

КУРС ЛЕКЦИЙ

**ПО
КЛИНИЧЕСКОЙ
ПСИХОЛОГИИ**

кандидат псих. наук, доцент,
медицинский психолог

Чапала Татьяна Владимировна

ПРЕДМЕТ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Греческое слово *kline*, от которого происходит прилагательное «*клиническая*», в современном языке связано с обозначением таких сфер, как уход за больным, особенности развития какой-либо болезни или расстройства, а также лечение этих расстройств.

Клиническая психология — относится к междисциплинарной отрасли научного знания и практической деятельности, в которой пересекаются интересы медиков и психологов.

Предметом являются:

- а) *расстройства (нарушения) психики и поведения;*
- б) *личностные и поведенческие особенности людей, страдающих различными заболеваниями;*
- в) *воздействие психологических факторов на возникновение, развитие и лечение болезней;*
- г) *особенности взаимоотношений больных людей и социальной среды, в которой они находятся.*

ЗАДАЧИ И РАЗДЕЛЫ СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.

Современная клиническая психология как дисциплина, изучающая психологическими методами различные нарушения психики и поведения, может применяться не только в медицине, но и в различных воспитательных, социальных и консультативных учреждениях, обслуживающих людей с аномалиями развития и психологическими проблемами.

В качестве самостоятельной отрасли психологической науки применительно к педагогической практике современная

клиническая психология ставит следующие **задачи**:

- изучение влияния психологических и психосоциальных факторов на развитие поведенческих и личностных нарушений у ребенка, их профилактику и коррекцию;
- изучение влияния отклонений и нарушений в психическом и соматическом развитии на личность и поведение ребенка;
- изучение специфики и характера нарушений развития психики ребенка;
- изучение характера отношений аномального ребенка с ближайшим окружением;
- разработка принципов и методов клинико-психологического исследования в педагогических целях;
- создание и изучение психологических методов воздействия на психику ребенка в коррекционных и профилактических целях.

ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

патопсихология, нейропсихология и психосоматическая медицина.

Помимо этого специальные разделы, как психотерапия, реабилитология, психогигиена и психопрофилактика, психология девиантного поведения, психология пограничных психических расстройств (неврозология).

Клиническая психология тесно связана с такими

дисциплинами, как психиатрия, психопатология, неврология, психофармакология, физиология высшей нервной деятельности, психофизиология, валеология, общая психология, психодиагностика, специальная психология и педагогика.

Сферой пересечения научного и практического интереса *клинической психологии и психиатрии* является диагностика.

РАЗДЕЛЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Связь клинической психологии с психопатологией прослеживается в особой области медицинской науки — психопатологии.

Патопсихология и психопатология имеют дело с одним и тем же объектом- нарушениями психической деятельности.

Патопсихология описывает преимущественно

психологическую сторону психических нарушений, т. е. изменения сознания, личности и основных психических процессов — восприятия, памяти и мышления.

Психопатология описывает психические нарушения

медицинскими категориями (этиология, патогенез, симптом, синдром, симптомокинез (динамика возникновения, развития, существования, соотношения и исчезновения элементов синдрома), синдромотаксис (взаимосвязь различных синдромов)) и критериями (возникновение, прогноз и исход патологического процесса).

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

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

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

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

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

НОРМА И ПАТОЛОГИЯ, ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ.

Категории **нормы** и **патологии**, **здоровья** и **болезни** выступают основными векторами, задающими систему восприятия и критерии оценки состояния человека в клинической психологии.

Категория нормы используется в качестве базового критерия сравнения текущего (актуального) и постоянного (обычного) состояния людей. С понятием нормы в нашем сознании тесно связано состояние здоровья. Отклонение от нормы рассматривается как патология и болезнь.

Слово «болезнь» в обыденном языке используется для характеристики таких состояний, которые не кажутся нам «нормальными», «такими, как это обычно бывает», и поэтому требуют особого объяснения.

Норма — это термин, в который может вкладываться два основных содержания.

Первое — *статистическое содержание нормы* - это уровень или диапазон уровней функционирования организма или личности, который *свойственен большинству* людей и является типичным, наиболее часто встречающимся.

В этом аспекте норма представляется некоторым объективно существующим явлением.

Статистическая норма определяется посредством вычисления среднеарифметических значений некоторых эмпирических (встречающихся в жизненном опыте) данных. Например, большинство людей не боятся оказаться в замкнутом пространстве и вступают в гетеросексуальные контакты, следовательно, отсутствие такого страха и отсутствие гомосексуальных контактов — это статистически нормально.

Второе — *оценочное содержание нормы*: нормой считается некоторый *идеальный образец* состояния человека. У такого образца всегда есть философское и мировоззренческое обоснование как состояния «совершенства», к которому должны в той или иной мере стремиться все люди.

В этом аспекте норма выступает в качестве **идеальной нормы-субъективного, произвольно устанавливаемого норматива**, который принимается за совершенный образец по соглашению каких-либо лиц, обладающих правом установления таких образцов и имеющих власть над другими людьми: например, специалистов, лидеров группы или общества и т. п.

Функциональные нормы оценивают состояния человека с точки зрения их последствий (вредно или не вредно) либо возможности достижения определенной цели (способствует или не способствует это состояние реализации связанных с целью задач).

Социальные нормы контролируют поведение человека, заставляя его соответствовать некоторому желаемому (предписываемому со стороны окружения) или установленному властью образцу.

Индивидуальная норма предполагает сравнение состояния человека не с другими людьми, а с состоянием, в котором человек обычно пребывал раньше и которое соответствует его личным (а не предписываемым обществом) целевым установкам, жизненным ценностям, возможностям и обстоятельствам жизни.

Для оценки нормальности (соответствия норме) психологического состояния личности, в зависимости от цели, психологом или психиатром могут применяться любые из перечисленных норм. Поэтому процесс оценки психологического состояния (статуса) индивида очень часто приобретает скрытый политический и подверженный идеологическому влиянию характер, поскольку в конечном итоге критерием оценки оказывается система ценностей, доминирующая в обществе или в сознании отдельно взятой группы людей.

Любое отклонение от установленной нормы может характеризоваться как **патология**

Определение **психического расстройства** опирается на три базовых критерия:

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

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

3) типы поведения, от которых страдает и получает физический ущерб сам индивид или приносящие страдание и физический ущерб окружающим его людям.

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

Общее определение здоровья, которое было предложено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), включает такое состояние человека, при котором:

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

Критерии психического здоровья по определению ВОЗ:

- 1) осознание и чувство непрерывности, постоянства своего «Я»;
- 2) чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях;
- 3) критичность к себе и к результатам своей деятельности;
- 4) соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий;
- 5) способность управления своим поведением в соответствии с общепринятыми нормами;
- 6) способность планировать свою жизнь и реализовывать свои планы;
- 7) способность изменять поведение в зависимости от жизненных ситуаций и обстоятельств.

КОНСТРУКТ БОЛЕЗНИ

СЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНИ

(роль больного, жалобы, плохое самочувствие)



БОЛЕЗНЬ

(патологические изменения в индивидуе, дефект)



ПРИЧИНЫ БОЛЕЗНИ

(биологические, психологические, социальные)

СУЩЕСТВУЕТ ДВЕ МОДЕЛИ БОЛЕЗНИ: *БИОМЕДИЦИНСКАЯ И* *БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ*

~~Биомедицинская модель болезни существует с XVII в. Она~~
центрирована на изучении природных факторов как внешних причин
заболевания. Биомедицинскую модель болезни характеризуют четыре
основные идеи:

- 1) теория возбудителя;
- 2) концепция трех взаимодействующих сущностей — «хозяина», «агента» и окружения;
- 3) клеточная концепция;
- 4) механистическая концепция, согласно которой человек — это прежде всего тело, а его болезнь — поломка какой-то части организма.

В рамках этой модели нет места социальным, психологическим и поведенческим причинам развития болезни. Дефект (в том числе и психический), какими бы факторами он ни вызывался, всегда имеет соматическую природу. Поэтому и ответственность за лечение здесь целиком и полностью возлагается только лишь на врача, а не на больного.

