

«Актуальные проблемы клинической психологии и психологии
здоровья»

Основные положения клинической психологии

*ведущий курса: клинический психолог, к.психол.н., доцент
Абросимов Илья Николаевич*

Актуальность клинической психологии

- С общечеловеческих позиций:

- Не смотря на технический, медицинский и информационный прогресс, стрессоров в жизни человека не становится меньше: социальные, экономические, межличностные факторы стали больше влиять на состояние здоровья населения, в первую очередь – на психическое.
- Знание механизмов развития психопатологических состояний актуальны для проживания среди людей. Это не значит, что все вокруг сумасшедшие, но такое может произойти в жизни.

- С профессиональных позиций:

- Психопатология имеет культурный контекст и в нашем обществе: люди старшего поколения все еще стигматизируют людей с психическими расстройствами, поэтому многие не доходят до врача, психолога и обращаются, когда проблемы приобрели уже клинический уровень выраженности.
- Влияние большого количества информации, в котором мы живем, и ее доступности обуславливает ретравматизацию людей и популяризацию психопатологии среди более молодого поколения. Опасность в том, что психические расстройства становятся патологическим способом выражения потребностей людей или способом совладания с трудными жизненными ситуациями.

Тематический план лекций

№	Тема
1	Основные положения клинической психологии
2	Методологические особенности клинической психологии Основные понятия клинической психологии
3	Виды профессиональной деятельности клинического психолога Основные разделы клинической психологии: нейропсихология
4	Основные разделы клинической психологии: патопсихология
5	Основные разделы клинической психологии: психосоматика Основные разделы клинической психологии: психология здоровья

Американская традиция клинической психологии

Клиническая психология - наука, теория и практика направленная на понимание, прогнозирование и устранение дезадаптации, недееспособности и дискомфорта, а также на оказание помощи людям, стремящимся к адаптации, восстановлению дееспособности и индивидуальному развитию.

American Psychological Association (APA), 1992



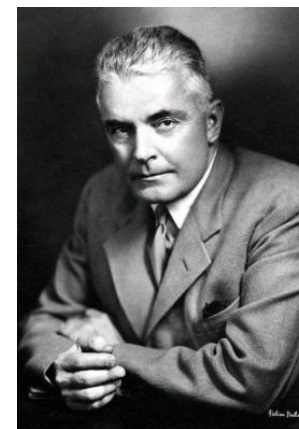
Эрик Берн



Абрахам Маслоу



Карл Роджерс



Джон Уотсон



Эрик Эриксон

Европейская традиция клинической психологии

Клиническая психология - частная психологическая дисциплина, предмет которой – психические расстройства (нарушения) и психические аспекты соматических расстройств/болезней.

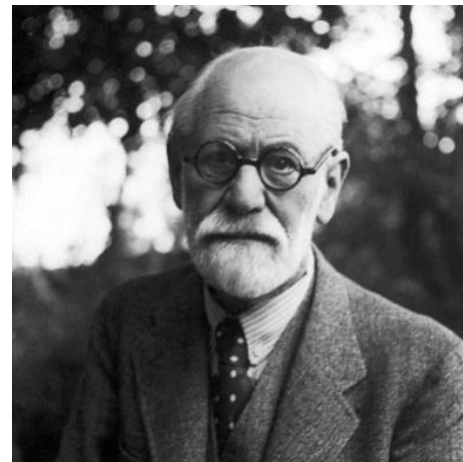
Перре, Бауман «Клиническая психология», 2010



Альфред Бине
(Франция)



Берт Хеллингер
(Германия)



Зигмунд Фрейд
(Австрия)



Ганс Айзенк
(Англия)



Карл Густав Юнг
(Швейцария)

Отечественная традиция клинической психологии

Клиническая психология – часть психологической науки. Она изучает психологические нарушения при психических и соматических расстройствах, а также отклонениях развития (включая проявления, динамику, психологические и нейропсихологические факторы и механизмы этих нарушений), разрабатывает принципы и методы психологической диагностики, профилактики и помощи при различных нарушениях психики. Клиническая психология в 4 т. Т.1. Общая патопсихология / под ред. А.Б. Холмогоровой, 2010.



