал следует сравнивать с клиническими показателями. Их использование обоснованно в большей степени при оценке эффективности терапевтических мероприятий.

Одним из наиболее значимых в оценке эмоциональных нарушений является проективный тест цветовых выборов Люшера. С его помощью удастся определить уровень стресса (тревоги). Тест Люшера представляет собой набор карточек разного цвета (обычно используется восьмицветный тест). Испытуемому предлагается расположить их по мере снижения симпатии к цвету — на первое место поставить «самый приятный» на момент обследования цвет, на последнее — «самый неприятный». Исследование повторяется дважды. За каждым цветом закреплены соответствующие параметры, характеризующие индивидуально-психологические особенности человека. Символика цвета, по мнению Л.Н.Собчик, уходит корнями в истоки существования человека на земле и связана с эмоциональной оценкой явлений природы (солнца, плодов, ночи, крови и пр.). Люшер выделил четыре основных цвета (синий, зеленый, красный, желтый) и четыре дополнительных (фиолетовый, коричневый, черный, серый), а также отметил, что постановка цвета на первое место указывает на цветовые ассоциации с основным способом действия, на второе — с целью, к которой человек стремится, на третье и четвертое — с эмоциональной оценкой истинного положения вещей, на пятое и шестое — с не востребуемыми в данный момент резервами, на последние места — с подавленными потребностями. В аффективной сфере синий цвет ассоциируется с крайней чувствительностью человека, повышенной тревожностью и вследствие этого с потребностью в эмоциональном комфорте, покое. Зеленый цвет указывает на повышенную чувствительность человека к оценке его со стороны окружающих, к критике. Красный демонстрирует жизнерадостность, оптимистичность и раскованность чувств. Желтый — эмотивность и экзальтированность, нетерпеливость, неустойчивость и отсутствие глубины переживания.

ний, а также эмоциональную незрелость. Выбор *фиолетового цвета* как наиболее приятного может трактоваться как эмоциональная неустойчивость, напряженность. *Коричневый цвет* отражает тревожность с соматическими эквивалентами; *черный* — агрессивность, озлобленность, дисфорию; *серый* — усталость, безразличие.

На основании метода цветowych выборов Люшера (МЦВ) возможна оценка уровня тревожности и стресса. Этот показатель вычитывается на основании перераспределения основных дополнительных цветов в ряду предпочтительных выборов. Считается, что, если перемещение основного цвета на 6, 7 или 8 позиции, также как перемещение дополнительного цвета на 1, 2 или 3 позиции указывает на имеющийся стресс. Баллы начисляются так: для основных за 8 позицию 3 балла, за 7-ю — 2, за 6-ю — 1; для дополнительных за 1-ую — 3, за 2-ую — 2, за 3-ю — 1. Максимальное количество баллов, указывающих на уровень стресса — 12. Кроме того, возможно оценивать динамику стресса: нарастание в случае большего количества баллов во втором выборе цветов, убывание или отсутствие нарастания при обратных соотношениях.

Патопсихологическая оценка нарушений сознания и воли, как правило, не является определяющей в диагностическом процессе.

Патопсихологическая оценка индивидуально-психологических особенностей

Исследование индивидуально-психологических особенностей человека включает в себя применение батареи тестов, направленных на оценку свойств темперамента, характерологических черт и особенностей личности. Учитывая значимость для клинической психологии изучения данных аспектов психологии больных в приложении приводятся тексты наиболее известных и применяемых методик с кратким описанием способов их использования. Из методик, направленных на оценку интегративных поня-

тий, в частности, личностных и характерологических особенностей, а также уточнение клинических симптомокомплексов выделяется **Миннесотский многопрофильный опросник личности (ММРІ)**. С его помощью возможно уточнение клинически выявляемых феноменов, личностных особенностей пациентов с психическими нарушениями. Он позволяет анализировать скрытые от исследователя-клинициста индивидуальные тенденции и психопатологические переживания. Опросник состоит из трех оценочных и десяти клинических шкал. Каждая шкала способна выявлять как психологические особенности, так и психопатологические симптомы и синдромы. Условной границей является уровень 70 Т.

Первая клиническая шкала (невротического сверхконтроля / ипохондричности) позволяет уточнять такие личностные свойства как склонность к контролю своих эмоций, ориентация в поведении на традиции, общепризнанные нормы, гиперсоциальность установок. При превышении уровня 70 Т шкала указывает на фиксированность внимания человека на внутренних ощущениях, склонность к преувеличению тяжести своего состояния, ипохондричность.

Вторая шкала (депрессии) отражает уровень снижения настроения, пессимистическую настроенность, опечаленность, удрученность собственным положением, желание уйти от решения сложными жизненными ситуациями. Превышение уровня 70 Т может говорить о клинически выраженной депрессии с чувством тоски, бесперспективности, суицидальными мыслями и намерениями.

Третья шкала (эмоциональной лабильности/истерии) указывает на выраженность неустойчивости фона настроения, склонности к драматизации событий, чувствительности. При показателях этой шкалы выше 70 Т можно отметить истерические черты поведения: демонстративность, «жажду признания», эгоцентризм, экзальтированность, инфантильность.

По четвертой шкале (социальной дезадаптации/психопатии) возможно обнаружение и подтверждение таких черт как склонность к импульсивности, конфликтности, недоучет объективных обстоятельств и ориентация на желания, а не на реальность. Показатель по 4 шкале выше 70 Т демонстрирует признаки социальной дезадаптации, конфликтность, агрессивность, выраженную импульсивность и потерю контроля за собственным поведением.

Пятая шкала (мужественности/женственности) указывает на выраженность свойств, характерных тому или иному полу.

Шестая шкала (аффективной ригидности /паранойи) регистрирует такие качества, как застреваемость на отрицательных переживаниях, обидчивость, склонность к прямоте в общении, практичность, догматизм. Зашкаливание за 70 Т может быть подозрительным в отношении формирования у человека сверхценных или бредовых идей с чувством собственной ущемленности, враждебности со стороны окружающих.

Седьмая шкала (тревоги/психастении) демонстрирует выраженность психастенических черт характера, тревожности, мнительности, склонности к образованию навязчивых идей, а при превышении 70 Т о дезорганизации поведения вследствие этих особенностей.

Восьмая шкала (индивидуалистичности/аутизма/шизофрении) отражает такие личностные качества, как: своеобразие иерархии ценностей, отгороженность от окружающих, индивидуалистичность, трудности в общении. Превышение уровня 70 Т может указывать на выраженную дезорганизацию поведения, снижение реалистичности, склонность к аутистическому типу мышления.

По девятой (оптимизма/гипомании) и десятой (интра-экстраверсии) возможна оценка данных качеств как в рамках психологических особенностей, так и при психической патологии.

При неврозах отмечается невротический наклон профиля — преобладают показатели первых трех шкал. Нередко им сопутствует повышение по 7 шкале. При истерических симптомах профиль личности по ММРІ приобретает вид «конверсионной пятерки» — при повышении трех шкал невротической триады лидируют первая и третья, а вторая) несколько ниже, образуя вид латинской буквы V. При психопатиях, как правило, отмечается повышение по четвертой шкале. При психозах регистрируется повышение шкал психотической тетрады (4, 6, 8, 9). Кроме того, выделяют астенический и стенический тип профилей. В первом случае отмечается повышение по 2 и 7 шкалам, во втором — по 4, 6 и 9 шкалам. Депрессивный синдром психотического уровня отражается на ММРІ пиками по 2, 7 и 8 со снижением (отрицательным пиком) по 9 шкале, маниакальный — пиками по 9 и 4 и снижением по 2 и 7 шкалам.

Приведенные в данном параграфе патопсихологические методы диагностики способны существенно дополнить клиническую диагностику психических заболеваний.

Экспериментальное нейропсихологическое исследование

Экспериментально-нейропсихологическое исследование направлено на оценку состояния высших психических функций, особенностей функционирования асимметрии полушарий и познавательных процессов. Оно применяется чаще в неврологической и психиатрической клиниках. Ниже приведены основные методики экспериментального нейропсихологического исследования (в вариантах предложенных Л.И.Вассерманом, С.А.Дорофеевой и Я.А. Меерсон), которые могут быть значимыми для овладения специальностью «медицинский (клинический) психолог».

Нейропсихологическое исследование нарушений речи

Оценка экспрессивной речи производится на основании выполнения пациентом-испытуемым субтестов-заданий, включающих исследование

спонтанной, диалоговой, повествовательной (монологической), автоматизированной, отраженной речи.

При оценке **спонтанной и диалоговой речи** больному предъявляется ряд вопросов, на которые он должен ответить. Одни вопросы предусматривают короткий, односложный ответ (типа «да», «нет», «хорошо», «плохо»), другие — развернутый. Вопросы затрагивают обыденную жизнь. При анализе полученных ответов учитывается способность больного понимать обращенные к нему вопросы, поддерживать диалог. Отмечается характер мимики, жестов, ответов, их односложность или развернутость, особенности произносительной стороны речи, наличие эхоталий, быстрота, с которой даются ответы, различия в ответах на эмоционально значимые и индифферентные для испытуемого вопросы. Экспериментатор в протоколе нейропсихологического исследования отмечает полученные результаты в виде описания количественных и качественных характеристик.

При исследовании **автоматизированной речи** испытуемого просят перечислить числовой ряд (от 1 до 6, от 7 до 12, от 15 до 20), перечислить месяцы в году. При этом учитывается возможность плавного перечисления автоматизированных рядов, пропуски составляющих элементов, персеверации, парафазии. **Повествовательная (монологическая) речь** исследуется с помощью пересказа коротких рассказов вслух после прочтения их экспериментатором, а также составления предложений или короткого рассказа по любой сюжетной картине. При анализе повествовательной речи обращается внимание на тот факт, в какой мере в пересказе отражены ключевые элементы текста, сохранена нужная последовательность повествования, близость пересказа к тексту, понимание смысла рассказа. Отмечаются также возможность самостоятельного воспроизведения рассказа без наводящих вопросов, активность, развернутость, плавность или отрывистость речи, поиски слов, аграмматизм, преобладание в речи глаголов, вводных слов или существительных, характер парафазии, их изменчивость.

Исследование отраженной речи пациента просят повторить изолированные гласные звуки (а, о, у, и, е, ю), изолированные согласные звуки (эм, эр, рэ, с, д, к), слоги-триграммы (лив, кет, бун, шом, тал, гис), серий трех сложных гласных звуков (аоу, уао, оау, уоа, оуа, ауо), серий оппозиционных слогов (ба-па, па-ба, ка-ха, са-за), различение изолированных гласных звуков и их серий (а-у-у-а-у-а), дифференцирование близких по звучанию слогов, слов и звукосочетаний (да-та-да-да-та-та), повторение простых и сложных слов (дом, работа, водопровод, полководец, стратостат), повторение предложений и серий слов, не связанных по смыслу (дом-лес, луч-мак, сон-бег, ночь-план-лист), повторение серий слогов-триграмм (бун-лец, кет-лаш, зук-тиз, рел-зук-тиз), повторение серий слов, название реальных предметов, частей тела, изображений предметов, название действий (топор-рубить, ножницы-резать, пистолет-стрелять).

Значимым при оценке нарушений речи является исследование понимания испытуемым обращенной к нему речи и понимание словесных значений. Для этого пациента просят объяснить значение и смысла отдельных слов, простых команд (закрыть глаза, показать язык, поднять руку), флексивных отношений (ключ-ручкой, руч-ку-ключом» ручкой-ключ, ключом-ручку), понимание отношений между предметами, выраженными одним предлогом и наречием места (положите ручку под книгу, над книгой, справа от книги), двумя предлогами (положите тетрадь в книгу, но под ручку). Наряду с этим, оцениваются более сложные понятия: понимание конструкций родительного падежа (отец брата и брат отца, сын сестры и сестра сына), интравертированных конструкций (Я позавтракал после того, как прочитал газеты. Что я сделал раньше?), проб Хеда (Покажите указательным пальцем правой руки левое ухо). Оценка речи включает также фонематический анализ, в частности, такие методики как: определение количества букв в словах, первой и последней букв в слове, анализ слова по од-

ной или двум фонемам (если произносится слово, котором есть звук «с» или «с» и «р» — испытуемый должен поднять руку).

Выделяются следующие нарушения речи:

Речевой напор, выражающийся патологическим речевым возбуждением, при котором больной ощущает непрерывную потребность говорить и не может прекратить свои многословные высказывания.

Вычурная речь, проявляющаяся использованием пациентом необычных, малопонятных, часто не подходящих по смыслу слов, сопровождающихся манерной жестикуляцией и гримасничанием.

Зеркальная речь (эхолалия), признаками которой являются произвольно повторяемые испытуемым слова, услышанные от окружающих.

Монотонная речь представляет из себя расстройство речи, при котором отсутствуют (или крайне незначительны) изменения интонаций.

Обстоятельная речь представляет собой замедленную речь, в рамках которой больной излишне подробно излагает маловажные и несущественные детали.

Олигофазическая речь проявляется обеднением словарного запаса, грамматического строя и интонациям.

Парадоксальная речь выражается в преобладании противоречивых по смыслу высказываниях пациента.

Персевераторная речь представлена многократным повторением испытуемым одного и того же слова или оборота речи и невозможности подобрать необходимые слова и обороты для продолжения речи,

Пуэрильная речь у взрослого напоминает лепетание, картавость и интонационные особенности детской речи.