В начале XX в. биомедицинская модель была подвергнута пересмотру под влиянием концепции *общего адаптационного синдрома* Г. Селье

Согласно адаптационной концепции болезнь есть неправильно направленная либо чрезмерно интенсивная адаптационная реакция организма. Однако многие нарушения могут быть рассмотрены как разновидность адаптивных реакций организма. В рамках концепции Г. Селье даже возник термин *маладаптация* (от лат. *malum* + *adaptum* — зло + приспособление — хроническая болезнь) — длительное болезненное, ущербное приспособление

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ БОЛЕЗНИ

- ▣ **Биопсихосоциальная модель болезни** возникла в конце 70-х гг. XX в. /58/. Она основывается на системной теории, согласно которой любая болезнь есть иерархический континуум от элементарных частиц до биосферы, в котором каждый нижележащий уровень выступает компонентом вышележащего уровня, включает его характеристики и испытывает на себе его влияние. В центре этого континуума находится личность с ее переживаниями и поведением. Ответственность за выздоровление в биопсихосоциальной модели болезни полностью или частично возлагается на самих больных людей.
- ▣ В основе этой модели лежит диада «диатез — стресс», где диатез — это биологическая предрасположенность к определенному болезненному состоянию, а стресс — психосоциальные факторы, актуализирующие эту предрасположенность. Взаимодействие диатеза и стресса объясняет любое заболевание.
- ▣ В оценке состояния здоровья в рамках биопсихосоциальной модели ведущую роль играют психологические факторы. Субъективно здоровье проявляется в чувстве *оптимизма, соматического и психологического благополучия, радости жизни*. Это субъективное состояние обусловлено следующими **психологическими механизмами, обеспечивающими здоровье**:
 - ▣ 1) принятие ответственности за свою жизнь;
 - ▣ 2) самопознание как анализ своих индивидуальных телесных и психологических особенностей;
 - ▣ 3) самопонимание и принятие себя как синтез — процесс внутренней интеграции;
 - ▣ 4) умение жить в настоящем;
 - ▣ 5) осмысленность индивидуального бытия, как следствие — осознанно выстроенная иерархия ценностей;
 - ▣ 6) способность к пониманию и принятию других;
 - ▣ 7) доверие к процессу жизни — наряду с рациональными установками, ориентацией на успех и сознательным планированием своей жизни необходимо то душевное качество, которое Э. Эриксон называл базовым доверием, иными словами, это умение следовать естественному течению процесса жизни, где бы и в чем бы он ни проявлялся.

ПРОБЛЕМА РАЗГРАНИЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНОВ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

Любое психическое состояние К. Ясперс рассматривал как феномен, т. е. как целостное переживание текущего момента, в котором можно выделить два неразрывно связанных между собой аспекта:

- 1. сознание окружающего мира (предметное сознание)**
- 2. сознание себя (самосознание).**

У врача и клинического психолога есть *два пути оценки психического состояния* пациента, оба из которых являются исключительно субъективными:

а) представление себя на месте другого (вчувствование, достигаемое через перечисление ряда внешних признаков психического состояния);

б) рассмотрение условий, в которых эти признаки оказываются связанными между собой в определенной последовательности.

Для разграничения психологических феноменов и психопатологических процессов важно обнаружить логику, по которой пациентом строятся причинно-следственные связи в предметном сознании (как он видит реальность) и между предметным сознанием и самосознанием (что считает необходимым делать в так понимаемой реальности).

Психопатологическим симптомом признается лишь то, что может быть доказано таковым (К.Ясперс)

Доказательство строится на основе общепринятых законов логики (закон тождества, закон достаточного основания, закон исключенного третьего) с применением критерия достоверности (убедительности) и вероятности (с применением рассуждения по аналогии).

Согласно принципу К. Шнайдера, всегда необходимо сравнивать две логики: *внешнюю логику поведения* пациента и *логику объяснения* этого поведения самим пациентом. Тогда перед психологом ставится одна задача: доказать, на основании каких признаков он признает субъективную логику пациента идущей вразрез с внешней логикой объяснения поведения. Одной из наиболее широко применяемых для разрешения этой задачи является модель *дедуктивно-логических объяснений событий*.

УСЛОВИЯ АДЕКВАТНОСТИ

- аргументы (основания, на которые опирается психолог или пациент), объясняющие состояние и поведение пациента, должны быть логически корректны (т. е. не должны нарушать формальных законов логики);
- события, описываемые пациентом, должны иметь эмпирическое содержание (или быть вероятными событиями при определенных допустимых обстоятельствах; степень вероятности в клинической психологии часто определяется по принципу аналогии — событие тем вероятнее, чем больше сходства видит психолог в том, о чем рассказывает пациент, с тем, что бывает с большинством других людей, а также с тем, что ему уже известно о рассказываемых вещах);
- утверждения пациента должны быть убедительно доказаны.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РАЗГРАНИЧИВАЮЩИЕ ПРИЗНАКИ (К. ЯСПЕРС)

- наличие явно привлекающих внимание характеристик поведения и личности пациента (вычурность, демонстративность, эксцентричность);
- внезапность их появления в относительно короткий период (при этом подобные характеристики ранее в личности и поведении человека не присутствовали);
- появление дополнительных позитивных или негативных продуктов психической деятельности, а также соматических явлений, которые сопровождаются различными необычными толкованиями;
- снижение уровня критичности (частичная, отсроченная, вплоть до отсутствия).

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ И ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.

В первой фазе — *до и во время родов* — критическое значение для последующего развития психических расстройств имеют генетические факторы (врожденные особенности мозговых механизмов психической деятельности), воздействие токсических, инфекционных агентов во время беременности, характер протекания родов и особенности родовспоможения, отношение родителей к будущему ребенку (новорожденному) и характер их взаимодействия с младенцем, характер отношений в семье новорожденного, экологические факторы.

Во второй фазе — *первичной социализации* — на развитие психических нарушений могут повлиять инфекции, оказывающие негативное воздействие на мозг (прямое или токсическое), но ведущую роль на этом этапе начинают играть социально-психологические факторы: характер отношений с родителями и сверстниками (жестокое обращение, сексуальные злоупотребления, отвержение, эмоциональная депривация и т. п.), стиль воспитания в семье. Фаза социализации ограничивается периодами раннего детства и взрослостью.

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ И ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.

Первая и вторая фазы формируют *уязвимость* (биологическую и личностную в виде набора специфических черт характера) к развитию психических расстройств. Дальнейшая возможность возникновения расстройства зависит уже от действия пусковых (триггерных) факторов: если уязвимость низкая, то потребуются действие существенных пусковых факторов, если же уязвимость высокая, достаточно будет и меньших по силе пусковых факторов. Далеко не всегда наличие уязвимости (неблагоприятных факторов в пренатальной фазе и фазе социализации) связано с обязательным развитием психического расстройства или других отклонений, поскольку в процессе социализации на личность и ее психику оказывают действие различные социальные агенты.

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ И ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.

- ❑ На *продромальной* фазе развития психических расстройств начинается действие *пусковых факторов* болезни. Основным пусковым фактором здесь является *психологический стресс*, возникающий в результате резко изменяющихся привычных условий или хода жизни человека. Расстройство могут вызвать как однократно действующие стрессовые события, так и повторяющиеся. Многие здесь определяет качество восприятия событий и реальности самим человеком: одно и то же событие может для одного человека носить стрессорный характер, а для другого — нет. На этой фазе необходимо различать вредоносные (провоцирующие) и протективные (защищающие) факторы.
- ❑ *Дебют* — первое проявление *болезненных признаков* расстройства, когда у человека перестают срабатывать привычные способы совладания со стрессовыми ситуациями и наступает состояние дезадаптации, неадекватности поведения обстоятельствам жизни.
- ❑ Фаза *после возникновения расстройства* (дебюта болезни) связана с действием факторов, поддерживающих нарушенное протекание психической деятельности (поведение). Здесь также необходимо выделять вредные (способствующие развитию расстройства) и протективные (мешающие развитию расстройства) факторы.

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ И ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.

- ❑ В соответствии с биопсихосоциальной моделью болезни, большинство психических и поведенческих расстройств имеют *многофакторную природу*. Даже если в случае какого-либо конкретного заболевания ведущей причиной возникновения расстройства выступает одна четко доказанная биологическая причина (например, генетическая аномалия), то за актуальное психологическое состояние конкретного больного ребенка все равно отвечает целая цепочка обстоятельств, накладывающихся на определенную природой индивидуальную особенность механизмов психической деятельности в процессе его личностного развития. Достаточно часто проблемность той или иной биологически предопределенной особенности человека определяется не столько физиологическими механизмами, отвечающими эту особенность (психической деятельности или поведения), сколько отношением других людей к этой «инакости», «непохожести» индивида, а также ее учетом при организации социального взаимодействия «иного» человека с обычными «нормальными» («правильными») людьми.
- ❑ Именно по этой причине в современной клинической психологии принято обращать внимание на условия возникновения психических расстройств и нарушений поведения, в которых может сочетаться действие разных факторов: *генетических (наследственных), биохимических, нейрофизиологических, психофизиологических, личностных, социально-психологических, социологических.*

ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ

Генетические (наследственные),
биохимические, нейрофизиологические,
психофизиологические, личностные, социально-
психологические, социологические.

Генетические факторы определяют мозговую структуру и механизмы «инструментов» психической деятельности и отвечают за диапазон индивидуальных различий в поведении человека. Именно гены закладывают фундамент уникальности психологического облика индивида. Гены оказывают влияние, прежде всего на строение и биохимическую активность материального субстрата психики — мозга.