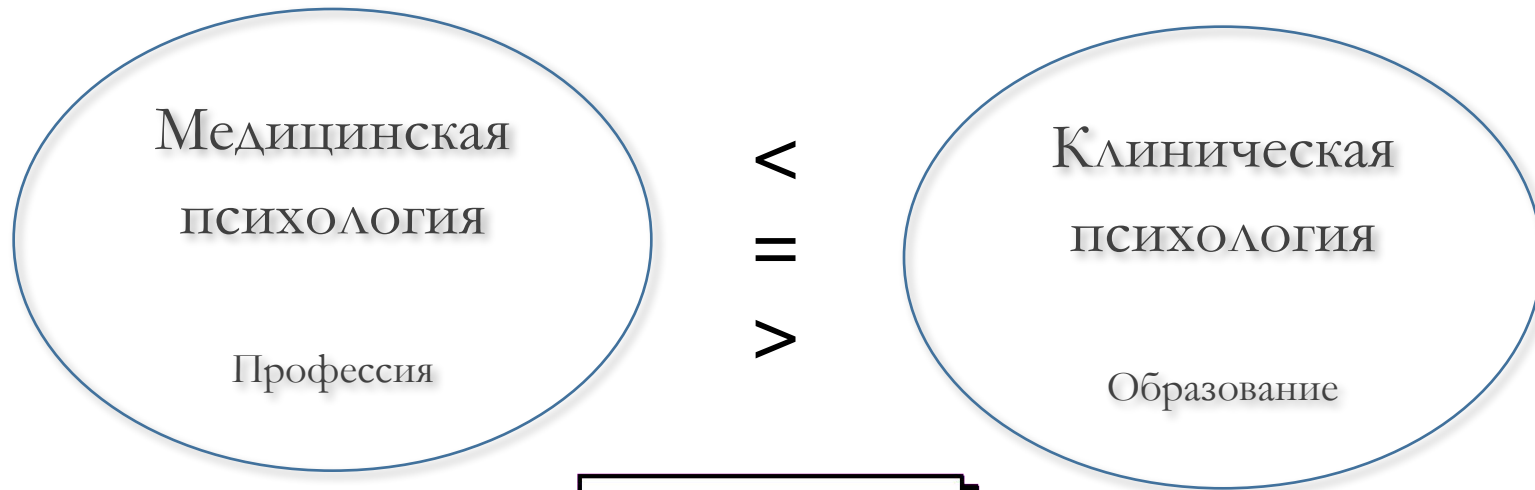
Карвасарский Б.Д.
Санкт-Петербург



Холмогорова А.Б.
Москва

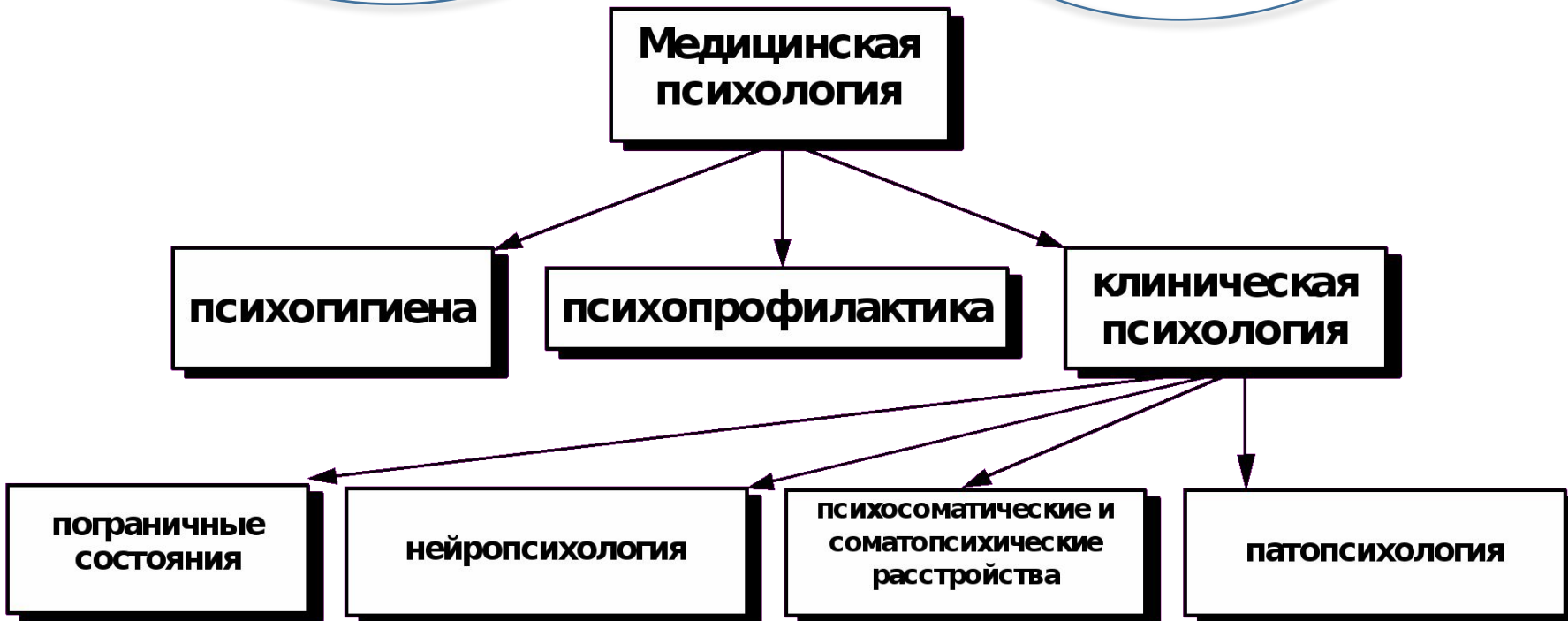


Менделевич В.Д.
Казань



Соотношение клинической и медицинской психологии

Хотя зарубежные авторы рассматривают клиническую психологию как часть медицинской, в отечественной традиции чаще эти понятия являются синонимами.



Объект клинической психологии

Объект научно-практической деятельности клинического психолога - человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, социальным и духовным состоянием.

Различными авторами объект КП расширяется путем включения в него состояний «донозологий» или «преморбида» – области между психическим расстройством и психическим здоровьем (Залевский Г.В., 2012):

- Нормативные кризисы личности - возрастные, кризисы роста и развития личности, кризисы смены статуса (работа, пенсия, родительство, уход ребенка из семьи).
- Латентные ненормативные кризисы возникающие в различных жизненных ситуациях (потеря работы, внеплановая беременность, предэкзаменационный период, пребывание в травмирующих стрессовых обстоятельствах – горячие точки, захват заложников, техногенная или природная катастрофа).
- Группы риска – здоровые люди, склонные к развитию заболеваний за счет несоблюдения здорового образа жизни.
- Люди, не имеющие заболеваний, но здоровье которых требует поддержки и развития.