Рифмованная речь представляет собой речь, наполненную всевозможными рифмами, которые больной использует часто в ущерб смыслу.

Скандированная речь — Это расстройство речи, при котором больной говорить медленно, отдельно произнося слоги и слова.

На основании вышеперечисленных методик нейропсихологического исследования возможно выявление следующих синдромов нарушений высших корковых функций:

Эфферентная (вербальная) моторная афазия диагностируется в случаях дефекта речи, проявляющегося нарушениями плавности артикуляционной речи, грубой персеверацией, неспособностью проанализировать услышанные или произносимые слова, неудержанием рече-слухового ряда, отчуждением смысла слов. Часто эти нарушения сопровождаются потерей плавности речи с затруднениями в приступе к слову, напряжением, запипаниями, смазанностью произношений. Локализация очага при эфферентной моторной афазии преимущественно в задне-нижних отделах премоторной области левого, доминантного по речи, полушария головного мозга («зона Брока»).

Динамическая афазия проявляется скудной, свернутой, стереотипной речью без произносительных затруднений. Речевая инициатива оказывается резко сниженной в сочетании с тенденцией к использованию пациентом речевых штампов. Автоматизированная речь нарушается незначительно или чаще не нарушается. Также мало нарушенными оказываются номинативные функции речи, однако они отчетливо проявляются в диалогической и спонтанной речи в виде поиска нужного слова. Отраженная речь обычно остается сохранной, но может пострадать воспроизведение многосложных предложений. Понимание речи и сложных грамматических конструкций не страдает или нарушается незначительно. Выделяют (Л.И.Вассерман, С.А.Дорофеева и Я.А.Меерсон) 3 уровня речевых поражений: на 1 (уровне замысла) спонтанная речь может отсутствовать, диалогическая осуществляется только с опорой на вопрос; нарушения 2-го уровня отчетливо проявляются в монологической речи, составлении предложений к сюжетным

картинкам, пересказе текста, составлении рассказа на заданную тему, невозможностью трактовки пословиц, идеоматических выражений, ошибки обусловлены дефектами синтаксиса, вербальными заменами и даже персеверацией (на 1 и 2 уровня динамической афазии грубо нарушается коммуникативная функция речи — больные не задают вопросов и не стремятся рассказывать о себе); 3-ий уровень характеризуется экспрессивным аграмматизмом: ошибками в согласовании слов в роде и падеже, глагольной слабостью и неправильным употреблением глагольных форм, отсутствием предлогов, общей бедностью речевого высказывания. Динамическая афазия, как самостоятельная форма речевой патологии, возникает при очагах поражения мозга кпереди от «зоны Брока» (задние отделы извилины и медиальной поверхности левого полушария).

Афферентная (артикуляционная) моторная афазия характеризуется кинестетической апраксией, приводящей к системному дефекту на артикуляционном, лексическом и синтаксическом уровнях. Клинически это нередко проявляется отсутствием всех видов экспрессивной речи при относительно сохранном понимании обращенной речи и чтении про себя. Очаг поражения локализуется в левом полушарии (у праворуких) в нижних отделах задне-центральной области с большим или меньшим вовлечением передних отделов теменной доли.

Акустико-гностическая (сенсорно-акустическая) сенсорная афазия характеризуется нарушениями экспрессивной и импрессивной речи. Спонтанная и диалоговая речь в зависимости от степени выраженности нарушается до степени «словесной крошки», представляющей собой набор нечленораздельных по звуковому составу слов, до относительно сохранной, но лексически обедненной речи. Нередко наблюдается логорея и склонность к речевой расторможенности. Экспрессивная речь без произносительных затруднений, интонационно выразительная и эмоциональная. Отмечаются изменения грамматической структуры речи, которая изобилует

глагольными формами, вводными словами, наречиями при относительной малой представленности существительных. Грубо нарушена отраженная речь — отмечаются повторения отдельных звуков, слов и предложений. Понимание ситуативной речи тотально нарушается лишь при грубой степени афазии. В большинстве случаев сохраняется возможность понимания отдельных слов и простых команд. Очаг поражения локализуется преимущественно в задне-верхних отделах 1-й височной извилины левого полушария («зона Вернике»).

Акустико-мнестическая (сенсорно-амнестическая) афазия проявляется нарушением номинации. Функция называния может нарушаться в большей или меньшей степени, причем отчетливой разницы в назывании предметов и действий нет. Трудности называния выражаются увеличением латентного периода припоминания, вербальными заменами, реже лите-ральными или отказом от ответов. Иногда называние заменяется описанием назначения предмета или ситуацией, в которой он встречается. Нередко конкретное название изображения предметов заменяется их обобщенным понятием. Наблюдаются затруднения в нахождении нужных слов или выражений. Произносительные нарушения речи не отмечаются. В классификации А.Р.Лурия выделены две формы афазии, связанные с поражением височно-теменной области левого полушария (у праворуких): амнестическая и семантическая. Если очаг поражения распространяется в каузальном направлении и захватывает теменно-затылочную область, то могут возникнуть специфические нарушения чтения и письма (оптическая алексия и аграфия).

Семантическая афазия в отличие от акустико-мнестической и амнестической афазии проявляется наличием избирательного грубого им-прессивного, реже — экспрессивного аграмматизма, проявляющиеся в нарушении понимания и оперирования сложными грамматическими категориями. Больные плохо понимают предлоги и наречия места, отражаю-

щие пространственные взаимоотношения между объектами, сравнительные и переходные конструкции, временные отношения, конструкции родительного падежа. При этом сохраняется способность читать и писать. Преимущественная локализация очагов поражения — область надкраевой извилины теменной доли левого полушария.

Нейропсихологическое исследование нарушений письма

Выраженность и специфичность нарушения письма оценивается, как правило, на основании следующих методик: списывание коротких фраз, письмо букв, слогов, слов и фраз под диктовку, запись автоматизированных энграмм (речевых стереотипов, к примеру, собственных имени, отчества, фамилии, адреса).

Аграфия проявляется нарушением способности писать правильно по смыслу и форме при сохранности двигательной функции руки.

Нейропсихологическое исследование нарушений чтения

Нарушения чтения исследуются с помощью методик: чтения идеограмм, букв в наборе, выполненном разными шрифтами, «зашумленных» букв, простых предложений и коротких рассказов.

Алексия представляет собой расстройство, при котором нарушается способность читать, обусловленное нарушением понимания текста. Выделяют:

Вербальную алексию, связанную с нарушением понимания смысла фраз и отдельных слов и литеральную алексию, обусловленную нарушением узнавания отдельных букв, цифр и других знаков.

Нейропсихологическое исследование нарушений счета

Для оценки нарушений счета испытуемому предлагается: прочесть, назвать и написать предложенные числа, произвести автоматизированные счетные операции (проверка знаний таблицы умножения), сложение и вы-

читание однозначных и двузначных чисел, письменный счет, решение простых задач.

Акалькулия — это нарушение способности производить арифметические действия, встречается при поражении теменной и затылочной долей доминантного полушария головного мозга. Она может быть связана с нарушением зрительного восприятия и воспроизведения близких по графической структуре цифр (при поражении затылочной области коры больших полушарий головного мозга) — оптическая акалькулия.

Нейропсихологическое исследование нарушений праксиса

Исследованию подвергается способность испытуемого манипулировать предметами, совершать движения. При оценке *идеаторного и идеомоторного праксиса* оценивается способность пациента манипулировать реальными предметами (причесаться, расстегнуть и застегнуть пуговицу, завязать шнурки), воображаемыми предметами (показать, как пилят дрова, чистят зубы, размешивают сахар в чашке), а также выполнять символические действия (прощаться, отдать воинское приветствие). *Конструктивный праксис* оценивается с помощью методики складывание из палочек по образцу, рисование по вербальному заданию, срисовывание объемных геометрических фигур. *Динамический праксис* изучается на основании таких проб как: проба «кулак-ладонь-ребро» (каждая последовательность должна воспроизводиться испытуемым 3 раза), проба заданной последовательности движений пальцев по проприоцептивному показу (при закрытых глазах), проба заданной последовательности движений пальцев (постукивание по столу) по зрительному эталону. *Оральный праксис* оценивается на основании выполнения простых движений губ и языка, а также с помощью символического орального праксиса (показать, как задувают горящую свечу).

Выделяют несколько нарушений целенаправленных действий (праксиса):

Акинетическая (психомоторная) апраксия обусловлена недостатком побуждения к движениям.

Амнестическая апраксия проявляется нарушениями произвольных движений при сохранении подражательных.

Идеаторная апраксия характеризуется невозможностью наметить план последовательных действий, составляющих сложный двигательный акт при сохранении возможности их случайного выполнения.

Конструктивная апраксия выражается невозможностью составления целого предмета из его частей.

Пространственная апраксия проявляется нарушением ориентировки в пространстве, прежде всего в направлении «правое-левое».

Нейропсихологическое исследование нарушений восприятия шумов, ритмов и мелодий

Для исследования нарушения восприятия используются методики на: узнавание знакомых шумов (шелеста бумаги, звона ключей), идентификации различных ритмов, воспроизведения предъявляемых на слух ритмических последовательностей, узнавания общепопулярных мелодий.

Слуховая агнозия — нарушение музыкальных способностей, имевшихся у пациента в прошлом — разделяется на *моторную амузию*, при которой в первую очередь нарушается возможность воспроизвести знакомые мелодии, и *сенсорную амузию*, характеризующуюся нарушением узнавания знакомых мелодий. Кроме этого, пациент при слуховой агнозии может не идентифицировать голоса животных и птиц, не различать разнообразные знакомые ему шумы.

Нейропсихологическое исследование нарушений схемы тела

Исследование проводят с помощью методики право-левой ориентировки, когда испытуемого просят показать собственную левую руку, правую руку экспериментатора, сидящего со скрещенными руками. Кроме то-

го, исследования включают *оценку пальцевого гнозиса* на основании правильности демонстрации испытуемым пальцев по подражанию, по вербальной инструкции, названия пальцев, воспроизведения позы пальцев по зрительному образцу.

К соматоагнозиям (нарушениям схемы тела) относятся расстройства узнавания частей собственного тела, оценки их состояния и расположения по отношению друг к другу. Выделяют: *анозогнозию гемиплегии, слепоты, глухоты, афазии, боли*.

При *аутоагнозии* происходит игнорирование половины тела или незнание его частей.

Нейропсихологическое исследование нарушений ориентировки в пространстве

Данный вид нарушений оценивается на основании ориентировки в реальном пространстве (узнавания своей палаты, места нахождения), пространственных отношений (предлагается нарисовать план своей комнаты с указанием расположения дверей, окон, мебели), частей света (по условной географической точке, поставленной экспериментатором на листе бумаги), узнавания времени на «слепом» циферблате, установка «стрелок» часов по вербальной инструкции.

Нейропсихологическое исследование стереогнозиса

Оценка производится с помощью методики узнавания реальных предметов с помощью осязания (при закрытых глазах).

При тактильной агнозии (астереогнозисе) утрачивается способность узнавать предъявляемые предметы на ощупь при отсутствии

отчетливых дефектов элементарных видов чувствительности (поверхностной и глубокой). Различают следующие расстройства:

Тактильная предметная агнозия, проявляющаяся нарушением узнавания на ощупь с закрытыми глазами величины и формы предмета и определении его функционального назначения.

Тактильная агнозия текстуры объекта характеризуется неспособностью определить путем ощупывания качество материала, характер поверхности предмета и его плотность.

Нейропсихологическое исследование нарушений зрительного гнозиса

При данной патологии используется оценка узнавания реальных предметов, изображений предметов, наложенных друг на друга изображений предметов, изображений предметов с «недостающими» признаками или на «зашумленных рисунках», а также идентификация и классификация цветов по оттенкам. *Лицевой гнозис* оценивается на основании узнавания испытуемым знакомых лиц, идентификации фотографий незнакомых лиц по заданному образцу или при кратковременном предъявлении.

Наиболее часто встречаются следующие виды нарушений зрительного узнавания:

Предметная агнозия, при которой затрудняется узнавание отдельных предметов и их изображений при сохранном периферическом зрении. При этом тактильное опознание предметов не нарушается. Данный вид нарушения можно выявить с помощью пробы Поппельрейтера, по пробам с «недостающими» и «зашумленными» фигурами на рисунке.

Ирозопагнозия — агнозия на лица, при которой пациент не способен узнать знакомых ему людей, определить индивидуальную принадлежность человека по изображению, не различить мужчину и женщину, особенности мимики, иногда нарушается способность узнавания собственного лица в зеркале.

Цветовая агнозия характеризуется нарушением классифицировать цвета, подбирать одинаковые цвета и оттенки.

Симультантная агнозия проявляется нарушениями возможности узнать и понять содержание сюжетных картинок при правильном опознании отдельных объектов и деталей картинки.

Тема 4. Оценка эффективности психокоррекционного и психотерапевтического воздействия

План

1. Шкалы оценки эффективности

Одной из важных методологических проблем клинической психологии является проблема оценки эффективности психокоррекционного и психотерапевтического воздействий. Для этих целей Б.Д. Карвасарским была предложена клиническая шкала, в которую предлагалось включить 4 критерия: 1) степени симптоматического улучшения; 2) степени осознания психологических механизмов болезни; 3) степени изменения нарушенных отношений личности и 4) степени улучшения социального функционирования (таблица 4).

Таблица 4

Клиническая шкала оценки эффективности психотерапии
(Б.Д. Карвасарского)

I. Критерий степени симптоматического улучшения.

а) симптоматика проявляется очень часто или характеризуется выраженной интенсивностью.