Биохимические факторы отвечают за скорость и эффективность передачи нейронных импульсов, специфичность рецепторов, характер взаимодействия нервных клеток между собой, инициацию и настройку нервных процессов. К биохимическим факторам относят биогенные амины (дофамин, норадреналин, серотонин) и аминокислоты, деятельность эндокринной и иммунной систем.

Психические расстройства, как правило, связаны с действием не одного, а нескольких генов. В современной психогенетике есть предположение, что возникновение психических расстройств является необходимым следствием генетического многообразия вида *Homo Sapiens*, поскольку люди с отклонениями от среднестатистического «норматива» психических функций выполняют роль своеобразного природного «резервуара», за счет которого в природе поддерживается уровень распространенности и степень выраженности определенных психических функций. Например, благодаря наличию людей с наследственной предрасположенностью к развитию шизофрении в общей популяции поддерживается достаточный уровень распространенности и оптимальная степень развития мозговых механизмов, обеспечивающих креативные способности мыслительной деятельности. Не само наличие, а связанность генов шизофрении с другими генами определяет возможность развития психического расстройства, поскольку эти гены в связках с другими («сдерживающими») генами имеются и у психически здоровых людей, отвечая за функционирование их когнитивных способностей. Разные комбинации одних и тех же генов могут по-разному проявлять себя в зависимости от условий окружающей среды. Поэтому в многофакторной модели развития психических расстройств речь идет не о том, что в них обусловлено наследственностью, а что — средой. Здесь речь может идти о том, какой *аспект расстройства* обусловлен генетически, а какой — влиянием социального окружения.

Нейрофизиологические факторы выступают материальной основой психических процессов, т. е. тем, посредством чего осуществляется психическая деятельность человека. Любой психический процесс — восприятие, внимание, память, эмоции — связан с какими-то физиологическими переменными. Нейрофизиологические процессы ориентировки и габитуации определяют то, что выбирает человек из непрерывного потока раздражителей в качестве специфических и информативных для реализации своих целей признаков среды. Изменения электрической проводимости в нейронных цепях приводят к изменениям в распознавании тех или иных характеристик хорошо знакомого раздражителя. Память реализуется посредством соединений взаимно возбуждающихся клеток, в результате чего возникают «нейронные ансамбли» — конструкции из совокупностей нейронов и их синаптических связей, образующих сравнительно устойчивую во времени систему. Каждому воспринимаемому событию соответствует свой «ансамбль» (пространственно-временной код). Следовательно, нарушения памяти могут быть связаны с искажениями «нейронных ансамблей», хранящих информацию о событиях. Нейрофизиологические механизмы эмоций исследованы еще недостаточно: о них стало известно только во второй половине XX в., когда были обнаружены мозговые центры удовольствия и неудовольствия (положительных и отрицательных эмоций), локализованные в основном в гипоталамусе и в архипалеокортексе. Электроэнцефалографические исследования показали доминирование определенных частот в ЭЭГ-активности при разных эмоциональных состояниях. Одной из гипотез является то, что в гипоталамусе происходит интеграция соматических и вегетативных компонент эмоциональной активности, а на более высоком мозговом уровне (в гиппокампе, миндалинах и неокортексе) представлены операции, необходимые для вызова эмоций. *Габитуация* — привыкание, угасание физиологической реактивности при повторяющихся действиях одного и того же раздражителя в определенном промежутке времени.

К психофизиологическим факторам психических расстройств

относится общая физиологическая активность организма, влияющая на протекание психических процессов.

Психофизиологическими факторами является деятельность центральной и периферической (автономной) нервной системы, нервно-мышечная активность, деятельность сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной, эндокринной систем. Все эти факторы связаны с процессами активации психики в условиях, побуждающих к кратковременным или стойким функциональным изменениям психической деятельности. К психофизиологическим факторам можно отнести длительные перегрузки — соматические, эмоциональные, обусловленные болезнью, — которые приводят к нарушениям психической деятельности в результате приписывания им той или иной роли при субъективном восприятии человеком физиологических сигналов своего организма.

Личностные факторы связаны с влиянием приобретенных в ходе развития (социализации и воспитания) психологических черт, повышающих уязвимость перед возникновением психических и поведенческих расстройств. Интегральной личностной способностью, обеспечивающей гибкую адаптацию к различным стрессовым ситуациям, является способность *совладания* со стрессом (*копинг*). Совладание связано с наличием у человека психических сил, позволяющих открыто признавать имеющиеся проблемы с целью дальнейшего их разрешения. Личностными факторами, возникающими в процессе социализации, являются *эмоциональная стабильность, выносливость* (под этим здесь понимается система представлений о себе и мире, которые поддерживают человека во взаимодействии со стрессовыми событиями), *самоэффективность, локус контроля* и др.

К **социально-психологическим факторам** психических расстройств относятся характеристики общения и межличностного взаимодействия, статусно-ролевые позиции в общении и взаимодействии, а также социальные установки (аттитюды) и представления. Они могут иметь разный *уровень влияния* на возникновение нарушений: прямое, опосредованное, модулирующее, дополнительное, поддерживающее.

- дополнительное, поддерживающее.
- Прямое действие оказывает такой фактор, как социальная депривация (лишение общения и взаимодействия с желаемыми или необходимыми для личности социальными объектами, лишение внимания со стороны других людей, изоляция). Но чаще всего социально-психологические факторы имеют значение опосредующих, модулирующих, дополнительных или поддерживающих влияний.
- Изменение характеристик общения и взаимодействия у человека с отклонениями в психической деятельности чаще всего связано с тем, что социальное окружение ориентировано на другие — *стандартные, общепринятые формы проявления* отношения и обращения. Поэтому свойственные людям с психическими отклонениями формы общения и взаимодействия не вписываются в стандартные правила, здоровые люди начинают избегать общения с такими людьми, отклоняющиеся люди в силу личностных особенностей не в состоянии гибко ответить на это избегание (или предотвратить его), что поддерживает и усугубляет их психологический дискомфорт (болезненность). Часто именно отсутствие взаимности поведенческих реакций и понимания (*«поддерживающей коммуникации»*) провоцирует дальнейшее развитие отклонений и способствует превращению их в болезнь.

Социологические факторы связаны с характеристиками социального пространства, в котором совместно проживают люди с психическими и поведенческими отклонениями и люди, соответствующие общепринятым нормам. К этим факторам относятся: доступность помощи, поддержки, соответствие предлагаемой помощи реальным потребностям и нуждам людей с отклонениями, возможность организации жизни с учетом индивидуальных особенностей психики людей с отклонениями от общераспространенных нормативов, материальные условия жизни (бедные люди заболевают значительно чаще). *Социальное неравенство* является ведущим социологическим фактором, ответственным за возникновение и развитие психических расстройств. Социальное неравенство означает неравенство жизненных условий и шансов людей, которые сталкиваются с поражением в правах и ограничениями в доступе к распределению благ из-за своих психических и личностных особенностей. В результате этого одни люди (психически «здоровые», соответствующие нормам) оказываются в лучшем положении, тогда как другие (психически «больные») — в худшем, дискриминированном положении. Люди с отклонениями оказываются исключенными из сформированного большинством членов общества жизненного стиля, что способствует развитию отклонения в такую форму, как «болезнь».

Социальное неравенство является ведущим социологическим фактором, ответственным за возникновение и развитие психических расстройств. Социальное неравенство означает неравенство жизненных условий и шансов людей, которые сталкиваются с поражением в правах и ограничениями в доступе к распределению благ из-за своих психических и личностных особенностей. В результате этого одни люди (психически «здоровые», соответствующие нормам) оказываются в лучшем положении, тогда как другие (психически «больные») — в худшем, дискриминированном положении. Люди с отклонениями оказываются исключенными из сформированного большинством членов общества жизненного стиля, что способствует развитию отклонения в такую форму, как «болезнь».

Методология клинико-психологического исследования.