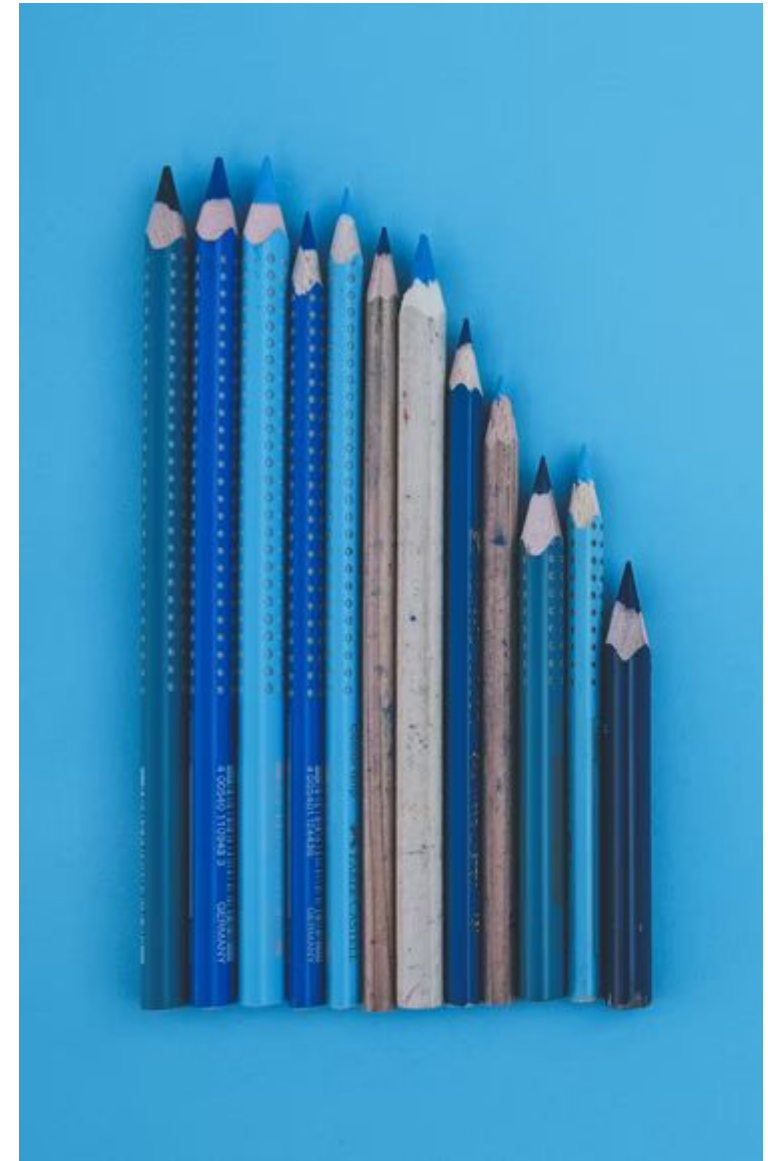
ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Научная область	Предмет	Цель
<i>Патопсихология</i>	закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме	оказание конкретной практической помощи клиницистам, занимающимся проблемами нарушений психики при разнообразных психических расстройствах посредством экспериментально-психологических методов
<i>Нейропсихология</i>	мозговые механизмы высших психических функций и эмоционально-волевой сферы, а также их нарушения при локальных поражениях головного мозга	изучение нейропсихологических синдромов и сопоставление их с общей картиной заболевания для постановки топического диагноза
<i>Психосоматика</i>	взаимоотношения души и тела, психического и соматического, а также роль психических факторов в этиологии и патогенезе функциональных и органических расстройств организма человека	исследование психологических и социокультурных механизмов, воздействующих на физиологические функции, а также когнитивных, эмоциональных и поведенческих реакций, связанных с заболеваниями
<i>Психология аномального онтогенеза</i>	психологические особенности аномального развития (преимущественно в детском и подростковом возрасте), возникающие в результате расстройств созревания структур и функций головного мозга	изучение индивидуально-типических особенностей при атипичном развитии, причин, механизмов и структуры отклоняющегося развития, а также обоснование и разработка стратегий целенаправленной помощи по улучшению качества жизни людей с атипичиями
<i>Психология девиантного поведения</i>	поведение, отклоняющееся от общепринятых, социально одобряемых, наиболее распространенных и устоявшихся норм в определенных сообществах в определенный период их развития	исследование проявлений, причин, факторов, механизмов различных форм отклоняющегося поведения (аддиктивного (зависимого), делинквентного (противоправного), патологического и др.)
<i>Психология здоровья</i>	психологические аспекты содержания, критериев, диагностики, а также приёмов и методов сохранения, укрепления и развития здоровья как интегральной характеристики человека	поиск путей сохранения, укрепления и целостного развития духовной, психической, социальной и соматической составляющих здоровья