б) симптоматика проявляется довольно часто или характеризуется значительной интенсивностью.

в) симптоматика проявляется редко или характеризуется слабой интенсивностью.

г) симптоматика отсутствует.

II. Критерий степени осознания психологических механизмов болезни.

а) отсутствие понимания роли психогенных факторов в возникновении заболевания.

б) осознание взаимосвязи между симптомами болезни и неспецифическим нервно-психическим напряжением.

в) осознание взаимосвязи между симптомами болезни и конфликтной ситуацией, возникшей в связи с особенностями личности больного.

г) достижение понимания специфического содержательного или адаптивного характера симптомов, полного осознания роли собственных личностно-эмоциональных проблем в возникновении типичных для больного конфликтных ситуаций и понимания их генеза.

III. Критерий степени изменения нарушенных отношений личности.

а) отсутствие изменений.

б) изменение отношения к болезни и лечению.

в) изменение отношения больного лишь в сфере (сферах), относящихся к актуальной конфликтной ситуации, без глубокого изменения нарушенных отношений личности.

г) изменение отношений больного во всех значимых сферах личности со значительной их перестройкой.

IV. Критерий степени улучшения социального функционирования.

а) низкая степень удовлетворенности своим социальным функционированием.

б) умеренная степень удовлетворенности своим социальным функционированием.

в) значительная степень удовлетворенности своим социальным функционированием.

г) выраженная степень удовлетворенности своим социальным функционированием.

Наряду с клинической шкалой, для оценки эффективности психокоррекционных и психотерапевтических воздействий в клинической психологии используются показатели динамики психического состояния пациентов по данным различных психологических тестов. Чаше других для этих целей используются ММРІ, метод цветовых выборов Люшера.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

А.Айви, МАйви, Л. Саймек-Дайнинг. Консультирование и психотерапия, 1987.

В.М.Блейхер, Я.В.Крук, С.Н.Боков. Практическая патопсихология. Ростов-на-Дону, 1996, 448 с.

Л.И.Вассерман, С.А.Дорофеева, ЯА.Меерсон. Методы нейропсихологической диагностики. Санкт-Петербург, 1997, 304 с.

М.М.Кабанов, В.М.Смирнов, А.Е.Личко. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983, 310 с.

ВД.Менделевич. Психиатрическая пропедевтика. М., 1997,496 с.

Л.Н.Собчик. Методы психологической диагностики. (3 выпуска)., М., 1980.

Н.Пезешкиан. Психотерапия повседневной жизни. М., 1995, 336 с.

Тема 5. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ

План

1. Принципы разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов

2. Реакция-состояние-развитие

3. Болезнь-личность

4. Диагностические принципы-альтернативы

5. Феноменология клинических проявлений

Одной из наиболее значимых теоретических и практических проблем современной клинической психологии является диагностическая. Суть ее заключается в выработке объективных и достоверных критериев диагностики психических состояний человека и квалификации их как *психологических феноменов* или *психопатологических симптомов*. Проблема носит как объективный, так и субъективный характер. Объективность выражается в нежелании психиатров допускать до диагностического процесса психологов по причине «склонности психологов к психологизации процесса диагностики, т.е. объяснения механизмов проявления и появления феноменов с сугубо психологической позиции и недоучета биологических составляющих болезни». При всей кажущейся объективности выдвинутого тезиса фактически он субъективен. Поскольку диагностический процесс — это процесс различения нормы и патологии, симптома и признака. Для объективизации этого процесса не обойтись лишь медицинскими знаниями, нацеленными на патологию и не опирающимися на вариации нормы. Объективные же сложности диагностического процесса обусловлены, в первую очередь, методологическим аспектом.

В настоящее время выделяется несколько основополагающих принципов разграничения психологических феноменов и психопатологических феноменов, базирующихся на феноменологическом подходе к оценке нормы и патологии.

Принцип Курта Шнайдера гласит: «В связи с возможностью полного феноменологического сходства психической болезнью (психопатологическим симптомом) признается лишь то, что может быть таковой доказано».

Обратим внимание на казалось бы экзотическое для клинической психологии и психиатрии слово «доказано». О каких доказательствах может идти речь? Существует лишь один способ доказательства (не менее объективный, чем в других науках). Это доказательства с помощью *законов логики* — науки о законах правильного мышления, или науки о законах, которым подчиняется правильное мышление.

«Подобно тому, как этика указывает законы, которым должна подчиняться наша жизнь, чтобы быть добродетельной, и грамматика указывает правила, которым должна подчиняться речь, чтобы быть правильной, так логика указывает нам правила, законы или нормы, которым должно подчиняться наше мышление для того, чтобы быть истинным», — писал известный русский логик Г.И. Челпанов. По мнению английского философа Д.Милля, польза логики главным образом отрицательная — ее задача заключается, в том, чтобы предостеречь от возможных ошибок.

Если диагност пытается доказать наличие у человека бреда (т.е. ложных умозаключений), он должен иметь неложные, но верные и обладать способом их доказательств. Рассмотрим это положение следующем примере. Мужчина убежден в том, что жена ему изменяет, и свое убеждение «доказывает» следующим умозаключением: «Я убежден, что жена мне изменяет, потому что я застал ее в постели с другим мужчиной». Можем ли мы признать подобное доказательство истинным, а такого человека психически здоровым? В подавляющем большинстве случаев обыватель и почти каждый клиницист признают, что он здоров. Представим, что тот же мужчина приводил бы иные «доказательства», к примеру такие: «Я убежден, что жена мне изменяет, потому что она в последнее время стала использовать излишне яркую косметику» или «... потому что она уже месяц отказывается от интимной близости» или «... потому что она вставила новые зубы» и т.д. Какое из «доказательств» можно признать истинным? На основании здравого смысла подавляющее большинство людей укажет, что все

кроме последнего явно недоказательны. Но найдутся и те, которые с определенной долей вероятности могут согласиться, к примеру, со вторым «доказательством», признают менее вероятным (но все же вероятным) первое «доказательство».

Для того, чтобы разрешить эту типичную для диагностики задачу необходимо, наряду с *критерием доказанности* (достоверности), ввести еще один критерий из области логики — *критерий вероятности*. По определению вероятность, выражаемая единицей (1), есть достоверность. Для того, чтобы показать, каким образом определяется степень вероятности наступления какого-либо события, возьмем широко известный пример. Предположим, перед нами находится ящик с белыми и черными шарами, и мы опускаем руку, чтобы вынуть оттуда какой-нибудь шар. Спрашивается, какова степень вероятности того, что мы вынем белый шар. Для того, чтобы определить это, мы сосчитаем число шаров белых и черных. Предположим, что число белых равняется 3, а число черных — 1; тогда вероятность, что мы вынем белый шар, будет равняться $3/4$, т.е. из 4 случаев мы имеем право рассчитывать на три благоприятных и один неблагоприятный. Вероятность, с какой вынется черный шар, будет выражаться $1/4$, т.е. из четырех случаев можно рассчитывать только на один благоприятный. Если в ящике находится четыре белых шара, то вероятность, что будет вынут белый шар, будет выражаться числом $4/4=1$.

Для анализа случая с идеями ревности, приведенного выше, необходимо знание и такого логического феномена как аналогия. *Аналогией* называется умозаключение, в котором от сходства двух вещей в известном числе свойств мы заключаем к сходству и других свойств (Г.И.Челпанов).

Например, следующее умозаключение может быть названо умозаключением по аналогии: «Марс похож на Землю в части своих свойств — Марс обладает атмосферой с облаками и туманами, сходными с земными, Марс имеет моря, отличающиеся от суши зеленоватым цветом и полярные стра-

ны, покрытые снегом — отсюда можно сделать заключение, что Марс похож на Землю и в других свойствах, например, что он подобно Земле обитаем».

Основываясь на законах логики, понятиях вероятности, достоверности и феномене умозаключения по аналогии, можно проанализировать диагностический случай с мужчиной, утверждающим, что жена ему неверна. Таким образом, для научного анализа существенным будет не нелепость «доказательства» (к примеру, «изменяет, потому что вставила новые зубы»), а распределение этим человеком спектра вероятности правильности его умозаключения о неверности жены на основании того или иного факта. Естественно, что объективно подсчитать вероятность того, что новые зубы указывают на то, что жена изменяет невозможно, однако в силу микросоциальных традиций, культуральных особенностей и других параметров, можно говорить о том, что это маловероятно. Если же обследуемый надеется подобный факт качествами достоверности, то можно предполагать, что его мышление действует уже не по законам логики и на этом основании предположить наличие психопатологического синдрома — бреда.

То же самое можно предположить, если в качестве доказательства собственной правоты он приводил бы чей-либо конкретный пример. Поскольку известно, что заключение по аналогии не может дать ничего, кроме вероятности. При этом степень вероятности умозаключения по аналогии зависит от трех обстоятельств: 1) количества усматриваемых сходств; 2) количества известных несходств между ними и 3) объема знания о сравниваемых вещах.

Доказательство наличия психического расстройства согласно принципу Курта Шнайдера базируется на «двух логиках»: оценке логики поведения и объяснения этого поведения испытуемым и логике доказательства. В доказательстве обычно различают тезис, аргумент и форму доказательства. В области клинической психиатрии это выглядит так: тезис — обследуе-

мый психически болен, аргумент (аргументы) — к примеру, «его мышление алогично, имеется бред», форма доказательства — доказывається, почему его мышление диагност считает алогичным, на основании каких критериев высказывания мы можем расценивать как бредовые и т.д.

Еще одним принципом, которому следует научная диагностическая доктрина, является **принцип «презумпции психической нормальности»**. Суть его заключается в том, что никто не может быть признанным психически больным до того, как поставлен диагноз заболевания или никто не обязан доказывать отсутствие у себя психического заболевания. В соответствии с этим принципом человек изначально для всех является психически здоровым, пока не доказано противное, и никто не вправе требовать от него подтверждения этого очевидного факта.

Основными принципами Диагностики, претендующей на научность своих взглядов, на сегодняшний день можно считать феноменологические **принципы**. В сфере диагностики психических расстройств феноменологический переворот совершил в начале XX века известный немецкий психиатр и психолог Карл Ясперс. Базируясь на философской концепции феноменологической философии и психологии Гуссерля, он предложил принципиально новый подход к анализу психиатрических симптомов и синдромов.

В основе феноменологического подхода в психиатрии и клинической психологии лежит понятие **«феномена»**. *Феноменом* можно обозначать любое индивидуальное целостное психическое переживание. Субъект-объектное противостояние, по мнению А.А. Ткаченко, К.Ясперс считал первичным и «никогда не устранимым» феноменом, в связи с чем он противопоставлял сознание окружающего, предметное сознание сознанию своего Я, самосознанию. В соответствии с таким подразделением становилось возможным описывать сначала саму по себе аномальную реальность, а затем переходить к формам изменения самосознания. Неразделенность

этих составляющих в переживании была обозначена К.Ясперсом как совокупность отношений, расчленение которой оправдано только необходимостью соответствующих описаний. Эта совокупность отношений основывается на характере переживания пространства и времени, своего телесного осознания, сознания реальности. Для К.Ясперса феноменология являлась эмпирическим актом, образующимся благодаря сообщениям больных.

Именно поэтому он так высоко ценил подробные истории болезни — их расширение, особенно в сравнении с временами Пинеля, когда история болезни могла занимать объем не более страницы, что позволяло бы глубже проникнуть во внутренний мир больного. Это стало закономерным следствием предпочтения индивидуальному методу с его выделением общего за счет индивидуального и специфического метода феноменологического, сохраняющего в своих понятиях структуру реального многообразия признаков (Ю.С.Савенко), В основных чертах этот метод явился следованием дескриптивному методу Гуссерля. Было очевидно, что подобный психологический метод явно отличается от естественнонаучных описаний, поскольку предмет в данном случае не предстает сам по себе перед нашим взором чувственна, опыт является лишь представлением. В предлагаемом К. Ясперсом методе описание требовало, кроме систематических категорий, удачных формулировок и контрастирующих сравнений, выявление родства феноменов, их порядка следования или их появления на непроходимых расстояниях, и имело своей задачей наглядно представлять психические состояния, переживаемые больными, рассматривать их родственные соотношения, как можно более строго ограничивать их, различать и определять их во времени. Поскольку мы никогда не в состоянии непосредственно воспринимать чужое психическое таким же образом, как и физическое, речь могла идти, по мнению К.Ясперса, лишь о представлении, вчувствовании, понимании, достижимых посредством перечисления ряда внешних признаков психического состояния и условий, при которых оно возникает, чувственного наглядного сравнения и символизации, по-

средством разновидности суггестивного изображения. Именно поэтому К.Ясперс отводил такую роль самоописаниям больных, а также развернутым историям болезни, где необходимо давать отчет о каждом психическом феномене, о каждом переживании, не ограничиваясь общим впечатлением и отдельными, специально выбранными деталями.