- **Цель клинико-психологического исследования** — дать психологическую оценку личностной или поведенческой проблемы (психического расстройства) для последующего принятия решения о способах оказания профессиональной помощи.
- **Основными задачами** проведения клинико-психологического исследования являются:
 - — *дифференциальная диагностика нарушений психической деятельности;*
 - — *анализ структуры и установление степени психических нарушений;*
 - — *определение уровня психического развития пациента, характеристик его/ее личности;*
 - — *оценка динамики психических нарушений во времени;*
 - — *решение экспертных задач.*
- **Диагностический процесс** — это процесс различения нормы и патологии. Он проводится через анализ различной информации о развитии и жизни человека с целью сделать выводы о природе и причинах имеющейся проблемы. Диагностический процесс завершается постановкой диагноза — определением характера расстройства. Следует различать медицинский и клинико-психологический диагноз. Медицинский диагноз фокусируется на формальном отнесении видимой психологической проблемы к конкретной таксономической единице — наиболее подходящему названию, включенному в принятую систему классификации. Правильное определение названия расстройства автоматически предопределяет возможный круг его причин и соответствующее воздействие на них посредством специфического лечения.
- Клинико-психологический диагноз представляет собой *психологический анализ проблемы* (оценка поведения, психических функций и эмоций, состояния личности и внешних обстоятельств нарушения). Фактически клинико-психологический диагноз представляет не просто правильное распознавание и выбор подходящего названия расстройству, а описание особенностей поведения, мыслей и чувств, характерных для того или иного психического расстройства.
- Клинико-психологическая диагностика включает следующие компоненты:
 - — *описание* проблемы или расстройства (главные и сопутствующие признаки; степень выраженности — продолжительность, интенсивность, частота возникновения и глубина проблемы; обстоятельства, при которых происходит возникновение или обострение патологического состояния);
 - — *формальная классификация* проблемы или расстройства (определение типа);
 - — *объяснение* возможных причин или условий возникновения проблемы или расстройства;
 - — *прогноз* развития проблемы или расстройства (формулирование предположений о развитии патологического состояния в определенных обстоятельствах);
 - — *общая психологическая оценка* (позволяет составить дальнейший план действий и затем оценить их эффективность в процессе сравнения оценки до начала и после окончания терапевтических воздействий).
- В диагностике можно выделить два противоположных подхода: *объясняющий* и *понимающий*. Первый связан с **нозологической** парадигмой клиническо-психологической диагностики, второй — с **описательно-феноменологической**. В нозологической парадигме психолог опирается на общие выводы, применимые к широким группам людей. В описательно-феноменологической парадигме психолог делает акцент на уникальной ситуации развития конкретного ребенка или семьи.

- **Нозологическая парадигма** предлагает рассматривать психическую деятельность как набор отдельных процессов и состояний, каждый из которых тесно связан с определенным биологическим основанием — морфо-функциональным субстратом. За каждым психическим состоянием стоит конкретный биологический процесс. Таким образом, признаки нарушений психической деятельности полагаются объективными по своему происхождению, поскольку в них отражаются вполне конкретные нарушения морфо-функциональной основы (патогенез, вызванный каким-то этиологическим фактором). Следовательно, распознавание по отдельным признакам скрытого органа-патологического процесса позволяет определить суть и причины наблюдаемого расстройства. Нозологический подход заставляет врача и клинического психолога видеть в особо протекающей психической деятельности прежде всего внешние симптомы скрытой патологии или болезни. При этом диагност трактует проявления психической деятельности и поведения с позиции человека, который лучше пациента осведомлен о действительных (объективных) причинах того или иного состояния. Вопрос же соотношения нормы и патологии из сферы психического переносится в область биологического, тогда как на практике патология часто трактуется произвольно на основе соотнесения собственного понимания истоков поведения и состояния пациента с социальными нормами.
- **Ведущий нозологический принцип диагностики** — принцип *объяснения*, который основывается на понятности или непонятности для стороннего наблюдателя (психолога или врача) поведения человека и особенностей его психической деятельности.
- Основной акцент в нозологически ориентированной клинико-психологической диагностике делается на *различении отдельных признаков* расстройства и определении их связи с патологическим процессом. Патологические признаки обозначаются с помощью *системы симптомов*.
- *Симптом* — это строго фиксированное по форме описание признака, соотнесенного с определенной патологией.
- Другими словами, симптом есть обозначение *патологического* признака. Не каждый признак является симптомом, а только тот, для которого установлена причинно-следственная связь с патологией. Психопатологические симптомы делятся на *позитивные и негативные*.
- **Позитивные симптомы** обозначают признаки патологической продукции психической деятельности (вновь возникающие признаки, которых не было ранее). К ним относятся сенестопатии, галлюцинации, бред, тоска, страх, тревога, эйфория, психомоторное возбуждение. **Негативные симптомы** включают признаки ущерба, изъяна, дефекта психического процесса. Например, гипомнезия, амнезия, апатия.
- Совокупность всех симптомов образует **симптомокомплекс**, в котором можно выделить ряд закономерно сочетающихся друг с другом симптомов, образующих **синдром**.
- *Синдром* — это строго формализованное описание закономерного и устойчивого сочетания симптомов.
- В синдроме выделяют *обязательные, дополнительные и факультативные* симптомы. **Обязательный симптом** указывает на происхождение расстройства. **Дополнительный симптом** отражает тяжесть, выраженность расстройства (могут отсутствовать в конкретных случаях). **Факультативный симптом** связан с модифицирующим влиянием различных факторов. Среди обязательных симптомов бывает один (тогда это простой синдром, например, астенический) или два и более (тогда это сложный синдром).
- Использование понятий симптома и синдрома позволяет описать состояние пациента строго формализованно, поскольку раскладывает целостную психическую деятельность на отдельные типичные единицы, что важно для распознавания сущности нарушения.
- На проявление симптомов влияют такие факторы, как возраст, пол и культура, в которой воспитывался человек (контекст поведения).

- В детском и подростковом возрасте очень сложно провести четкую границу между болезненными нарушениями и допустимыми отклонениями в психическом развитии, поскольку психика и личность ребенка еще только развиваются.
- В детской клинической психологии, придерживающейся нозологического принципа диагностики расстройств, действует нормативистский подход к определению психической нормы и патологии, который заключается в следующем: нормой считается то, что соответствует социально определенным задачам развития личности ребенка на каждом возрастном этапе. Например, в нашей культуре ожидается, что в период от двух до пяти лет ребенок должен овладеть речью, сформировать привычку к туалету, получить навыки самообслуживания; в период от шести до одиннадцати лет должны появиться учебные навыки, подчиняемость правилам и простые проявления личной ответственности и т. д.
- Для каждой возрастной группы в культуре также определены допустимые, считающиеся нормальными отклонения в поведении: например, до пяти лет нормальными считаются эгоизм, страхи, нежелание вовремя ложиться спать, а в возрасте до одиннадцати лет — дух противоречия, неспособность к устойчивой концентрации внимания или застенчивость.
- В соответствии с социально предписанными задачами психического развития ребенка выделяют так называемые «критические» возрасты. Суть «кризисов» на самом деле заключается в том, что ребенок в ходе индивидуального развития либо слишком быстро, либо слишком медленно достигает предписанных обществом для каждого возраста задач развития. Дело в том, что при достижении ребенком определенного «критического» возраста у окружающих его взрослых изменяются ожидания и требования, предъявляемые к личности ребенка. Несоответствие индивидуальных особенностей психики и поведения ребенка этим ожиданиям и являются причиной беспокойства взрослых в отношении его «нормальности», т. е. соответствия норме-нормативу

в детской клинической психологии наряду с выраженным нормативистским уклоном есть тенденция рассматривать процесс психического развития в тесной связи с формированием биологически целесообразного оптимума функционирования органических процессов, обеспечивающих психическую активность ребенка. Чем меньше возраст ребенка, тем большую роль в проявлении патологической симптоматики играют именно биологические нарушения процесса развития. С увеличением биологического возраста биологические факторы из причинных становятся факторами предрасполагающих внутренних условий, взаимодействующих с причинными факторами социально-психологического плана. Так, в возрасте **до трех лет** основными критериями патологического развития служат изменения на *соматовегетативном уровне* (повышение температуры, судорожной готовности, усиление потливости, нарушения сна, пищеварения и аппетита). В возрасте **от четырех до семи лет** основным критерием выделения патологических симптомов становится уровень *психомоторного возбуждения* (усиленная активность, дефицит внимания, тики, навязчивости). В возрастном периоде **от пяти до десяти лет** основным критерием является *способ аффективного реагирования* (тревожно-фобические симптомы). И в возрасте **одиннадцати-семнадцати лет** на первое место в симптоматике выдвигаются симптомы нарушений на эмоционально-идеаторном уровне (сверхценные идеи, болезненные мысли, содержание межличностных отношений, направленность социального взаимодействия).



Так как оценка патологичности тех или иных проявлений психики и поведения ребенка связана с ожиданиями взрослых, обнаруживаются значительные гендерные различия в проявлении тех или иных клинико-психологических симптомов. Так, ожидание от девочек большей покорности и подчиняемости может привести к тому, что «неожидаемая» повышенная агрессивность и двигательная активность девочки чаще будет диагностирована психологом как «патология». Культурные нормы также ответственны за то, что у девочек чаще проявляются не прямые агрессивные реакции: вербальные атаки, сплетни, остракизм или возмездие «третьему» лицу («козлу отпущения»). Наконец, культура определяет и то, какие формы поведения детей считаются нормальными и ненормальными в отношениях между собой или со взрослыми. Например, самостоятельность и спонтанность в поведении ребенка в возрасте до 10 лет или отказ посещать школу в возрасте после 10 лет в разных культурах может быть расценена как в терминах патологии, так и нормы.