	Психиатр	Врач-психотерапевт	Клинический психолог	Психолог-консультант	Психоаналитик
Образование	Строго высшее медицинское	Строго высшее медицинское	Строго высшее психологическое	Не всегда высшее психологическое	Не всегда высшее психологическое
С кем/чем работает	Люди с психическими расстройствами, чаще относящимися к «большой» психиатрии (эндогенные заболевания психотического уровня – расстройства шизофренического, депрессивного спектра) и в острой фазе.	Люди, имеющие психические расстройства и патологические состояния, чаще пограничного уровня (личностные расстройства, химические зависимости, ПТСР) и «малой» психиатрии (психосоматические, аффективные расстройства)	Люди, имеющие проблемы с психическим и соматическим здоровьем, саморазрушающие тенденции, а также находящиеся в условиях кризиса.	Личностные кризисы, неуверенность в себе, межличностные проблемы, семейные конфликты, проблемы с самооценкой, самоопределением.	Работа ведется с внутриличностным конфликтом между сознательным и бессознательным материалом психики
Ведущие методы помощи	Психофармакотерапия, стационарное лечение, суггестия, когнитивно-поведенческая психотерапия. Цель – купирование симптомов.	Различные направления психотерапии на фоне необходимого психофармакологического сопровождения. Цель – помощь в преодолении расстройства.	Немедицинская психотерапия (психокоррекция) без применения психофармакотерапии. Цель – помощь в преодолении расстройства и адаптация.	Психологическое консультирование, тренинги, коучинг. Цель – создание условий для поиска клиентом оптимального решения.	Беседа. Цель – осознание бессознательного материала.
Место работы	Стационарная и амбулаторная клиника	Частная клиника	Стационарная клиника, частная практика	Школы, бизнес-компании, частная практика	Частная практика
Диагноз/рецепт	Есть	Есть	Нет	Нет	Нет

Центральной проблемой

современной клинической психологии является соотношение понятий **нормы** (функциональный оптимум) и **патологии** (критическое отклонение от него), не имеющих четких качественных разграничений.



Определения здоровья

БИОМЕДИЦИНСКИЙ ПОДХОД

Здоровье общее – состояние оптимальной работоспособности индивида для эффективного исполнения социальных ролей и задач, и при котором тело функционирует без помех на фоне хорошего самочувствия.

Здоровье общественное – здоровье населения на групповом и популяционном уровнях, оцениваемое по совокупности медико-демографических, санитарно-статистических и психологических показателей.



БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД

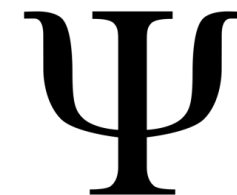
Здоровье индивидуальное – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических нарушений.

Преамбула к Уставу Всемирной организации Здравоохранения, 1945



Здоровье психическое – состояние психики, обеспечивающее гармоничное, эффективное, устойчивое, гибкое функционирование при решении задач повседневной жизни и в трудных ситуациях (зависит от психологической школы).

Клиническая психология: Словарь / Под ред. Н.Д. Твороговой, 2007



Здоровье как субъективное переживание

- **Благополучие** – позитивное отношение личности к своей жизни во всех ее проявлениях.
- Благополучие не является синонимом комфорта, но основывается на его базовом наличии.
- Часто синонимом благополучия выступает понятие счастья.
- Благополучие – субъективный параметр, зачастую не согласующийся с объективными показателями здоровья.

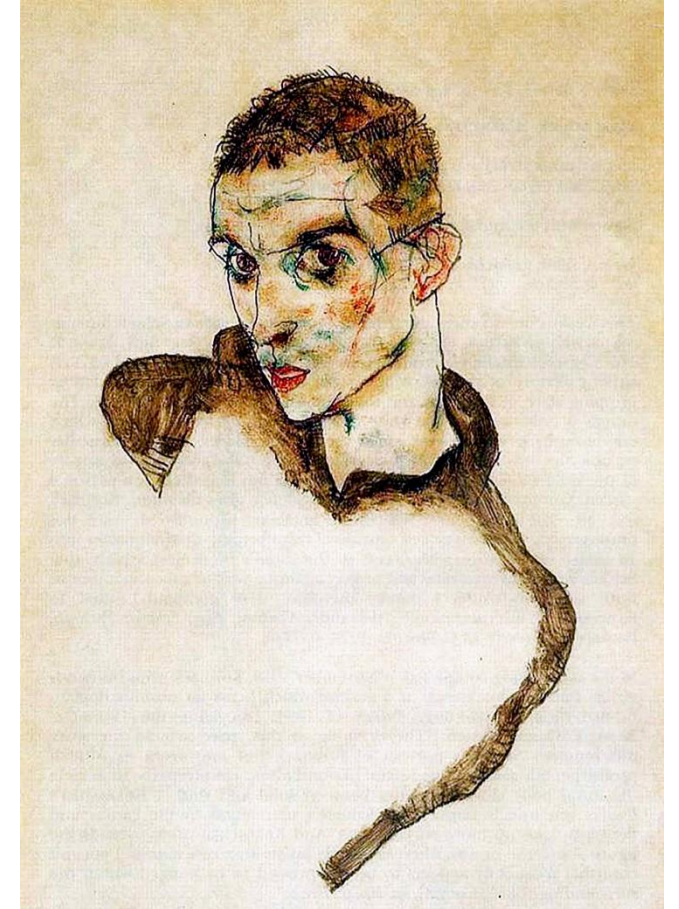
Телесное благополучие – отсутствие неприятных болезненных ощущений на фоне переживания работоспособности и физической полноценности.