Феноменологический подход в диагностике, в отличие от ортодоксального и некоторых иных (к примеру, психоаналитического), использует *принципы понимающей, а не объясняющей психологии*. Переживание человека рассматривается многомерно, а не толкуется (как это принято в ортодоксальной психиатрии) однозначно. За одним и тем же переживанием может скрываться как психологически понятный феномен-признак, так и психопатологический симптом. Для феноменологически ориентированного диагноста не существует однозначно патологических психических переживаний. Каждое из них может относиться как к нормальным, так и к аномальным. Если в рамках ортодоксальной психиатрии вопрос нормы-патологии трактуется произвольно на базе соотнесения собственного понимания истоков поведения человека с нормами общества, в котором тот проживает, то в при использовании феноменологического подхода существенное значение для диагностики имеет субъективные переживания и их трактовки самим человеком (то, что представители первого направления обозначили бы «психологи-заторством»). Диагност же следит лишь за логичностью этих объяснений, а не трактует их самостоятельно в зависимости от собственных пристрастий, симпатий или антипатий и даже идеологических приоритетов.

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

1. Рассмотрение самого себя как тонкого инструмента, органа постижения истины и длительное пестование для этой цели. Убеждение в необходимости для этого чистой души.

2. Особая установка сознания и всего существа: благоговейное отношение к Истине и Природе, трепетное — к предмету постижения: понять его в его самоданности, каков он есть.

3. Боязнь не то, что навязать, даже привнести что-то инородное от себя, замутить предмет изображения, исказить его. Отсюда задача: не доказывать свое, не вытянуть, не навязать, не выстроить, а — забыв себя, отрешившись от всех пристрастий — войти в предмет изображения, раствориться в нем и уподобиться ему, и, таким образом, не построить, а обнаружить, т.е. адекватно понять, постичь. Этому служит процедура феноменологической редукции или «эпохе» (греч. воздержание от суждения), представляющая последовательное, слой за слоем, «заклучение в скобки», т.е. «очищение» от всех теорий и гипотез, от всех пристрастий и предубеждений, от всех данных науки, «сколь бы очевидными они ни были». Временная «приостановка веры в существование» всех этих содержаний, отключение от них высвобождает феномены из контекста нашей онаученной картины мира, а затем и повседневного образа жизни, «сохраняя при этом их содержание в возможно большей полноте и чистоте». Эта процедура включается по мере необходимости на любой ступени феноменологического исследования. На начальном этапе она возвращает нас в «жизненный мир», т.е. к универсальному горизонту, охватывающему мир повседневного опыта, освобожденному от всевозможных научных и квазинаучных представлений, заслонивших первозданную природу вещей.

4. «Феноменология начинается в молчании», внутренней тишине, забвении всего не относящегося к данному акту постижения, отключении от круговерти собственных забот. Любая собственная активность — помеха. Вплоть до ведения самой беседы в лучшем случае первой встречи с психи-

чески больным. Нередко продуктивнее «смотреть и слушать со стороны» беседу коллеги с больным.

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

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

7. И, наконец, описание, по словам Гуссерля, «лишь тот, кто испытал подлинное изумление и беспомощность перед лицом феноменов, пытаясь найти слова для их описания, знает, что действительно значит феноменологическое видение. Поспешное описание до надежного усмотрения описываемого предмета можно назвать одной из главных опасностей феноменологии». В связи частой уникальностью описываемого используется описание через отрицание, описание через сравнение (метафоры, аналогии), описание через цитирование и передачу целостных картин поведения. Необходимо взыскательное, отношение к лексическому выбору и терминологии, внимание к оттенкам не только смыслового поля, но и этимологических истоков, к звуковому и зрительному гештальту слов.

8. Истолкование скрытых смыслов, герменевтика — позднейшее дополнение феноменологического метода — фактически представляет само-

стоятельный метод следующей ступени, выходящий за пределы феноменологии в собственном смысле слова.

Для приближения теории феноменологической психологии к повседневной практике выделим и прокомментируем четыре основных ее принципа.

Принцип понимания, как уже упоминалось выше, используется как противопоставление принципу объяснения, широко представленному в ортодоксальной психиатрии и основанному на критерии понятности или непонятности для нас (сторонних наблюдателей) поведения человека, его способности поступать правильно и исключать нелепые высказывания и действия. В рамках феноменологического подхода критерий понятности переходит в русло понимания и согласия диагноста с логичной трактовкой собственных переживаний и реакций на них. Продолжим начатый выше анализ случая с идеями ревности. Если для ортодоксального психиатра базой для диагностики бреда ревности будет выступать «нелепый характер высказываний и умозаключений больного» («жена изменяет, потому что вставила новые зубы»), то для феноменологически ориентированного диагноста существенным, наряду с другими параметрами, будет анализ понимания человеком сути измены («что вкладывать в понятие измены»). Ведь под этим термином может скрываться целый спектр толкований: измена — это интимная близость, это — флирт, это — нахождение с другим человеком наедине, это — поцелуй, это — любовное чувство и т.д. Следовательно без оценки субъективного смысла «измены» невозможно говорить о генезе «ложной» убежденности, характерной для бреда. Без понимания субъективности переживания человека нельзя сделать вывод об их обоснованности и логичности.

Обратимся к убедительным размышлениям по конкретному случаю одного из основоположников феноменологического подхода Людвиг Бинсвангера. Он писал: «Если вы спросите больного, слышит ли он голоса,

а он вам заявит, на это, что голосов он не слышит, но «по ночам открыты залы обращений», которые он «охотно бы позволил», то вы можете обратить внимание на точный текст этого предложения и высказать свое суждение об этом, т.е. что речь идет о причудливой или странной манере говорить, и вы можете даже положить это суждение в основу вывода о том, что больной страдает шизофренией». Это, по мнению Л.Бинсвангера, не отражает феноменологического подхода. Ведь «всякое феноменологическое рассмотрение психопатологического явления вместо того, чтобы заниматься разделением психопатологических функций по видам и родам, прежде всего должно быть направлено на существо личности больного, которое представляется нам в его мировоззрении. Конечно, мы можем представить себе весьма наглядно также и отдельные феномены, как, например, переживание «зала обращений» — сначала чувственно-конкретно, затем также более или менее категориально-абстрактным образом, но личность, которая имеет это переживание, всегда сопридана как конкретному феномену, так и абстрактному содержанию существа его, и «между» феноменом и личностью можно наблюдать точно фиксируемые всеобщие сущностные взаимосвязи».

Принцип понимания позволяет нам отделить психологические феномены от психопатологических симптомов, а в некоторых случаях и постараться их противопоставить чисто лингвистически. Один и тот же феномен после акта понимания, вчувствования может быть нами назван либо аутизмом, либо интраверсией, резонерством или демагогией, амбивалентностью или нерешительностью и т.д.

Следующим феноменологическим принципом является принцип «эпохе», или **принцип** воздержания от суждения. В диагностическом плане его можно было бы модифицировать в *принцип воздержания от преждевременного суждения*. Его суть заключается в том, что в период феноменологического исследования необходимо отвлечься, абстрагироваться от симп-

томатического мышления, не пытаться укладывать наблюдаемые феномены в рамки нозологии, а пытаться лишь вчувствоваться. Следует указать, что вчувствование не означает полного принятия переживаний человека и исключение анализа его состояния. В своем крайнем выражении вчувствование может обернуться субъективностью и также, как в ортодоксальной психиатрии привести к неправильным выводам. Примером подобной крайности может служить высказывание Рюмке о «чувстве шизофрении», на основании которого рекомендуется постановка этого диагноза.

Два следующих принципа феноменологического подхода к диагностике могут быть обозначены как **принцип беспристрастности и точности описания**, а также **принцип контекстуальности**. *Принцип беспристрастности* и точности описания клинического феномена заключается в требовании исключить любые личностные (присущие диагносту) субъективные отношения, направленные на высказывания обследуемого, избежать субъективной их переработки на основании собственного жизненного опыта, морально-нравственных установок и прочих оценочных категорий. *Точность описания* требует тщательности в подборе слов и терминов для описания состояния наблюдаемого человека. Особенно важным в описании становится *контекстуальность* наблюдаемого феномена, т.е. его описание в контексте времени и пространства — создание своеобразных «фигуры и фона». *Принцип контекстуальности* подразумевает, что феномен не существует изолированно, а является частью общего восприятия и понимания человеком окружающего мира и самого себя. В этом отношении контекстуальность позволяет определить место и меру осознания проводимого человеком феномена. Психиатрические истории болезни изобилуют выражениями типа: «у больного печальное, скорбное выражение лица», «пациент ведет себя неадекватно, груб с медицинским персоналом, гневлив», «больной переоценивает свои способности». Они приводятся врачом зачастую в качестве «доказательства» наличия психопатологической симп-

томатики, дезадаптивных, болезненных проявлений. Однако, эти обоснования теряют вес в связи с тем, что приводятся изолированно вне контекста ситуации, вызвавшей психические феномены. Печальное, скорбное выражение лица в палате психиатрической лечебницы — имеет особый оттенок и может быть расценено как нормальная реакция человека на госпитализацию, а печальное, скорбное выражение лица при встрече после разлуки с любимым человеком несет иную смысловую нагрузку. Грубость человека при любезном с ним обращении по крайней мере неадекватно, а грубость пациента, насильственно помещаемого санитарями в психиатрический стационар может быть вполне адекватной. Анализ переоценки испытуемым собственных способностей нуждается в экспериментальном и документальном подтверждении, в противном случае возникает законный вопрос: «А судьи кто?» Нередки в традиционных историях болезни и преувеличения, которые могут приводить к недоразумениям при их интерпретации. К примеру, высказывание: «Больной Ч. постоянно где бы ни находился терзает свои половые органы» вызывает сомнение в истинности и точности наблюдения. Налицо неудачный художественно-литературный прием, который может привести к неправильному диагностическому анализу психического состояния пациента. В этом отношении показательным является пример, приводившийся психиатром Рюмке, с таким психологическим феноменом как плач. Охарактеризовать и описать его как будто бы не сложно, но без реального контекста описание теряет смысл. Можно описать плач как раздражение слезных желез, как признак слабости («ты слишком большой, чтобы плакать»), как реакцию на несчастье или на счастливое событие («слезы радости»). И каждый раз эффект-понимание может оказаться разным. В феноменологии должен существовать не плач сам по себе, а «плач, потому что...».

Показателен пример с традиционным для психиатрии доказательством отсутствия астенического синдрома. Как правило, психиатр-диагност про-

тивопоставляет «ипохондрическим» жалобам пациента на быструю утомляемость такое обоснование, как «астении нет, поскольку тот два часа беседовал, врач уже утомился, а он свеж и бодр и мог бы проговорить еще столько же времени». С точки зрения феноменологического подхода упускается из виду масса параметров, которые могли бы быть существенными для иного понимания этого феномена. Например, больной мог быть заинтересован в разговоре, слушателе, т.е. астеническая утомляемость блокировалась подкрепленной положительными эмоциями мотивацией. Существенна также историческо-культуральная контекстуальность. Диагностическая оценка убежденности в факте энергетического вампиризма, экстра-сенсорного воздействия невозможна без культурологического контекста. Вне его она теряет смысл.

Диагностические принципы-альтернативы

Вследствие естественных трудностей, стоящих на пути диагностического процесса разработан набор принципов-альтернатив. В его основании заложены принципы феноменологического подхода в психологии и психиатрии — *каждое целостное индивидуальное психическое переживание человека (феномен) должно рассматриваться как многозначное, позволяющее понимать и объяснять его как в категориях психопатологических, так и психологических*. Практически не существует психических переживаний человека, которые могут быть однозначно и априорно причислены к рангу симптомов, также как и признанными абсолютно адекватными.

Можно выделить несколько подобных принципов-альтернатив: *болезнь-личность, нозос-патос, реакция-состояние-развитие, психотическое-непсихотическое, экзогенное-эндогенное-психогенное, де-факт-выздоровление-хронификация, адаптация-дезадаптация, негативное-позитивное, компенсация-декомпенсация, фаза-приступ-эпизод, ремиссия-рецидив-интермиссия, тотальность-парциальность, типичность-*

атипичность, патогенное-патопластическое, симуляция-диссимуляция-агравация.

Перечисленные принципы-альтернативы способствуют обоснованию многомерного подхода к оценке психического состояния человека взамен примитивной одномерной оценке в координатах больной-здоровый (нормальный-ненормальный). К примеру, пациент, перенесший приступ шизофрении, в одномерной системе координат должен быть признан либо больным либо здоровым. Но на практике сам вопрос не может быть поставлен столь однозначно. В многомерной системе координат оценка состояния пациента, перенесшего шизофренический приступ, будет складываться из иных категорий. Состояние «отсутствия активных симптомов шизофрении» может быть обозначено как одна из альтернативных характеристик «дефект-выздоровление-хронификация», «ремиссия-рецидив-интермиссия», «адаптация-дезадаптация», «компенсация-декомпенсация» и «позитивное-негативное».

Можно ли назвать дефект здоровьем, или его вернее отнести к болезненным проявлениям? Для диагноста так вопрос не формулируется, поскольку он не может иметь однозначного ответа. Дефект и есть дефект. Также как и впрочем иные вышеперечисленные параметры, например, негативная симптоматика.

Далее будут приведены наиболее известные диагностические принципы-альтернативы и проанализированы клинические параметры, позволяющие производить выбор одного из альтернативных критериев оценки психической деятельности.

Болезнь-личность

Принцип «болезнь-личность» является основополагающим в диагностическом феноменологически ориентированном процессе. Он предопределяет подход к любому психологическому феномену с двух альтернатив-

ных сторон: либо наблюдаемый феномен является психопатологическим симптомом (признаком психической болезни), либо он является признаком личностных особенностей, например, мировоззрения человека, традиционного для его этноса, культурной или религиозной группы стереотипа поведения.