- **Описательно-феноменологическая парадигма** клинико-психологического исследования не придерживается четкого разграничения нормальной и нарушенной психической деятельности (или поведения). Здесь существенное значение для диагностики имеют целостные субъективные переживания пациента и его собственные трактовки своего состояния. Феноменологически ориентированное клинико-психологическое исследование опирается на **четыре основных принципа**: принцип понимания, принцип эпохи (воздержания от суждения), принцип беспристрастности и точности описания, принцип контекстуальности.

Нарушения психической деятельности

НАРУШЕНИЯ ОЩУЩЕНИЙ И ВОСПРИЯТИЯ

Ощущение — это самый простой психический процесс отражения отдельных свойств и качеств среды при непосредственном воздействии на специфические рецепторы органов чувств физических, химических, механических и других раздражителей. По виду рецепторов различают *экстероцептивные, интероцептивные и проприоцептивные ощущения*.

Экстероцептивные ощущения дают общую информацию о состоянии внешней среды обитания человека.

Интероцептивные ощущения сообщают о событиях, происходящих внутри организма (иногда их называют висцероцептивными, когда речь идет о сигналах, исходящих от внутренних органов). **Проприоцептивные ощущения** сигнализируют о позиции, местоположении и движении тела или его частей, они отвечают за пространственную ориентацию. Имеются две группы проприоцепторов: вестибулярные и кожно-кинестетические (т. е. находящиеся в коже, мышцах, сухожилиях и суставах).

ВОСПРИЯТИЕ

Восприятие есть осмысленный и опосредованный словом процесс отражения совокупности свойств и качеств, который зависит от цели жизнедеятельности.

Восприятие характеризуется активностью, пристрастностью и мотивированностью.

Совокупность ощущений в восприятии складывается в виде конструируемого сознанием целостного образа реальности на основе предоставляемой ощущениями информации.

Особенность восприятия - при ограниченной по объему или содержанию сенсорной информации в восприятии конструируется целостный образ предмета или явления.

Восприятие представляет собой необходимую предпосылку для анализа и познания окружающего мира, регуляции и контроля поведения, а также оно оказывает влияние на чувства и настроения.

Восприятие предполагает взаимодействие самых разных психических процессов: внимание, память, мотивационно-эмоциональные и т. п. Нарушения на уровне восприятия могут косвенным образом приводить к изменению других психических функций.

НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВЕННОГО ПОЗНАНИЯ МОЖНО КЛАССИФИЦИРОВАТЬ ПО РАЗНЫМ ОСНОВАНИЯМ: ПО ОРГАНАМ ЧУВСТВ ИЛИ ПО УРОВНЮ ВОСПРИЯТИЯ

- ▣ По органам чувств выделяют зрительные, слуховые, осязательные (тактильные), обонятельные и вкусовые расстройства.
- ▣ К **зрительным расстройствам** относят:
 - ▣ — снижение или усиление остроты зрения;
 - ▣ — нарушения цветового восприятия;
 - ▣ — искажения пространственного восприятия;
 - ▣ — выпадение отдельных полей зрения;
 - ▣ — нарушения зрительного узнавания (агнозии);
 - ▣ — иллюзии и галлюцинации.
- ▣ К **нарушениям слуха** относят:
 - ▣ — нарушения восприятия громкости, высоты, тембра или темпа (ритма) звуков;
 - ▣ — нарушения узнавания шумов и сигналов (слуховая агнозия);
 - ▣ — слуховые иллюзии и галлюцинации;
 - ▣ — интероцептивные шумы (ощущение шума в ушах в отсутствие внешнего раздражителя).
- ▣ К **тактильным нарушениям** относят:
 - ▣ — расстройства способности локализации очага раздражения;
 - ▣ — расстройства ощущений давления, температуры, влажности, боли;
 - ▣ — нарушения различения внешних признаков объектов;
 - ▣ — иллюзорные ощущения и осязательные галлюцинации;
 - ▣ — нарушение восприятия схемы тела.
- ▣ К **нарушениям обоняния и вкуса** относят:
 - ▣ — частичную или полную потерю обонятельных или вкусовых ощущений;
 - ▣ — потерю взаимосвязи между определенным запахом и вкусом и типичным для них объектом;
 - ▣ — инверсию привычных запахов и вкусов (приятные запахи или вкусы воспринимаются как отвратительные или наоборот).

ПО УРОВНЮ ВОСПРИЯТИЯ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПЫ НАРУШЕНИЙ В СФЕРЕ ЧУВСТВЕННОГО ПОЗНАНИЯ

На уровне ощущений		На уровне восприятия			На уровне представлений
Изменение порога чувствительности	Сенестопатии	Психосенсорные расстройства	Агнозии	Иллюзии	Галлюцинации

-
- ▣ **В основе нарушений ощущений** лежит изменение **порога чувствительности**: снижение или повышение уровня ощущений по отношению к норме.
 - ▣ Снижение порога — **гиперестезия** — представляет собой и расположением органов. Боли, возникающие при поражении нервов или сосудов (парестезии), в отличие от сенестопатий проецируются на поверхность кожи или появляются при определенных движениях.
 - ▣ усиление восприимчивости, интенсификацию ощущения, что в крайних случаях может приводить к раздражению, несдержанности, гневу, дискомфорту. Повышение порога может проявляться в виде гипестезии или анестезии. **Гипестезия** — снижение восприимчивости, понижение чувствительности. **Анестезия** — полная нечувствительность при анатома-физиологической сохранности (психическая слепота, утрата вкусов, способности распознавать запахи, утрата чувства боли).

Сенестопатии — это проецирование каких-то ощущений внутрь телесного «Я» (термические ощущения — жжет, печет, леденит; ощущение движения жидкостей — пульсация, переливание, закупоривание сосудов; ощущения передвижения, натяжения. Соматические боли в отличие от сенестопатий всегда локализованы, имеют стереотипное содержание, связаны с анатомическими границами

В ОСНОВЕ НАРУШЕНИЙ ОЩУЩЕНИЙ

- - изменение *порога чувствительности*: снижение или повышение уровня ощущений по отношению к норме.
- Снижение порога — *гиперестезия* — представляет собой усиление восприимчивости, интенсификацию ощущения, что в крайних случаях может приводить к раздражению, несдержанности, гневу, дискомфорту.
- Повышение порога может проявляться в виде гипестезии или анестезии.
- *Гипестезия* — снижение восприимчивости, понижение чувствительности. *Анестезия* — полная нечувствительность при анатома-физиологической сохранности (психическая слепота, утрата вкусов, способности распознавать запахи, утрата чувства боли).
- *Сенестопатии* — это проецирование каких-то ощущений внутрь телесного «Я» (термические ощущения — жжет, печет, леденит; ощущение движения жидкостей — пульсация, переливание, закупоривание сосудов; ощущения передвижения, натяжения и т. д.). Соматические боли в отличие от сенестопатий всегда локализованы, имеют стереотипное содержание, связаны с анатомическими границами и расположением органов. Боли, возникающие при поражении нервов или сосудов (парестезии), в отличие от сенестопатий проецируются на поверхность кожи или появляются при определенных движениях.

ИПОХОНДРИЯ

Психогенные ипохондрические расстройства возникают тогда, когда вследствие определенной психотравмирующей ситуации у человека оскудевают социальные связи, т. е. сокращается экстрацептивное общение с внешним миром. В норме наше сознание ориентировано на влияния внешней среды, тогда как при ипохондрии оно переключается внутрь. И человек страдает не столько от неприятных ощущений, сколько от уверенности в своей болезни, вытекающей из необычности ощущений.

- ▣ **Органические ипохондрические расстройства** могут быть связаны с нарушением в деятельности нервной системы на *периферическом, стволовом и кортикальном* уровнях.
- ▣ На **периферическом уровне** происходит изменение активности рецепторов вегетативной нервной системы, и раздражения, исходящие из внутренних органов, вызывают множество подпороговых суммирующихся импульсов, что приводит в возбуждение подкорковые узлы. Под влиянием перевозбуждения в таламусе и диэнцефальных системах происходит изменение самоощущения и восприятия тела. И затем в патологический процесс вовлекается кора.
- ▣ На **стволовом уровне** первично поражаются стволовые механизмы передачи нейронных импульсов от рецепторов в кору. В связи с этим развиваются нарушения самочувствия, эмоций, восприятия интрацептивных импульсов. На первое место выходит повышенная тревожность, человека начинают беспокоить навязчивые нозоманические идеи.
- ▣ На **кортикальном уровне** первично поражаются корковые системы (скорее всего — височно-базальные), что выражается в изменении субъективной оценки своего состояния (переоценка тяжести), развиваются парестезии.
- ▣ См. ниже «тактильные иллюзии».

В основе расстройств восприятия лежит нарушение процесса *идентификации* субъективного образа с воспринимаемым объектом (узнавание). В случае *психосенсорных расстройств* искажается процесс восприятия объекта или его признаков. В случае *агнозий* затрудняется процесс узнавания воспринимаемых объектов. В случае *иллюзий* возникающий субъективный образ не соответствует реальному объекту и полностью его замещает.

воспринимаемых объектов. В случае *иллюзий* возникающий субъективный образ не соответствует реальному объекту и полностью его замещает.

- ▣ **Психосенсорные расстройства** возникают у людей, начиная с дошкольного возраста, и обнаруживаются в двух формах:
- ▣ 1. **Искаженное восприятие объектов внешнего мира:** их величины и размеров, формы, постоянства цветовой гаммы, пространственного положения и устойчивости, количества и целостности, ощущение замедления или ускорения течения времени

-
- ▣ **Зрительные галлюцинации** заключаются в ложном зрительном восприятии несуществующих (не видимых для других людей) объектов или сцен. При этом человек уверен в том, что эти объекты или сцены не есть только лишь продукт его сознания, поскольку они воспринимаются им как реально существующие.
 - ▣ **Слуховые галлюцинации** заключаются в том, что человек слышит несуществующие звуки. При простых слуховых галлюцинациях слышится бормотание, капающая вода, шепот, тиканье часов, шаги, хлопанье в ладоши. При сложных слуховых галлюцинациях человек слышит мелодии, музыку, голоса других людей.
 - ▣ К **тактильным галлюцинациям** причисляют феномен редупликации частей тела (ощущение фантомных частей тела, например удаленных после хирургического вмешательства) или всего тела (ощущение фантомного телесного «двойника», как своего собственного, так и других людей — например, ощущение, что кто-то лежит рядом или кто-то другой навалился сверху).
 - ▣ **Галлюцинации обоняния и вкуса** связаны с восприятием несуществующих запахов и вкусов.
 - ▣ Существуют возрастные особенности проявления галлюцинаций. У детей чаще возникают элементарные галлюцинации при измененном сознании, хотя возможно их появление и на фоне ясного сознания. В дошкольном возрасте чаще встречаются зрительные галлюцинации, персонажами которых выступают герои сказок, мультфильмов. При этом зрительные образы, как правило, фрагментарны (дети видят отдельные части фигуры — лицо, лапу и т. п.). Псевдогаллюцинации, особенно слуховые, редко появляются у детей младше 10-12 лет.
 - ▣ Более часто в детском возрасте встречаются **галлюцинации воображения**. Они возникают спонтанно на фоне образных представлений, фантазий и являются как бы продолжением этих актуальных для больных представлений. Распространенным вариантом галлюцинаций воображения является феномен «оживления» неодушевленных предметов — картин, игрушек и т. п.
 - ▣ Гипнагогические галлюцинации, которые наряду с галлюцинациями воображения и псевдогаллюцинациями относят к незавершенным, также встречаются у детей чаще, чем истинные галлюцинации.

НАРУШЕНИЯ ПРОИЗВОЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ И ДЕЙСТВИЙ

- Моторные расстройства можно разделить на *органические* и *психогенные* двигательные расстройства. При органических двигательных расстройствах патологические изменения происходят в костно-мышечной и нервной системах организма. Психогенные двигательные расстройства имеют функциональный характер и определяются действием психологического фактора. Нарушения произвольных движений и действий связаны с расстройством функции *инициации* и расстройствами *выполнения*.
- Произвольное движение инициируется намерением или замыслом человека (целью). Намерение или замысел приводят к обращению за находящимися в памяти специфичными для ситуации двигательными программами (план действия) или запускают процесс формирования адекватной оригинальной программы (если подходящая модель в памяти отсутствует). Выбор программы (плана) осуществляется согласно ситуативным критериям.
- Нарушения волевой регуляции действий и движений составляют основу всех рассматриваемых расстройств, поскольку существенным признаком произвольного акта является целенаправленное приложение усилий для его реализации согласно выбранному плану. В случае нарушения произвольной стороны моторики речь идет об обособлении цели как организующего компонента действия и самого действия, которое не вписывается в контекст ситуации его осуществления и выглядит лишенным смысла

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

Нарушения памяти — наиболее часто встречающаяся клиническая проблема. Самые разнообразные нарушения психической деятельности могут маскироваться под кажущимися расстройствами мнестической функции: нарушения внимания мотивационной, волевой, эмоциональной сфер.

Проблемы мнестических нарушений (нарушения функций памяти — запоминания, сохранения и воспроизведения) и анализа этой проблемы с точки зрения строения памяти, динамики мнестических процессов и мотивации

проблемы мнестических нарушений (нарушения функций памяти — запоминания, сохранения и воспроизведения) и анализа этой проблемы с точки зрения строения памяти, динамики мнестических процессов и мотивации.

Главные функции человеческой памяти являются целенаправленное *запоминание*, *сохранение* и *произвольное воспроизведение* информации.

- ▣ **Запоминание** связано с нейрофизиологическим процессом *консолидации* — закрепления кода информации о каком-либо событии или факте. С точки зрения современной физиологии памяти, кодирование информации протекает следующим образом: восприятие — сличение с образцом в долговременной памяти - узнавание/неузнавание - образование временных кодов в кратковременной памяти под регулирующим воздействием избирательного внимания — консолидация нового кода в долговременной памяти.
- ▣ **Сохранение** информации — плохо изученный процесс. Известно, что хранение информации не предусматривает сохранения ее полноты и неизменности: информация претерпевает изменения в процессе хранения, связанные с влиянием мышления. Как следствие в процессе сохранения информация всегда трансформируется или деформируется.
- ▣ **Произвольное воспроизведение** информации связано с выделением необходимых сведений из всего хранящегося в памяти материала под влиянием мотивирующего фактора (необходимости), когда человек активно выбирает из всего массива данных только нужные компоненты, «вытормаживая» побочные образы и факты. При воспроизведении информация также может деформироваться в результате сочетания с новыми впечатлениями

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

Галлюцинациями называют представления, воспринимаемые как реальные объекты (иными словами, это восприятие того, чего на самом деле нет в актуальной реальности как реально существующего или действующего).

Простые галлюцинации возникают в одном анализаторе. При сложных галлюцинациях (в их формировании участвуют два и более анализаторов) галлюцинаторные образы являются содержательными: больные видят различные одушевленные и неодушевленные предметы, фантастических существ, слышат связную содержательную речь, музыку.

Существуют истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации.

При **истинных галлюцинациях** галлюцинаторный образ, как и при обычном восприятии, проецируется в окружающую среду и оценивается больным как объект действительности.

При **псевдогаллюцинациях** человек в состоянии отделить свое субъективное представление от восприятия объективной реальности

- ☐ Существует **четыре метода** клинико-психологического исследования: *беседа (интервью), эксперимент, наблюдение за поведением пациента, анализ истории жизни (сбор анамнеза)*.
- ☐ **Клинико-психологическое интервью (беседа)** — это метод получения информации об индивидуально-психологических особенностях личности и психологических состояниях. От обычного расспроса интервью отличается тем, что оно имеет направленный диалогический характер и направлено не только на идентификацию явно предъявляемых признаков патологии, но и на распознавание скрытых признаков, а также на более точное понимание существа проблемы.
- ☐ **Принципы клинико-психологического интервью:**
 - ☐ — *однозначность и точность вопросов;*
 - ☐ — *доступность;*
 - ☐ — *проверяемость и адекватность;*
 - ☐ — *беспристрастность.*
- ☐ *Принцип однозначности и точности* подразумевает однозначное формулирование вопросов, не допускающее разнообразия в понимании того, о чем спрашивает диагност пациента (например, вопрос «Испытываете ли вы на себе психическое воздействие?» неоднозначен, поскольку под воздействием можно понимать разные вещи: инопланетян, других людей, сильные переживания и т. д.).

- ▣ *Принцип доступности* предполагает, что диагност обращается к пациенту на понятном ему языке, соответствующем его социальному статусу, уровню знаний, словарному запасу, культурным особенностям.
- ▣ *Принцип адекватности* требует уточнения содержания одинаковых слов, которыми пользуются пациент и психолог для исключения неверной интерпретации ответов.
- ▣ *Принцип беспристрастности* предполагает контроль диагноста над тем, не навязывает ли он пациенту своих представлений о наличии у пациента патологии.
- ▣ Само интервью (беседа) состоит из двух частей. Первая часть — *установление психологического контакта*. Это наиболее важный и сложный этап, способный повлиять на качество полученных результатов. Как правило, при работе с детьми и подростками клинический психолог сталкивается с тем, что ребенка приводят на прием взрослые: родители и педагоги. Причиной обращения к клиническому психологу становится *проблемное с точки зрения взрослых* поведение ребенка. Поэтому дети часто не понимают, почему им нужно беседовать с психологом и участвовать в каких-то обследованиях. Поэтому первичное клинико-психологическое интервью никогда не следует ориентировать на получение информации: его лучше начинать с ситуативной поддержки, уточнения самочувствия и способности участвовать в исследовании, объяснения целей и задач встречи психолога с ребенком, акцентируя внимание на наличии у него права отказаться от диагностической процедуры. Однако, если быть откровенным, подобные же задачи нередко решаются и клиническим психологом, работающим со взрослыми людьми (например, с пациентами психиатрических клиник).