Особенно ярко альтернатива «болезнь-личность» может быть продемонстрирована на примере такого феномена как убежденность в чем-либо, которую можно представить в виде альтернативы бред-мировоззрение, бред-суеверие. Как известно, бред — это ложное умозаключение не поддающееся коррекции и возникающее на болезненной основе. Однако, столь распространенное определение бреда наталкивается на серьезные сложности при проведении дифференциации между бредом и иными идеями, суждениями, умозаключениями, не поддающимися коррекции. Например, религиозная идея в представлении атеиста может быть признана ложной и не поддающейся коррекции, т.е. атеисту не разубедить верующего. Следует ли из этого факта, что вера — это бред? Критерий болезненной основы в данном случае ничего не дает для дифференциации, поскольку непонятно как определить болезненную основу, если еще не произведен диагностический поиск, не выяснено имеются ли симптомы болезни. С другой стороны, близким по значению к вышеприведенному определению следует признать дефиницию мировоззрения. *Мировоззрение* — система принципов, взглядов, ценностей, идеалов и убеждений, определяющих направление деятельности и отношение к деятельности отдельного человека, социальной группы или общества в целом. Где же граница между религиозным убеждением как мировоззренческой системой и бредовыми идеями?

Современная психиатрия, пытаясь обойти подобный риф на пути диагностики, ввела новое определение бреда. *Бред* — это ложная, непоколебимая уверенность в чем-либо, несмотря на несомненные и очевидные до-

казательства и свидетельства противного, если эта уверенность не присуща другим членам данной культуры или субкультуры. Наиболее существенным в данном определении является не традиционная оценка бреда как ложного умозаключения, а указание на значимость этнокультурального анализа. Следовательно, болезненной подобная уверенность будет оценивать только в случае неопровержимых доказательств обратного (что практически сделать невозможно — какие факты, к примеру, необходимы для убеждения человека с идеями ревности? Свидетельства очевидцев? Чисто-сердечное признание? Но ведь само понятие «измена» многозначно), либо тогда, когда для микросоциальной среды, выходцем из которой является обследуемый, подобное убеждение чуждо.

Особенно сложным является дифференциация в рамках альтернативы «*бред-суеверие*». Основным опорным пунктом в данном случае также должен стать этнокультуральный подход. Если конкретное суеверие типично для данного микросоциума, то убежденность не может явиться основой для диагностики психопатологического симптома. Необходимо будет искать иные психические феномены и доказывать их психопатологический характер. Т.е. для того, чтобы с высокой вероятностью отнести убежденность в чем-либо к бредовым идеям необходимо оценить ее (убежденность) как уникальное и субъективное явление, не находящее аналогов в субкультуре анализируемого человека. К примеру, убежденность человека в том, что его плохое самочувствие связано с «наведением порчи» чаще трактуется в нашей культуральной среде на настоящем историческом этапе как суеверие, а не как симптом, поскольку убеждение в возможность «наводить порчу, сглаз» является достаточно типичной мировоззренческой установкой. В то же время убежденность человека в том, что сходное плохое самочувствие и даже болезнь обусловлены тем, что на улице мимо него проехали три машины красного цвета невозможно обосновать традици-

онными верованиями и вследствие этого высоко вероятной является оценка их с психопатологических позиций.

Несколько десятилетий назад убежденность человека в том, что он находится под воздействием «энергетических вампиров» была бы истолкована психиатрами как бредовая, сегодня — она чаще всего трактуется как мировоззренческая установка. К явлениям того же ряда можно отнести идеи контактов с иноземными цивилизациями, зомбирование и пр. Сложным остается и дифференциация символизма как способа творческого мышления и символизма как симптома.

Наиболее трудным для диагностической оценки выступает ассоциативный процесс, в частности убежденность больной в воздействии не нее экстрасенсорным способом (по клиническим параметрам сходная с синдромом Кандинского-Клерамбо). Однако, этот критерий на настоящем этапе развития общества не может считаться убедительным для диагностического процесса в психиатрии. Социологические исследования указывают, что 42% населения «верят в возможность передавать и принимать мысли на расстоянии»).

Как показывают экспериментально-психологические исследования, с одной стороны, нет оснований говорить о шизофренических нарушениях мышления больной, с другой, не отмечается выраженных ассоциативных расстройств органического типа. Неадекватность оценки происходящего затрагивает лишь узкую субъективно-значимую (в большей степени мировоззренческую) сторону жизни больной — представления о возможности излечения болезней на расстоянии с помощью экстрасенсорного воздействия. Рассмотрение приведенного случая с традиционных для психиатрии клинических позиций наталкивается на ряд непреодолимых преград, не позволяющих достоверно квалифицировать синдромологию наблюдаемой картины.

Анализ клинической картины позволяет предполагать, что случай с пациенткой Г. отражает редкое (но возможно имеющее большие перспективы к распространению) психическое состояние, генез которого, возможно, кроется в психотерапевтическом воздействии мистической информации при экспансии мифологического мышления в обществе.

Нозос-патос

Принцип-альтернатива «нозос-патос» позволяет трактовать любой психологический феномен в системе координат, использующей понятия болезни (нозос) и патологии (патос). Под первым в психиатрии подразумевают болезненный процесс, динамическое, текущее образование; под вторым — патологическое состояние, стойкие изменения, результат патологических процессов или пороков, отклонение развития.

Наблюдаемый диагнозом психологический феномен в соответствии с этим принципом должен трактоваться либо как имеющий нозологическую специфичность, имеющую болезненный механизм возникновения и развития, обладающий тенденцией к изменениям, прогрессивности, эволюции или регрессу; либо как патологическое образование, не склонное к каким-то существенным трансформациям, не имеющее этиологических факторов и патогенетических механизмов в медицинском смысле этих терминов, а также обладающее свойствами устойчивости, резистентности, стабильности.

Нозос и патос являются крайними (патологическими) вариантами различных по своей сути процессов или спектров. Так, нозос располагается в спектре здоровье-болезнь, а патос в спектре норма-патология. При этом в рамках каждого из них разнятся составные части спектра (рисунок 4).

Рисунок 4

***Здоровье => Предболезнь => Психическое заболевание => Психоз
непсихотического уровня***

Норма

Предпатология

Патология

Приведенные спектры отличаются друг от друга как отдельными этапами, так и характером взаимоотношений между ними. По мнению Ю.С.Савенко, спектр норма-патология носит характер континуума, наблюдаются плавные переходы от одного состояния к другому. В то время, как спектр здоровье-болезнь не является континуумом и можно отметить ступенчатость переходов. Вследствие этого, с позиции феноменологического подхода, переход между непсихотическим и психотическим этапами носит качественный (скачкообразный) характер, вследствие чего «вчувствоваться в психоз» невозможно.

Два приведенных спектра отражают современные представления о характере взаимосвязи нормы и здоровья. Понятие здоровой деятельности, здорового самочувствия, здорового поведения значительно шире, богаче и разнообразнее, чем понятие нормального. *Здоровье* определяется как состояние полного физического, умственного и социального благополучия и основывается на субъективном ощущении здоровья. Вследствие чего его диапазон расширяется. *Норма* же в медицине определяется как оптимум функционирования и развития организма и личности, оценка которого требует объективного (насколько это возможно) и сравнительного подхода. По данным некоторых исследователей-психиатров, норма составляет лишь одну треть здоровья. Условно это соотношение можно определить так: человек признается здоровым, но «ненормальным», т.е. субъективно он не испытывает никаких болезненных проявлений, отмечает комфортность собственного самочувствия (полное благополучие), но при этом объективно отмечается отклонение от оптимума функционирования. В соматической медицине проблема болезнь-патология не стоит столь остро как в

клинической психологии и психиатрии, где оценка состояния пациента имеет социально значимое звучание.

К *нозосу* относят болезненные процессы и состояния, такие как шизофрения, биполярное аффективное расстройство (устар. — маниакально-депрессивный психоз), инволюционные, сосудистые, инфекционные и иные психозы; к *патосу* — в первую очередь, расстройства личности (устар. — психопатия), дефектные состояния, аномалии развития.

Реакция-состояние-развитие

Альтернатива «реакция-состояние-развитие» является одной из важных при феноменологическом анализе психологического состояния обследуемого. Она позволяет ввести в этот анализ параметры стимула и реакции, внешнего и внутреннего. При этом оценка психологического феномена строится на основании оценки конгруэнтности или неконгруэнтности приведенных параметров. Этот принцип-альтернатива, также как другие, позволяют использовать многомерный подход, что позволяет корректно подойти к ответу на многие диагностические вопросы. К примеру, как можно оценить в традиционных общемедицинских категориях болезни-здоровья следующее наблюдение: у ребенка на фоне повышенной температуры, вызванной инфекционным заболеванием, возник впервые в жизни развернутый судорожный припадок, который впоследствии в течение полугода не повторялся. Позволительно ли назвать состояние ребенка болезненным, диагностировать эпилепсию и ответить на вопрос здоров он или болен, нуждается в назначении антиконвульсантов или не нуждается?

Подобная постановка вопроса при феноменологическом подходе не корректна. Поскольку она носит характер контрастности, одномерности. Для правильного ответа на подобный вопрос необходим анализ в рамках принципа «реакция-состояние-развитие».

Психической *реакцией* в клинической психологии называется кратковременный (не дольше 6 месяцев) ответ на какую-либо ситуацию или внешнее воздействие. Психическим *состоянием* обозначается стойкий психопатологический синдром без склонности к развитию или регрессу (длительностью более 6 месяцев). Под психическим *развитием* понимается патологический процесс с внутренними закономерностями симптомообразования.

В такой системе координат оценка психического здоровья ребенка, перенесшего судорожный приступ (из приведенного выше примера), может быть основана на том, что судорожный припадок был единственным, причинно связанным с экзогенным (внешним) воздействием гипертермией и следовательно должен трактоваться как эпилептическая реакция. Следует иметь в виду, что сборное понятие «эпилепсия» в контексте принципа альтернативы «реакция-состояние-развитие» феноменологически может быть представлено эпилептической реакцией, эпилептическим состоянием (болезнью) и эпилептическим развитием (изменениями личности или иными психическими расстройствами). Подобная трактовка распространяется на целый ряд психопатологических нарушений: реакцией, состоянием или развитием могут быть невротические симптомы (невротическая ситуационная реакция, невроз, невротическое развитие личности), шизофрения, особенно в западной психиатрической традиции (шизофреническая реакция, шизофренический психоз).

Психотическое-непсихотическое

Данное альтернативное разделение является традиционным для психиатрии и считается одним из основополагающих принципов, имеющих значение как для теории, так и для практики. Оно определяет тактику и стратегию психиатрического действия, диктует выбор методов терапевтического воздействия, обосновывает применение тех или иных профилактических и реабилитационных мероприятий.

Принцип «психотическое-непсихотическое» оценивает такой психический параметр как уровень психических расстройств, своеобразную глубину и выраженность психопатологической картины заболевания. В соматической медицине подобный критерий отсутствует, поскольку отсутствует необходимость оценки социально значимых сторон деятельности человека. Присутствует лишь параметр тяжести болезни, вероятности летального исхода или хронификации и инвалидизации. В психиатрии тяжесть расстройств может быть проанализирована двояко. С одной стороны, ее можно оценить с позиции представления о психическом здоровье — состоянии полного физического и душевного комфорта и благополучия, и тогда тяжесть расстройства будет определяться субъективно. С другой стороны, ее можно определять с позиции представления о социально вредном воздействии, к которому может привести психическое заболевание (в крайнем выражении — угроза жизни окружающих и себе), что предопределяет сугубо «объективный» подход.

Реальная клиническая практика основывается на второй платформе. Вследствие этого психотический уровень расстройства психической деятельности во всех случаях оценивается как состояние более «тяжелое», чем непсихотический.

Психоз, по определению фон Фейхтершдебена, это психическое состояние, характеризующееся тяжелым нарушением психических функций, контакта с реальной действительностью, дезорганизацией деятельности обычно до асоциального поведения и грубым нарушением критики.

Под *непсихотическим* уровнем понимаются симптомы и синдромы, сопровождающиеся критикой, адекватной оценкой окружающей действительности, когда больной не смешивает собственные болезненные субъективные ощущения и фантазии с объективной реальностью, а поведение находится в рамках социально принятых норм.

Исходя из дефиниций уровней психических расстройств, к психотическому уровню причисляются такие симптомы и синдромы, как галлюцинации, бредовые идеи, расстройства сознания, мен-тизм, шперрунг, разорванность и бессвязность мышления, амбивалентность, аутизм и другие. К непсихотическому — астенический, фобический синдромы, расстройства внимания и пр. Однако, и при оценке уровня психического расстройства также, как и в других случаях необходим феноменологический подход, учитывающий принципы «понимания», «эпохе», «контекстуальности», поскольку подавляющее большинство психопатологических симптомов могут трактоваться альтернативно и при определенных условиях могут быть отнесены либо к психотическому, либо к непсихотическому уровню. Даже казалось бы однозначно психотический галлюцинаторный синдром может расцениваться как непсихотический, если будут отсутствовать критерии психотического — некритичность, грубая дезорганизация деятельности и контакта с реальной действительности. В этом отношении показателен пример расстройств восприятия, сходных по клиническим проявлениям, но различающихся параметром критики. Депрессивный синдром, оценивается как психотический, как правило, на основании присоединения к нему кататимных бредовых идей (самообвинения, самоуничужения) и не поддающихся коррекции суицидальных намерений.