- Вторая часть интервью — *беседа во время эксперимента* — больше характерна для нозологической парадигмы клинической психологии. Содержание этой беседы всегда зависит от поставленной задачи.
- В описательно-феноменологической парадигме клинико-психологическое интервью является главным методом обследования личности, тогда как наблюдение и психологическое тестирование (эксперимент) играют вспомогательную роль и зачастую вовсе не используются.
- Клинико-психологическое интервью может быть *полуструктурированным и свободным*. **Полуструктурированное интервью** включает в себя обязательный список специфических вопросов, касающихся конкретной проблемы, по поводу которой взрослые обратились за помощью к психологу. Оно позволяет психологу за короткий период собрать полную информацию, необходимую для постановки психологического диагноза, и прояснить все необходимые аспекты проблемы. Полуструктурированные интервью состояются на основе таксономических (синдромальных) признаков психических или поведенческих расстройств и облегчают классификацию проблемы в универсальных определениях болезней. Вопросы в таких интервью направлены на идентификацию симптомов расстройства, определение типичных ситуаций их проявления, интенсивность и глубину нарушений, семейный и межличностный контекст. Эффективность проведения структурированного интервью определяется двумя факторами: 1) качеством межличностного контакта психолога и ребенка; 2) гибкостью проведения интервью (учет психологом индивидуального состояния ребенка, ситуации обследования и особенностей жизни ребенка). Преимуществом использования полуструктурированного интервью является то, что нередко люди не склонны сразу делиться с психологом важной диагностической информацией. Недостатком является то, что обследуемые этим способом часто не склонны рассказывать психологу больше того, о чем были заданы вопросы.

Свободные клинико-психологические интервью помогают сформировать наиболее полную информацию об актуальных проблемах ребенка и ситуации, в которой он находится. Свободное интервью позволяет детям и взрослым спонтанно высказывать свои наиболее актуальные, не навязанные психологом мысли и чувства, как это и бывает с ними в повседневном общении. Многие психологи разрабатывают индивидуальный стиль вовлечения своих клиентов в свободное диагностическое интервью, используя различные «приманки» — видеоигры, игрушки, совместная деятельность (игра, бытовое общение). При работе с маленькими детьми целесообразно сначала вовлечь в игру или совместную деятельность одного из близких ребенка, которому он доверяет (например, начать работу с совместного раскрашивания или рисования картинок). В ходе свободного интервью необходимо собрать информацию о восприятии ребенком самого себя и других людей, узнать его обычные поведенческие реакции в разнообразных ситуациях общения и взаимодействия. При таком интервью важной может оказаться любая информация, касающаяся взглядов ребенка на ситуацию обращения к психологу, обследование, а также его интерпретации случившегося и других основных жизненных событий.

В первичном клинико-психологическом интервью, проводимом любым методом, важно провести обследование психического статуса. Информация о психическом статусе представляет собой впечатление психолога от общения с клиентом. Такое обследование позволяет выделить те аспекты поведения, которые необходимо подвергнуть более тщательному анализу, сопоставить жалобы (самого ребенка или взрослых) со сложившимся впечатлением. **Психический статус** включает в себя пять параметров:

- — *внешний вид обследуемого;*
- — *коммуникабельность и поведение во время беседы и тестирования;*
- — *настроения и эмоции;*
- — *интеллект;*
- — *особенности восприятия себя, времени и окружающей реальности.*
- Для оценки *внешнего вида* необходимо обратить внимание на наружность, соответствие внешнего облика возрасту, походку, одежду, внешний вид (опрятный, неопрятный), используемые позы и жесты, выражение лица.

- *Коммуникабельность* и поведение во время беседы и тестирования дает информацию о сформированности социальных навыков общения и взаимодействия, об уровне моторного возбуждения, отношении к факту беседы с психологом (раздражение, агрессия, стремление вызвать к себе симпатию, оборонительная позиция, апатичность, сарказм) и адекватности поведения ситуации. Коммуникабельность также позволяет оценить процесс мышления: целостность или разорванность, подвижность, уместность, обстоятельность.
- *Настроения и эмоции* характеризуют психологическое состояние обследуемого (мрачность, напряженность, безысходность, возмущение, уверенность, печаль, эйфория, боязнь и т. д.).
- *Интеллект* характеризуется словарным запасом, уровнем образованности, наличным запасом знаний, способностью понимать связи вещей и явлений, делать выводы.
- *Особенности восприятия* себя, времени и окружающей реальности характеризуют способность человека знать время, место, кто он и где находится, а также характеризуют уровень сознания (ясное, спутанное, помраченное), адекватность самооценки, наличие нарушений восприятия.
- **Клинико-психологический эксперимент** — это искусственное создание условий, выявляющих особенности психической деятельности человека в болезненных состояниях. Он строится по принципу функциональных проб. Роль специфической нагрузки в экспериментально-психологическом исследовании (ЭПИ) принадлежит заданиям, выполнение которых требует актуализации психических функций. ЭПИ осуществляется с помощью *нестандартизированных и стандартизированных методик*.
- **Нестандартизированные методики** получили название *патопсихологических*. Заключение при использовании этих методик делается не по результату, а по содержательному анализу способа выполнения целого ряда заданий.
- Более подробно патопсихологический эксперимент освещен в ч. III «Патопсихология».

-
- **Принцип понимания** предполагает анализ субъективного смысла, который пациент вкладывает в те или иные феномены, которые нам кажутся странными, ненормальными. Ведь один и тот же внешний феномен после акта понимания может быть назван аутизмом либо интроверсией; амбивалентностью либо нерешительностью; резонерством или демагогией.
 - **Принцип эпохе** предполагает, что необходимо абстрагироваться от синдромального мышления и не пытаться укладывать наблюдаемые феномены в нозологические рамки.
 - **Принцип беспристрастности и точности** описания заключается в требовании исключить любые присущие диагносту субъективные интерпретации состояния пациента с позиций собственного жизненного опыта, моральных установок и прочих оценочных категорий. А также он предполагает тщательный подбор слов для описания состояния пациента.
 - **Принцип контекстуальности** подразумевает, что феномен не существует изолированно, а является частью общего восприятия и понимания человеком окружающего мира и самого себя. Контекстуальность позволяет определить место, адекватность условиям и меру осознания пациентом того или иного психического феномена.

- **Стандартизированные методик** включают в себя различные тесты и личностные опросники.
- Существует **два принципа подбора методик для экспериментально-психологического исследования**:
- 1) сочетание методик, позволяющих более полно и всесторонне исследовать проявления психической деятельности;
- 2) сочетание близких по направленности методик, что повышает надежность полученных результатов. Обычно в одном исследовании применяют 8-9 методик.
- В выборе методик ЭПИ играют роль следующие обстоятельства.
- 1. Цель исследования — дифференциальная диагностика, определение глубины дефекта, изучение эффективности терапии.
- 2. Образование и жизненный опыт больного.
- 3. Особенности контакта с больным (например, слабовидящий пациент).
- В процессе исследования методики предлагаются по возрастающей сложности (за исключением испытуемых, от которых ожидается симуляция).

■ **Наблюдение за поведением** — это способ оценки мыслей, чувств и поступков ребенка в определенном социальном окружении. Оно позволяет сформулировать гипотезу о природе проблемы и план ее коррекции. Если в интервью мы имеем дело с внутренней картиной расстройства или проблемы, в эксперименте мы моделируем различные ситуации, выявляющие особенности протекания психических процессов, то в наблюдении мы видим реальные проявления особенностей психики ребенка в ситуациях социального взаимодействия и реальные проблемы, связанные с этими особенностями, с которыми ребенок сталкивается в повседневной жизни. Наблюдение за поведением может осуществлять сам психолог или человек, имеющий возможность вести наблюдение (родитель, педагог, медработник). Наблюдение приобретает особое значение при работе с детьми, поскольку здесь к психологу обращается не сам ребенок, а окружающие его взрослые. Следовательно, предъявляемая ими проблема может существенно отличаться от того, что на самом деле требует вмешательства. Перед организацией наблюдения психолог должен определить то, на какие поведенческие симптомы будет обращено особое внимание наблюдателя. Нередко для наблюдения используется заранее составленная оценочная таблица.

- В наблюдении используется следующая схема обследования:
- 1) сначала описываются события, непосредственно предшествующие проявлению расстройства;
- 2) потом (безоценочно!) описываются проявления нарушения;
- 3) после чего идет описание последствий, с которыми сталкивается проблемный ребенок.