Особые сложности возникают при анализе уровня негативных психических расстройств (аутизма, абулии, деменции, изменениях личности и некоторых иных). Связано это, с одной стороны, с малой теоретической разработанностью характера самосознания и полноты критичной оценки при них, с другой, их негативными психопатологическими свойствами. В связи с этими непреодолимыми на настоящем этапе развития психиатрии препятствиями, нами было предложено, наряду с психотическим и непсихотическим уровнями психических расстройств, выделить третий уровень, условно обозначенный дефицитарным (В.Д.Менделевич). По нашему мне-

нию, в него следует включать многие негативные психические расстройства.

Экзогенное-эндогенное-психогенное

Принцип-альтернатива «экзогенное-эндогенное-психогенное» относится, в первую очередь, к психопатологическим феноменам, поскольку он отражает тип психического реагирования на уровне патологии и не может использоваться при анализе психологических феноменов.

Разработка этого принципа основана на постулате психиатрии о том, что для определенной группы психических расстройств существуют выявленные и верифицированные этиопатогенетические механизмы. На основании исследований Бонгхоффера, Мейера и Мебиуса, проведенных в конце прошлого века, было определено, что некоторые симптомы и синдромы могут возникать преимущественно одним из трех вышеуказанных этиопатогенетических путей — экзогенным, эндогенным или психогенным.

Экзогенный тип психического реагирования представляет собой психические реакции, состояния и развития, возникающие вследствие органических поражений головного мозга. Под органическими причинами в психиатрии принято понимать любые нефункциональные (непсихогенные) причины, непосредственно воздействующие на головной мозг человека. К ним относятся черепно-мозговые травмы, сосудистые и инфекционные заболевания головного мозга, опухоли, а также интоксикации.

К *психогенному типу психического реагирования* относят психические реакции, состояния и развития, причины которых кроются в психотравмирующем влиянии жизненных событий. Любое событие, конфликт, фрустрация или житейская ситуация могут вызывать расстройство, относимое к психогенному типу.

Под *эндогенным типом психического реагирования* подразумевают психические реакции, состояния и развития, вызванные внутренними (эндогенными), наследственно-конституциональными причинами.

Ниже будут приведены некоторые психопатологические синдромы, имеющие достаточно оснований для отнесения их к одному из типов психического реагирования. Т.е. перечисленные синдромы позволительно считать продуктами лишь одного из известных типов (таблица 5).

Таблица 5

Экзогенный	Эндогенный	Психогенный	Личностный
судорожный, психоорганический, амнестический, делириозный, сумеречного расстройства сознания, дереализационно- деперсонализацион- ный	психического автоматизма, кататонический	псевдодемён- ный	истерический, ипохондричес- кий

Некоторые психопатологические синдромы не укладываются ни в один из трех традиционно выделяемых типов психического реагирования. Вследствие чего, нами предложено выделять, наряду с экзогенным, психогенным и эндогенным, *личностный тип психического реагирования*. В него следует включать, в первую очередь, истерический и ипохондрический симптомокомплексы, а также некоторые симптомы однозначно социального звучания (например, копролалия, kleptomания, пиромания и некоторые

иные). Не вызывает сомнений тот факт, что истерический и ипохондрический синдромы не могут быть причинно вызваны эндогенными или экзогенными факторами. Они есть суть социально опосредованного отношения к действительности и собственному месту в обществе. Их можно обозначить, как личностные реакции на социально значимые события или изменения своего статуса. Невозможно себе представить их возникновение по иным механизмам, к примеру, биологическим (что подтверждается их отсутствием при моделировании психических феноменов на животных).

Проблематично относить их и к психогенному типу психического реагирования, поскольку принципиальное значение в данном случае имеет не характер психотравмирующего влияния, но личностное отношение к нему.

Если сравнить истерический и ипохондрический симптомокомплексы с иными, которые часто ставятся в один ряд с ними (синдром навязчивостей, фобический, депрессивный), то несомненны разительные их отличия. Синдром навязчивостей, фобический или депрессивный синдромы могут возникать как по личностным, так и по иным механизмам (экзогенному, эндогенному, психогенному). Истерический и ипохондрический синдромы никак не способны формироваться вне личностного типа реагирования.

Спорным представляется отнесение симптома копролалии (насильственного и непроизвольного произнесения бранных слов) к экзогенному типу реагирования на основании включения его в качестве существенного и патогномоничного симптома синдрома Жиля де ля Туретта, который заключается в рамки экзогенного типа психического реагирования. Теоретически возможно представить возникновение насильственных движений мышц, формирующих речь, и обосновать с нейрофизиологических позиций. Однако, объяснить почему насильственно произносимые слова носят нецензурный характер (определенную смысловую нагрузку) нейрофизиологическими механизмами не правомерно. Морально-нравственные крите-

рии', коррекция собственного поведения и направление его в этически поощряемое русло зависит только от личностных свойств.

Дефект-выздоровление-хронификация

Принцип-альтернатива «дефект-выздоровление-хронификация» дает возможность оценивать в зависимости от особенностей клинической картины психического заболевания состояния, возникающие после исчезновения явных психопатологических нарушений.

Дефектом в психиатрии принято обозначать продолжительное и необратимое нарушение любой психической функции (например, «когнитивный дефект»), общего развития психических способностей («умственный дефект») или характерного образа мышления, ощущения и поведения, составляющего отдельную личность. Дефект, в таком контексте, может быть врожденным или приобретенным. Однако, как правило, термин дефект в настоящее время в психиатрической науке и практике употребляется по отношению к приобретенным психическим расстройствам и обусловлен перенесенным психическим заболеванием. К примеру, «шизофреническим дефектом» называются стойкие состояния, включающие негативные психопатологические симптомокомплексы, возникшие после исчезновения острых психотических проявлений.

Наиболее существенной характеристикой дефекта выступают именно негативные расстройства, поскольку в резидуальном периоде психоза или иных психических расстройств возможно появление продуктивных психопатологических феноменов, например пси-хопатизации, и тогда состояние будет обозначаться не дефектом, а изменениями личности.

Противоположностью дефекта выступают *выздоровление* т.е. полное восстановление утраченных на время психического заболевания психологических функций или *хронификация* психических расстройств, когда в

клинической картине болезни продолжают преобладать продуктивные (позитивные) психопатологические симптомы и синдромы.

Адаптация-дезадаптация, компенсация-декомпенсация

Принципы-альтернативы «адаптация-дезадаптация» и «компенсация-декомпенсация» дают возможность рассматривать психические расстройства в связи с их влиянием на социально-психологические функции. Они позволяют оценивать степень совладания с имеющимися нарушениями, что позволяет определять тактику психиатрического воздействия и выбор методов терапии и профилактики.

Адаптация — это процесс приспособления организма или личности к изменяющимся условиям и требованиям окружающей среды.

Компенсация — состояние полного или частичного возмещения (замещения) нарушенных в связи с болезнью психических функций.

Два приведенных параметра близки по сути, но имеют некоторые отличительные черты. Так, при адаптации происходит как бы «смирение» с новым болезненным статусом, приспособление к нему, выработка положительного отношения к имеющимся расстройствам, «мирное сосуществование» с психопатологическими симптомами. При компенсации происходит замещение утраченных психических функций иными приемлемыми для личности и организма, т.е. не смирение (как при адаптации), а активное преодоление.

В психиатрической практике адаптация выглядит так: пациент нормально работает, проживает в семье, считается окружающими «психически нормальным», однако при этом он может испытывать на себе воздействие галлюцинаторных образов, к которым у него есть критика, и которые не сказываются на его поведении, что нередко наблюдается при синдроме вербального галлюциноза. При компенсации человек, к примеру, с олигофренией замещает «умственный дефект» тем, что трудится на доступном

его пониманию освоению производственном процессе или занимается еще чем-нибудь, что ему удастся. При психопатии компенсация может быть достигнута при выборе сферы деятельности, в которой базовые черты характера человека задействованы в полной мере (к примеру, работа эпилептоидного психопата бухгалтером).

Негативное-позитивное

Альтернативное деление психопатологических симптомов на негативные и позитивные, принятое в психиатрии, позволяет в дальнейшем оценивать наблюдаемое состояние как активный болезненный процесс, хронификацию заболевания или как устойчивые и не склонные в дальнейшем изменяться дефект и изменение личности.

К *позитивным (продуктивным, плюс) симптомам* в психиатрии причисляют те психопатологические проявления, которые являются болезненной «надстройкой» над здоровыми психологическими Свойствами. Патологические симптомы и синдромы как бы «плюсуются», прибавляются к тому, что у человека уже существует.

Негативные (дефицитарные, минус) симптомы — это психопатологические феномены, соответствующие выпадению тех или иных психических процессов. В данном случае к здоровым проявления психической деятельности не добавляется ничего нового, а лишь устраняется, удаляется то, что было человеку присуще до болезни. По-другому эти симптомы называют *симптомами «обкрадывания»* — болезнь крадет нормальные функции.

Если к позитивным можно отнести большинство известных и ярких психопатологических симптомокомплексов, то негативные расстройства представлены лишь несколькими, менее яркими по сравнению с позитивными симптомами и синдромами. К последним относятся аутизм, апатия,

абулия, амнестические расстройства, деменция, изменения личности и некоторые другие.

Вышеприведенные законы и принципы позволяют утверждать, что процесс разграничения психологических феноменов от психопатологических симптомов (диагностика) в клинической психологии и психиатрии строится не на субъективной основе, когда считается, что «каждого человека можно признать душевнобольным, просто нужно его привести на прием к психиатру», а базируется на строго объективных научных критериях, позволяющих при их корректном, умелом и честном использовании познать истину.

Феноменология клинических проявлений

Основой дифференциации психологических проявлений индивидуальных особенностей психической деятельности от психопатологических симптомов является верная и точная феноменологическая оценка клинически наблюдаемого признака (феномена в узком понимании). Именно на этом этапе диагностики встречается наибольшее количество ошибок. Широкая осведомленность современного пациента в психиатрической и психологической терминологии, его попытки не описать свое состояние, а проанализировать, увеличивают риск диагностических ошибок, особенно в случаях невозможности непосредственно наблюдать изменения поведения и переживаний человека, а также из-за отсутствия данных объективного анамнеза (т.е. информации о поведении — последовательности и характере действий — высказываниях). Кроме того, риск неправильной оценки особенностей нормального мышления возрастает при обследовании личности с высоким уровнем умственного развития или широкими знаниями в области философии, психологии, медицины.

В оценке психиатрического симптома нельзя полностью основываться на определении и предъявлении его пациентом. К примеру, указание обследуемого на появившуюся у него «апатию» не означает, что этот симп-

том присутствует в клинической картине болезни. Подобных сложностей не возникает в клинике внутренних болезней, где зачастую вся диагностика строится на высказываниях пациента. Выявляется даже такая зависимость: чем грамотнее в медицинском плане обследуемый, чем точнее он может изложить свое состояние в научных терминах (например, если пациент — врач), тем объективнее диагностика соматической болезни. Ведь в подобном случае «медицински подкованный» квалифицированный больной самостоятельно выберет из проявлений своего заболевания наиболее существенные симптомы, сможет проанализировать, четко описать их характер, выраженность, особенности течения.

В клинико-психологической практике подобной зависимости отметить не удастся. Как бы хорошо испытуемый ни разобрался в психологии и психиатрии, он не сможет критично оценить свое состояние и осознать наличие некоторых симптомов, что встречается и при психозах, и при неврозах. К сожалению, вопросы самосознания душевных болезней еще недостаточно теоретически разработаны. Однако можно предположить, что, наряду с объективно неосознаваемыми симптомами — такими, например, как бредовые и сверхценные идеи — имеются условно неосознаваемые или осознаваемые не в полной мере и не в любое время (галлюцинации, навязчивые ритуалы и т. д.). Можно предполагать, что такие психопатологические симптомы, как аутизм, апатия, амбивалентность, абulia, мания, разорванность, резонерство, бессвязность и некоторые другие качественные нарушения мышления не могут быть полностью осознаны пациентом. Исходя из дефиниции, подобные симптомы принципиально не могут до конца осознаваться. В противном случае логично обозначать эти симптомы иными терминами, например, интраверсия вместо аутизма, гипопатия взамен апатии, гипобулия в противовес абулии и т. д. Видимо не поддаются критическому анализу негативные (дефицитарные) симптомы, в то время как к позитивным симптомам возможно появление адекватного

отношения больного. Приведение пациентом в качестве проявлений своей болезни вышеперечисленных симптомов не может являться объективным и не способно служить основой для диагностики.

Таким образом, не представляется возможным считать в качестве основополагающих при распознавании болезни декларируемые клиентом (пациентом) симптомы с помощью известных ему медицинских (психиатрических) или психологических терминов. Кроме вышеперечисленных причин подобная невозможность связана и с наличием разночтений в понятиях одних и тех же психиатрических терминов. Многие люди в быту вкладывают неверное значение в такие термины, отражающие расстройство психики как тоска, тревога, беспокойство, смешивая их, не видя никакой разницы между этими нарушениями. Больной человек может жаловаться на тоску, определяя свое эмоциональное состояние именно этим словом, несмотря на то, что у него объективно определяется не тоска, но тревога. Построение диагностики лишь на основании определения своего состояния самим человеком часто приводит клинициста психолога или психиатра к диагностическим ошибкам.

Желание пациента при оценке своего состояния использовать психологические или психиатрические термины может косвенно указывать на иные расстройства и способствовать выявлению истинных нарушений ассоциативного процесса.