В процессе наблюдения можно обнаружить большое число факторов, влияющих на функционирование и проявление расстройства. В случае, когда наблюдение осуществляется не психологом, а людьми из окружения ребенка (пациента), возникает возможность косвенной оценки мотивации и роли этих лиц в актуализации расстройства.

- Объектом клинико-психологического наблюдения может стать не только непосредственное поведение, но и поведение в ситуациях ролевых взаимодействий, организуемых психологом.
- **Анализ истории жизни** включает в себя получение информации о потенциально значимых этапах развития и жизненных событиях, повлиявших на проявление симптомов расстройства. Эта информация обычно касается следующего круга вопросов:
 - — рождение ребенка и связанные с этим события (беременность, осложнения при родах, употребление матерью психоактивных веществ в течение беременности);
 - — развитие ребенка (возраст, в котором ребенок начал ходить, говорить, приучился к туалету, получил навыки самообслуживания);
 - — медицинская история (травмы, несчастные случаи, операции, сопутствующие заболевания, принимаемые в прошлом и сейчас медицинские препараты);
 - — характеристика и история семьи (возраст семьи и родителей, род занятий родителей, их образование, сведения о психических болезнях родственников);
 - — социальные навыки ребенка (особенности его межличностных отношений с родителями, педагогами, медработниками, друзьями, другими детьми, в какие игры играет, какую деятельность предпочитает);
 - — история образования ребенка (когда пошел в детский сад или школу, какова его успеваемость, какие школы посещал ранее, имеет ли дополнительные занятия, каковы отношения с учителями и одноклассниками);
 - — информация о досуге и личных отношениях со сверстниками (если речь идет о подростке);
 - — описание попыток справиться с расстройством до обращения к психологу;
 - — ожидания окружающих в отношении этого ребенка.

Литература для чтения

1. *Алейникова Т. В.* Возрастная психофизиология. — Ростов-на-Дону: Изд-во ООО «ЦВВР», 2000.
2. *Гроф С.* За пределами мозга. — М.: Изд-во Трансперсонального института, 1993.
3. *Клиническая психология* / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002.
4. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. — М.: МЕДпресс, 1999.
5. *Н. А. Носов.* Сознание и психика (Глава 3) // Многомерный образ человека: Комплексное междисциплинарное исследование человека. — М.: Наука, 2001.
6. *Финзен А.* Психоз и стигма. — М.: Алетейя, 2001.

Цитируемая литература

1. *Алейникова Т. В.* Возрастная психофизиология. — Ростов-на-Дону: Изд-во ООО «ЦВВР», 2000.
2. *Анохин П. К.* Философские аспекты теории функциональной системы. — М.: Наука, 1978.
3. *Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л.* Мозг, разум, поведение. — М.: Прогресс, 1988.
4. *Выготский Л. С.* История развития высших психических функций // Выготский Л. С. Собр. соч.: В 6 т. Т. 3. — М.: Педагогика, 1983.
5. *Декарт Р.* Страсти души // Декарт Р. Соч.: В 2 т. Т. 1. — М.: Мысль, 1989.
6. *Клиническая психология* / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002.
7. *Леонтьев А. Н.* Очерк развития психики // Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения: В 2 т. Т. 1. — М.: Педагогика, 1983.
8. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. — М.: МЕДпресс, 1999.
9. *Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99).* Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / Под общ. ред. Б. А. Казаковцева, В. Б. Голланда. — М.: Минздрав России, 1988; Ростов-на-Дону: ЛРНЦ «Феникс», 1999.
10. *Психогенетика* / И. В. Равич-Щербо, Т. М. Марютина, Е. Л. Григоренко. Под ред. И. В. Равич-Щербо. — М.: Аспект-Пресс, 2002.
11. *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии: В 2 т. Т. 1. — М.: Педагогика, 1989.
12. *Селье Г.* Стресс без дистресса. — М.: Прогресс, 1979.
13. *Судаков К. В.* Теория функциональных систем. — М.: Изд-во РАН, 1996.
14. *Ясперс К.* Собрание сочинений по психопатологии. В 2 т. — М.: Издательский центр «Академия»; СПб.: Белый кролик, 1996.
15. *Engel G. L.* The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // Science. 1977. Vol. 196. № 4286.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

1. *Работа клинических психологов в воспитательных и образовательных учреждениях.*

2. *Правовые и организационные аспекты клинико-психологической работы в воспитательных и образовательных учреждениях.*

Контрольные вопросы к разделу

1. Что является предметом клинической психологии как самостоятельной ветви психологической науки?
2. Кто первым ввел в оборот термин «клиническая психология»?
3. Какие термины могут быть использованы для описания клинических аспектов деятельности психолога помимо термина «клиническая психология»? Чем они различаются?
4. В какой научной области зародилась клиническая психология?
5. Какие задачи ставила перед клинической психологией психиатрия?
6. Какова была цель привлечения клинического материала для решения вопросов общей психологии?
7. Чем отличается принятая в нашей стране трактовка патопсихологии, предложенная Б. В. Зейгарник, от трактовки, принятой в зарубежных странах?
8. Какие задачи решает клиническая психология в педагогической деятельности?
9. Из каких разделов состоит современная клиническая психология?
10. Перечислите основные аспекты деятельности клинического психолога в воспитательных и образовательных учреждениях.
11. Чем психотерапия отличается от психокоррекции?
12. Какие виды психопрофилактики вы знаете?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. *Б. В. Зейгарник. Исторический обзор // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. 2-е изд., испр. и доп. — М.: Когито-Центр, 2000. С. 19-26.*
2. *Б. Ф. Ломов, Н. В. Тарабрина. Медицина и психологическая наука // Общественные науки и здравоохранение / Под ред. И. Н. Смирнова. — М.: Наука, 1987. С. 172-184.*
3. *И. Е. Сироткина. Психология в клинике: Работы отечественных психиатров конца прошлого века // Вопросы психологии. 1995. № 6. С. 79-92.*
4. *Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002. С. 30-46.*
5. *Становление и развитие клинической психологии (Глава 10) // Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2002. С. 271-297.*

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА (ЗАДАНИЯ)

- **Практическая работа (задания)**
- Занятие 1-2. Изучение истории развития клинической психологии.
- Вопросы для обсуждения:
- 1.Что является предметом клинической психологии как самостоятельной ветви психологической науки?
- 2.Какие задачи ставила перед клинической психологией психиатрия?
- 3.Какие задачи решает клиническая психология в педагогической деятельности?
- Литература:
- Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология, Москва, «Медпресс-информ», 2003, (у).

-
- Занятие 3-4. Теоретические основания и основные методологические проблемы клинической психологии.
 - Вопросы для обсуждения:
 - 1. Норма и патология, здоровье и болезнь.
 - 2. Проблема разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов.
 - 3. Основные этапы и факторы возникновения психических и поведенческих расстройств.
 - Литература:
 - Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология, Москва, «Медпресс-информ», 2003, (y).

-
- Занятие 5-6. Методология клинико-психологического исследования.
 - Вопросы для обсуждения:
 - 1. Для чего проводится клинико-психологическое исследование?
 - 2. Что такое симптом и синдром?
 - 3. Что такое психический статус?
 - Литература:
 - Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология, Москва, «Медпресс-информ», 2003, (y).

-
- Занятие 7-8. Типология нарушений психической деятельности.
 - Вопросы для обсуждения:
 - 1. Чем расстройство личности отличается от других изменений личности при нарушениях психической деятельности?
 - 2. В каком возрастном периоде можно говорить о развившемся расстройстве личности и почему?
 - 3. Какие факторы способствуют развитию расстройств личности?
 - Литература:
 - Репина Н.В., Воронцова Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии, Ростов-на-Дону, «Феникс», 2003. (у/п).
 - Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология, Москва, «Медпресс-информ», 2003, (у).
 -

-
- Занятие 9-10. Проблема локализации высших психических функций.
 - Вопросы для обсуждения:
 - 1.Что общего и в чем различие узкого локализационизма и антилокализационизма?
 - 2.Что общего между эклектической концепцией и теорией системной динамической локализации психических функций?
 - 3.Какое влияние на локализацию имеет культурно-исторический процесс.
 - Литература:
 - Лурия А.Р., Основы нейропсихологии, Москва, «Академия», 2003, (у/п)

-
- Занятие 11-12. Методологические основы патопсихологии.
 - Вопросы для обсуждения:
 - 1. Теоретические основы патопсихологии.
 - 2. Задачи патопсихологии в клинике.
 - 3. Задачи детской патопсихологии.
 - Литература:
 - Репина Н.В., Воронцова Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии, Ростов-на-Дону, «Феникс», 2003. (у/п).
 - Зейгарник Б.В., Психология личности: норма и патология, Воронеж: МОДЭК, 2003
 - (избранные психологические труды)
 - Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н., Москва-Воронеж, 2002. (у-м/п)

***БЛАГОДАРЮ ЗА
ВНИМАНИЕ***