Проблема нормы и патологии в клинической психологии и психиатрии одна из наиболее сложных. Л.Л.Рохлин указывал на возможность возникновения сходных проявлений у здоровых и душевнобольных людей (чаще страдающих психопатиями, чем абсолютно здоровых). Повторимся, что для разделения нормы и патологии среди прочих причин необходимо учитывать те социально — психологические сдвиги, которые характерны для современного общества. Об относительной ценности психопатологических симптомов говорят этнопсихологические и транскультуральные исследо-

вания, изучающие структуры заболеваний в различных регионах мира у людей разных наций и народностей.

До настоящего времени остается неясным положение о том, возможно ли возникновение психопатологических феноменов у здорового человека или же в период их появления такого человека нельзя считать вполне здоровым и следует признать «условно душевнобольным» (подразумевая под душевной болезнью не только психозы, но и невротические расстройства). Остановимся подробнее на специфике квалификации и феноменологии некоторых наиболее сложных в диагностическом плане психологических феноменов и психопатологических симптомов.

Нередко сложности возникают при оценке *навязчивых мыслей, воспоминаний, опасений и движений*. При этом возможно три варианта определения состояний, два из которых имеют четкое психиатрическое обозначение: навязчивые и насильственные (импульсивные) состояния. Сравнивая эти болезненные симптомы с проявлениями здоровой психики, которые трудно определить каким-либо термином (наиболее подходящим можно считать слово «назойливость»), обращает на себя внимание, в первую очередь, степень чуждости симптомов для самой личности. Так, при навязчивых состояниях больной остро переживает невозможность избавиться от навязчивостей, прилагает к этому массу усилий, совершает необычные ритуальные действия, которые помогают лишь на время избавиться от тягостного переживания.

Насильственные мысли, движения чаще не сопровождаются критическим пониманием их чуждости, возникают произвольно, автоматически. Они обычно не тяготят больного и могут не привести его к врачу или психологу.

Крайне трудно определить в ряду психолого-психопатологических место мыслей и действий здорового человека, обозначенных условно «назойливостями». Ведь они также, как и навязчивости осознаются человеком,

пытающимся противоборствовать им. Следует признать, что четких дифференциально-диагностических критериев для разграничения болезненных и неболезненных (или донозоло-гических) навязчивостей выделить не удастся. Однако любое проявление навязчивостей нельзя относить к психопатологическим феноменам. Важнейшим критерием оценки вариантов нормы является их относительно целесообразный характер и отсутствие чрезмерно длительной фиксации, не соответствующей требованиям деятельности или потребности индивидуального развития.

Значительные трудности возникают у диагноста при столкновении с таким психопатологическим симптомом как *аутизм*. Аутизмом обычно обозначают состояние больного, сопровождающееся погруженностью в мир собственных переживаний (В.С.Гуськов), замкнутостью, отгороженностью от внешнего мира, ограничением контактов с окружающими людьми, уменьшением потребности в общении. Несмотря на достаточно ясное определение этого психопатологического термина, нередко ошибки при его клинической оценке. Следует помнить, что аутизм — достаточно стойкое состояние, не подверженное значительным колебаниям, т. к. оно рассматривается в рамках дефицитарных симптомов. Суть последних заключается в процессе «обкрадывания» здоровой психики, нанесения ей невосполнимого ущерба.

Нормальным и обязательным для душевного здоровья свойством является коммуникативная функция мышления. Вследствие этого у человека существует биологически обусловленная потребность в общении. Эта потребность у разных людей различна по своей интенсивности. Она вплетается в структуру психической деятельности и, наряду с другими необходимыми составляющими (волей, ассоциативным процессом, памятью, интеллектом) формирует индивидуальный уровень психического здоровья. При игнорировании этого обстоятельства возможны ошибки в диагностике психических заболеваний.

Неправомерно для построения диагностического процесса делать упор лишь на сравнение психических симптомов — признаков разных людей. Недопустима формулировка: «У многих так бывает». Важен анализ изменения психического функционирования конкретного человека, с конкретным наследственно обусловленным и сформированным в процессе жизни уровнем душевного здоровья. К аутизму такие рассуждения имеют непосредственное отношение, т. к. сравнивая людей по параметру общительности можно прийти к неверному мнению о наличии у менее общительного признаков аутизма.

Важным диагностическим параметром аутизма является отсутствие к этому симптому достаточной, истинной критики, переживания своей замкнутости, нелюдимости. Аутизм сочетает в себе не только невозможность установления больным контактов с окружающими его людьми, но и болезненное нежелание этого делать, способность довольствоваться одиночеством. Именно так проявляется аутистическое мышление, обходящееся без притока информации извне.

Принципиально различны по механизмам возникновения аутизм и *интраверсия*, несмотря на то, что их определения схожи. Интраверсия определяется как нелюдимость, замкнутость, поглощенность собой, обращенность внутрь личности (В.С.Гуськов). Интраверсия в действительности представляет собой ту вариативную норму человеческой психики, которая, опираясь на индивидуальный биологически обусловленный уровень здоровья и особенности воспитания, формирует акцентуации характера, разнообразие индивидуальностей.

Интраверсия в отличие от аутизма не может возникнуть внезапно. Кроме того, она способна к компенсации под влиянием внешних микросоциальных факторов, чем отличается от аутизма. Э.Блейлер определял аутизмом симптом, отражающий отсутствие реального приспособления к требованиям жизни со склонностью к замене реальности мечтами и фанта-

зиями, когда мышление и восприятие регулируется скорее личностными желаниями, чем объективной реальностью. Как справедливо считают Ц.П.Короленко и А.Л.Галин, аутизм при всей кажущейся патологичности не всегда является психопатологическим феноменом. Погружение в мечты об исполнении желаемого особенно часто может наблюдаться у подростков в начальном периоде переделки жизненных стереотипов, что связано со становлением личности. На первых этапах выдвижения целей юноша не интересуется и не должен интересоваться, как и какими путями может быть достигнуто желаемое, идеальное. Само это и реальное может быть представлено в виде неопределенных переживаний, т. к. речь идет о выяснении целей. Представления о желаемом еще не сформировались.

Оценка такого состояния как патологического ошибочна. Не следует забывать, что речь идет о развивающейся личности. И то, что сейчас может оцениваться как стабильная черта личности, на самом деле является лишь фазой развития. Этап «приземления» идеалов, выбора способа их достижения и возможно разочарований будет следующим в развитии человека. Опережающая критика идеалов — это прежде всего попытка свести на нет творческие тенденции личности. Именно в этот период оторванного от жизни, не приспособленного к ней фантазирования складываются устойчивые цели поведения, формируется вера в достижение того, что никогда не было достигнуто (или, проще, не достигалось лицами, представляющими реальное окружение человека).

А.Ф.Лазурский подчеркивал, что процесс адаптации личности с более высоким уровнем психического развития отличается от процесса адаптации личности среднего уровня. Оценка фантазирования с увлечением фантазиями при наличии неприспособленности к жизни как аутизм неверна. Правильная квалификация этих состояний возможна лишь при учете многих черт личности (особенно ее развития), характера отношений с окру-

жающей средой и, что самое главное, при учете динамики дальнейшего развития личности.

Сложными для психопатологической оценки считаются следующие понятия: *патологическая нерешительность и амбивалентность*. Нерешительность («наполненность колебаниями») может встречаться у здоровых людей, лиц с особенностями характера, а также у психически больных (невротиков, психопатов). Амбивалентность — существенный признак шизофрении. Е.Блейлер различал три вида амбивалентности: 1) в аффективной сфере — одно и то же представление сопровождается и приятными, и неприятными чувствами; 2) в области воли (амбитендентность) — двойственность поступков, действий, побуждений; 3) в области интеллектуальной деятельности — одновременное возникновение и сосуществование мыслей противоположного характера. Отличием патологической нерешительности от амбивалентности может служить критическое отношение, наблюдающееся при первом симптоме.

Однако круг дифференциальной диагностики не исчерпывается патологической нерешительностью, встречающейся при неврозах и психопатиях. Некоторые авторы (М.Ярош, Ц.Г.Короленко, А.Л.Галин) отмечают амбивалентность в норме, предостерегая от квалификации ее только как клинического симптома. Они справедливо считают, что диалектический подход, отражающий наиболее глубокие законы мышления, предполагает рассмотрение окружающих явлений в духе выявления противоречий, анализа их развития. Представить себе одновременное сосуществование не только различающихся, но и противоположных сторон в явлении — это значит не только формально фиксировать противоречия, но и переживать соответствующие эмоции, ибо без эмоций невозможно никакое познание истины. Поэтому по меньшей мере до момента выбора способа разрешения противоречия человек «имеет право» на противоречивые эмоции (по терминологии

гии психиатров — амбивалентность). Иначе его отражение окружающего мира окажется упрощенным.

Указывая на тот факт, что амбивалентность может встречаться в норме, М.Ярош пишет о том, что речь в этом случае идет не об исключении, а о полном «праве» здорового человека одновременно переживать противоречивые эмоции (т. е. проявлять «амбивалентные» отношения). Существуют значительные различия в степени подобной амбивалентности людей по отношению к различным сторонам жизни. Считается, что лица с более развитым и сложным мышлением более амбивалентны, чем лица с мышлением более простым и примитивным. Следует также иметь в виду, что амбивалентность в норме чаще проявляется при оценке сложных объектов и ситуаций (наличие противоположных чувств и мыслей в таких случаях отметили у себя 72% студентов университета, причем 22% из них — в ярко выраженной степени), чем при оценке простых (Ц.П.Короленко, АЛ.Галин).

Убедительные данные психологических исследований доказывают существование у здорового человека состояний, внешне схожих с амбивалентностью. Однако их неправомерно обозначать тем же медицинским клиническим термином. В целях упорядочения психиатрической терминологии и избежания диагностических ошибок на этой почве нецелесообразно обозначать словом «амбивалентность» проявление здоровой психической деятельности.

Здесь мы сталкиваемся с неким парадоксом: если амбивалентностью (или любым иным психиатрическим термином) нельзя оценивать состояние душевно здорового человека, но мы стоим лишь у истоков диагностического процесса, когда неизвестно еще болен человек или нет, имеет ли право диагност обобщать, предвосхищать события? Нет ли здесь логической ошибки, когда не зная результата отвергаем его предпосылки?

Говоря о норме и патологии, следует добиваться терминологической точности, являющейся основой правильной диагностики, гарантирующей избегание ошибок на пути познания истины. Ведь диагностика — это одна из форм познания объективной реальности (Б.Х. Василенко). В начале исследования у врача сразу же складывается более или менее четкое представление об отнесении больного к той или иной диагностической категории. Предполагаемое в руководствах установление диагноза на основе цепи индуктивных и дедуктивных умозаключений есть не отражение реального процесса постановки диагноза, а рекомендуемая схема обучения. Первичное представление или понятие^ как пишет В.Х.Василенко, может сформироваться у врача под влиянием самых разнообразных причин (знаний истории болезни, мнение коллег, первое впечатление и т. д.). В психиатрии существует понятие — «чувство шизофрении». Важно, чтобы первичное представление (недостаточно обоснованное понятие) не было бы в такой степени ригидным и доминирующим, чтобы воспрепятствовать усвоению не соответствующих и даже противоречащих ему данных и тем самым привести к диагностической ошибке.

В ходе исследования это общее представление или понятие, служащее направлением хода мышления врача, может и должно меняться под влиянием новой информации. «Диагноз больного, — писал еще С.П.Боткин, — есть более или менее вероятная гипотеза, которую необходимо постоянно проверять; могут явиться новые факты, которые могут изменить диагноз или увеличить его вероятность».

Считается, что уже на первичном этапе постановки диагноза — на этапе квалификации симптомов — имеет место диалектическое противоречие между общепатологическим и частным патологическим, происходит разделение процесса познания. С одной стороны, в терминах психопатологических абстракций (психопатологических симптомах) осуществляется анализ — выделений того, что представляется наиболее важным на общей сово-

купности воспринимаемого, и синтез — объединение, суммирование этих выделенных в анализе признаков в целостное образование (синдромы). С другой стороны, идет мыслительный процесс фиксации признаков, который не является полностью ни анализом, ни синтезом, поскольку интеграция уже существует в объекте и, следовательно, индивидуальные черты воспринимаются в их единстве. «Это скорее процесс установления факта включенности, чем анализ и синтез» — пишет М.С.Роговин. По отношению к непосредственно наблюдаемому абстрактный анализ и синтез несут как бы контрольную функцию.

Преодолению этого раздвоения процесса познания при постановке диагноза служит введение и использование особых рабочих понятий, как психопатологических (симптомы, синдромы, нозологические формы), так и оценочных (норма и патология, органическое и функциональное, позитивные и негативные симптомы, специфичные и неспецифичные изменения психики и т. п.). Характерной особенностью этой особой группы является то, что по мере углубления исследования и уточнения диагностических предположений отбрасываются наиболее неопределенные из них и подключаются те, которые по-своему содержанию ближе к системным понятиям научной психопатологии (по-видимому, в указанной последовательности понятия «нормы» и «патологии» еще находятся в непосредственной близости к сфере донаучного, обычного мышления, но совершенно иными являются, например, понятия позитивных и негативных симптомов (М.С.Роговин).

Отвлечение от основной обсуждаемой темы ошибок в оценке феноменологии клинических признаков и психопатологических симптомов имеет принципиальное значение и для уточнения следующего достаточно сложного с точки зрения квалификации психопатологического феномена — *резонерства* «бесплодного мудрствования»). Считается (Ц.П.Короленко, АЛ.Галин), что в условиях нормы состояния, сходные с резонерством мо-

гут наблюдаться в период наиболее активного развития логического мышления (14 — 20 лет), что требует и способности к абстрагированию. Эту особенность можно отметить у лиц с высокой стабильностью установки на логическое мышление при склонности к ее генерализации. При специальном опросе (сочетаний бесед и анкетных методов) 46% студентов II курса университета (физического и математического факультетов) отметили у себя склонность к отвлеченному мышлению. Истолковать это явление как психопатологическое неправомерно.

В период становления и развития логического мышления возникает стремление «испробовать», «проверить» его в приложении к различным сторонам жизни. В том случае логическое действие, ставшее достоянием субъекта в своей развитой форме, нередко приобретает самостоятельную ценность. В то же время навыки мышления еще недостаточно сформировались. Логические построения при этом могут не быть примитивными, но со стороны воспринимаются как отвлеченные, лишённые цели, т. е. как бы резонерские. На самом деле речь идет о нормальном формировании психической функции — логического мышления.

Существуют и значительные различия в стилях мышления. Они касаются как перехода от объекта к субъекту, так и различия при переходе от одной выборки к другой. Так, у одних испытуемых преобладает установка на конкретное, у других — на абстрактное мышление (Дж.Брунер). Исследования здоровых с помощью опросника для измерения степени ориентации личности на понятийно-логическое мышление показало, что, например, у студентов — первокурсников физико-математических специальностей установка на обобщенное логическое мышление как сформированная и устойчивая черта личности встречается в 5 — 6 раз чаще, чем у студентов медицинского вуза. Эта установка проявляется, в частности, в буквальной неспособности студента иметь дело с какими-либо конкретными объектами вне включения их в контекст анализа обобщенных смысловых

связей. Это проявляется при анализе как конкретных физических, так и социальных явлений. Указанные данные подтверждены экспертными оценками, результатами изучения речи лиц, обнаруживших стабильную установку на логическое мышление и результатами других исследований.

С позиций конкретного мышления (имеются ввиду различия в норме) анализ обобщенных связей — это отвлеченный, более или менее лишенный содержания и даже резонерский подход. На самом же деле речь идет о разных способах адаптации к среде: в одном случае адаптация достигается за счет накопления и систематизации конкретных знаний; в другом — за счет выявления обобщенных закономерностей, дающих априорную информацию о различных объектах и сторонах жизни, за счет выработки стратегии поведения сразу по отношению к целым классам объектов и ситуаций. Как первый, так и второй способы адаптации не лишены смысла. Относить второй способ поведения, учитывая его вероятность в некоторых выборках, к «предпатологической» форме не следует. Данный вариант развития личности чаще связан с особенностями профессиональной, учебной деятельности, а также с рядом дополнительных черт в характере личности. Прямолинейная оценка личности в подобных случаях, особенно при наличии противоположных стилевых особенностей мышления у оценивающего, может привести к ошибочным выводам. Необходимы подробный анализ истории развития личности, а также оценка личностных особенностей в целом.

Можно провести параллели между таким психопатологическим феноменом, как *резонерство* и проявлением здоровой психики — *демагогией*. Под демагогией понимают рассуждения, основанные на одностороннем осмыслении, истолковании чего-либо (С.И. Ожегов). Следующее определение дано понятию «резонерство» в «Толковом словаре психиатра»: «Резонерство — нарушение мышления, при котором больной вместо ясного по содержанию и достаточно четкого по форме ответа на конкретный во-

прос или описание какого-либо определенного события, случая, предмета, явления прибегает к пространным разглагольствованиям в пределах данной темы, приводит не основанные на фактах доказательства, увлекается бессмысленными рассуждениями в ущерб смыслу говоримого. При резонерстве предложения построены грамматически правильно, изобилуют причастными, деепричастными оборотами, вводными словами; речь многословна, но несмотря на это больной в своем повествовании несколько не продвигается. Резонерство — бесплодно, т. е. оно не приводит к познанию».

Сравнивая понятия резонерства и демагогии, можно найти много общих черт при существенной альтернативной разнице этих понятий — демагогия характеризуется, в первую очередь, осознанным, намеренным введением в заблуждение собеседника для достижения своих целей. Демагог всегда конкретно ставит перед собой определенную цель, демагогия при этом лишь средство. Она обычно распространяется на значимую для данного человека сферу деятельности или событий. В то же время резонерство — бесцельно, оно проявляется в любой ситуации и по любому поводу, причем больной часто сам ищет подобные поводы.

Нередко при обосновании диагноза психиатры используют такой клинический термин, как *диссоциация психических процессов*. Впрочем трактовка его далеко не однозначна, хотя часто этот критерий диагностики становится одним из решающих. Термин диссоциация появился в начале века параллельно с термином *расщепления психической деятельности* (Э.Блейлер). Под диссоциацией понимается «совмещение несовместимых» сторон психики. Например, больной с бредом величия и могущества может слезно выпрашивать кусок хлеба или больной на словах опечаленный разрывом с любимой девушкой на деле становится гипоманиакальным, излишне веселым. Следует очень внимательно, взвешивая все психологиче-

ские особенности испытуемого, описывать диссоциацию психических процессов.

Наряду с таким симптомом, как диссоциация, психиатрами зачастую просматриваются и не распознаются некоторые ассоциативные нарушения. Особое место в этом ряду принадлежит симптомам «соскальзывания» и «разноплановости», объединенных некоторыми авторами термином *аморфность мышления*. Несмотря на определенную общность понятий соскальзывания и разноплановости, они встречаются при различных состояниях. Соскальзывание можно выявить у еще сохранных больных шизофренией, на начальных этапах становления болезни. Разноплановость же чаще является признаком шизофренического дефекта.

Сущность нарушения мышления по типу соскальзывания заключается в том, что, правильно решая какое-либо задание, либо рассуждая о каком-нибудь предмете, больной неожиданно сбивается с правильного хода мыслей по ложной, неадекватной ассоциации, а затем вновь способен продолжать рассуждения последовательно, не возвращаясь к допущенной ошибке и не исправляя ее (Б.В.Зейгарник). Наиболее ярко соскальзывание может проявляться в психологическом эксперименте на «классификацию предметов», «исключение лишнего». Так, больная, правильно отвечая на многие экспериментальные задания, может в опыте на «исключение лишнего» при предъявлении ей карточек с изображением очков, весов, термометра и часов предложить несколько вариантов исключения. Например, в одну группу ей могут быть объединены очки, термометр, часы по принципу «медицинских»: «Врач через очки смотрит по часам пульс и определяет температуру тела термометром». Подобное нарушение мышления базируется на использовании больным не основных, а латентных признаков для классификации предметов и явлений.

Ошибочно может быть расценено *персеверацией* состояние лектора, склонного к неоднократному повторению заключительных слов или фраз

каждого предложения. Известно, что персеверация — симптом расстройства мышления, характеризующийся длительным доминированием одной ассоциации, трудностью переключения на следующую мысль. Персеверация никогда не встречается изолированно от других симптомов, она сочетается с нарушениями сознания, памяти. Речь лектора оценить в категориях болезни неправомерно. Подобную особенность можно расценить либо как сознательное растолковывание слушателям важного тезиса, либо как вредную речевую привычку.

Симптом «уже виденного» может быть неверно оценен как проявление бреда инсценировки с элементами ложного узнавания. При дифференциации этих нарушений упор делается на кратковременность состояния типа «уже виденного» и полной критичности при нем. Тогда как к бредовым расстройствам с ложными узнаваниями окружающих людей (симптом Фреголи) больной относится не критично.

Диагностические ошибки возможны при выявлении *ипохондрического синдрома*, оценке его принадлежности к бредовым, сверхценным или навязчивым явлениям. Процесс диагностики ипохондрии в подавляющем большинстве случаев сопряжен с методиками объективизации, способными подтвердить либо отвергнуть соматическое, неврологическое или иное непсихическое заболевание. Только в этом случае психиатр имеет не только врачебное, но и моральное право выставить диагноз ипохондрии, т. к. его постановка предопределяет и изменяет отношение к жалобам больного, как к преувеличенным, утрированным и даже не имеющим под собой веских оснований. Диагност (клинический психолог или психиатр) должен помнить, что ошибка — чаще гипердиагностика — в клинической оценке ипохондрии может повлечь за собой игнорирование истинного заболевания, способного привести к печальным исходам. Постановка диагноза ипохондрического состояния способствует зачастую тому, что все появляющиеся в дальнейшем симптомы различных болезней трактуются в каче-

стве ипохондрических проявлений. Следует помнить, что диагностические критерии многих соматических болезней меняются год от года. Так, после пересмотра принципов оценки ревматизма большое число больных было исключено с диспансерного учета. Ревматологи отказались их лечить, мотивируя это тем, что «диагноз ревматизма не подтвердился» (уточним — несмотря на многолетнее лечение этого заболевания).

Многие пациенты после выявления у них ипохондрии не соглашаются с диагнозом, требуют не психиатрического, а соматического лечения, ссылаясь на то, что «каждый человек имеет право на такое отношение к своему здоровью, которое считает оптимальным». Это необходимо помнить при оценке ипохондрического синдрома, диагностика которого должна строиться не на сравнении отношения различных людей к своему здоровью, а в большей степени на соответствии жалоб больного объективной диагностике соматического страдания и на степени психической дезадаптации вследствие признания себя больным.

Ошибки в оценке принадлежности ипохондрии к кругу бредовых, сверхценных или навязчивых идей также могут обернуться грозными последствиями. Нераспознавание бредового характера этого симптома, может привести к тактическим ошибкам: игнорирование необходимости стационарного психиатрического лечения способно обернуться социальной опасностью действий больного (суицидальными попытками, агрессией). Критерии дифференциации бредовых, сверхценных и навязчивых ипохондрических идей достаточно ясны. Однако в практической деятельности трудны для распознавания. Критическое отношение к ипохондрии крайне трудно определить, его колебания отмечаются даже там, где их быть теоретически не должно. Некоторыми же авторами отвергается сама возможность возникновения навязчивых ипохондрических идей, которые расцениваются ими в рамках сверхценных идей.

Из группы расстройств восприятия диагностические ошибки нередко встречаются при оценке *сенестопатий*, которые достаточно трудно дифференцировать с *парестезиями*, а иногда с *галлюцинациями*. Под сенестопатиями понимают неприятные тягостные ощущения в теле больного, носящие мигрирующий характер и сопровождающиеся трудностями их описания самим пациентом. В отличие от парестезии сенестопатии можно рассматривать в рамках не только расстройств восприятия, но и мыслительных нарушений. При их диагностике следует помнить об уровне интеллекта пациента, его культуре и словарном запасе. Нелепое описание ощущений во всех случаях необходимо соотносить со строем мышления человека. Не всегда необычное описание больным симптомов своей болезни может быть признано сенестопатиями. Парестезии, как принято считать, возникают при органических поражениях мозга, их проекция всегда соответствует зонам иннервации. При разграничении сенестопатий с галлюцинациями следует помнить, что галлюцинаторные образы достаточно предметны (например, тактильные галлюцинации описываются больным как ползание червей или иных живых существ внутри кожи, в голове и т. д.). Сенестопатии же аморфны, больной не может конкретно определить источник неприятных ощущений, говоря, например, о «переливании жидкости в мозге при наклонах».

Приведенные в данной главе критерии для оценки уровней (регистров) и типов психического реагирования базируются на психиатрических терминах, в которые вкладывается зачастую различный смысл, что приводит не только к разночтению психопатологических проявлений и их различной оценке, но и к смешению нормы и патологии. Это можно подтвердить существование таких близких по значению понятий, как *демонстративность*, *манерность*, *гебоидность*, *гебефреническое поведение*. Неправильная оценка каждого из приведенных терминов может привести к неверной

трактовке состояния больного, обнаружению психопатологических феноменов там, где их в действительности не существует.

Так установление «демонстративности» поведения не говорит о собственно психическом расстройстве (демонстративность обозначается в словарях русского языка, как «представление, показ чего-либо наглядным образом» — Д.Н.Ушаков). «Манерность» в общежитийском смысле — «неестественность, искусственность, изысканность в манерах, жеманность, деланность, отсутствие простоты» (С.И.Ожегов): В узкопсихологическом смысле «манерность» представляет собой проявление психического заболевания (чаще шизофрении), когда необычные манеры больного лишены смысла, бесполезны. Классик описал «манерность» также в рамках истерического невроза и психопатии, противопоставляя эмоционально выхоленной, стереотипной, вычурной с витиеватостью высказываний шизофренической «манерности» истерическую «манерность», при которой отмечалась (по Классике) склонность к театральной, демонстративной аффектации. С нашей точки зрения, с целью уточнения понятий «манерность» в рамках истерии следует обозначать не как истинно манерность, а как «демонстративность».

Близки к вышеупомянутым понятиям клинические психопатологические феномены — гебоидофрения и гебефрения, встречающиеся преимущественно при шизофреническом процессе. Гебефрения проявляется в отличие от манерности дурашливостью, нелепостью, импульсивностью и нецеленаправленностью поведения больных, склонных к гримасничанию (Кальбаум; Гекер). Гебоидофрения также складывается из психопатоподобных нарушений поведения, характеризуясь в большей степени неординарностью, вычурностью увлечений. Гебоидофрению можно считать развернутой гебефренией.