Социальное благополучие – удовлетворенность широкой системой социальных связей, с наличием позитивных межличностных отношений в виде дружбы, любви, поддержки и т.д.

Психическое благополучие – имеет различные трактовки: преодоление эгоцентризма, принятие себя, позитивное отношение к другим, независимость (автономия «я»), контроль над обстоятельствами, наличие цели в жизни, личностный рост.

Определения болезни

- **Болезнь (ilness)** - состояние организма, характеризующееся повреждением органов и тканей в результате действия патогенных факторов, развертыванием защитных реакций, направленных на ликвидацию повреждений; обычно сопровождается ограничением приспособляемости организма к условиям окружающей среды и снижением или потерей трудоспособности.
- **Заболевание (disease)** – часто используется как синоним болезни, хотя означает конкретный случай болезни у отдельного индивида.
- **Расстройство (disorder)** – отсутствие или нарушение существовавшего ранее обычного для человека состояния (функции, системы организма).



Эгон Шиле, автопортрет, 1912

Болезнь как субъективное переживание

Болезнь как описательное понятие и теоретический конструкт, служащий для определения необычного и необъяснимого изменения состояния человека.



Болезнь для личности является субъективным опытом ущербной жизнедеятельности, тягостного самочувствия, утраты дееспособности.



Болезнь как преграда в реализации роли - социум подразумевает, что здоровый и «нормальный» человек тот, который справляется со своими ролями (муж, отец, бухгалтер, студент и т.п.).

Болезнь и стигма

- Эрвинг Гоффман (1963) впервые описал стигму как дискредитирующий признак, который заставляет стигматизированного человека чувствовать стыд и скрывать свое состояние от других.
- Стигма может включать стереотипы (мысли), предрассудки (чувства) и дискриминацию (несправедливое поведение) по отношению к отдельным лицам или группам из-за стигматизирующего состояния.
- Стереотипы, включающие в себя стигму, созданы культурой и зависят от конкретного заболевания, так что состояния здоровья связаны с уникальными стереотипами, вызывающими определенные предубеждения и дискриминацию.



Болезнь и стигма

Тип стигмы	Описание	Пример
Общественная стигма	Несправедливые убеждения, отношения или поведение, направленные против или на изоляцию отдельных лиц или групп	Н узнает, что у его соседа С шизофрения и начинает избегать его, не заходит одновременно с ним в лифт
Переживаемая напрямую стигма	Непосредственно несправедливое поведение	Работодатель отказал в работе из-за ВИЧ
Ожидаемая стигма	Стигматизированный человек боится негативной реакции со стороны других	Человек не говорит о своей зависимости в семье или на работе, поскольку боится их потери.
Самостигматизация	Стигматизированный человек соглашается с общественной стигмой и применяет к себе	Молодой человек с ожирением чувствует себя просто никчемным толстяком, который не заслуживает девушки.
Ассоциированная стигма	Стигматизация близких стигматизированного (семья, друзья, поставщики услуг и т.д.)	Одноклассники избегают общения с дочкой женщины, предпринявшей суицидальную попытку
Структурная стигма	Стигматизация через социальные системы или институты, преднамеренно или непреднамеренно	Финансирование лечения наркозависимых значительно меньше, чем для лечения других заболеваний

Феномен адаптации к болезни

Модель адаптации личности к хронической болезни (Морс, Джонсон, 1991)

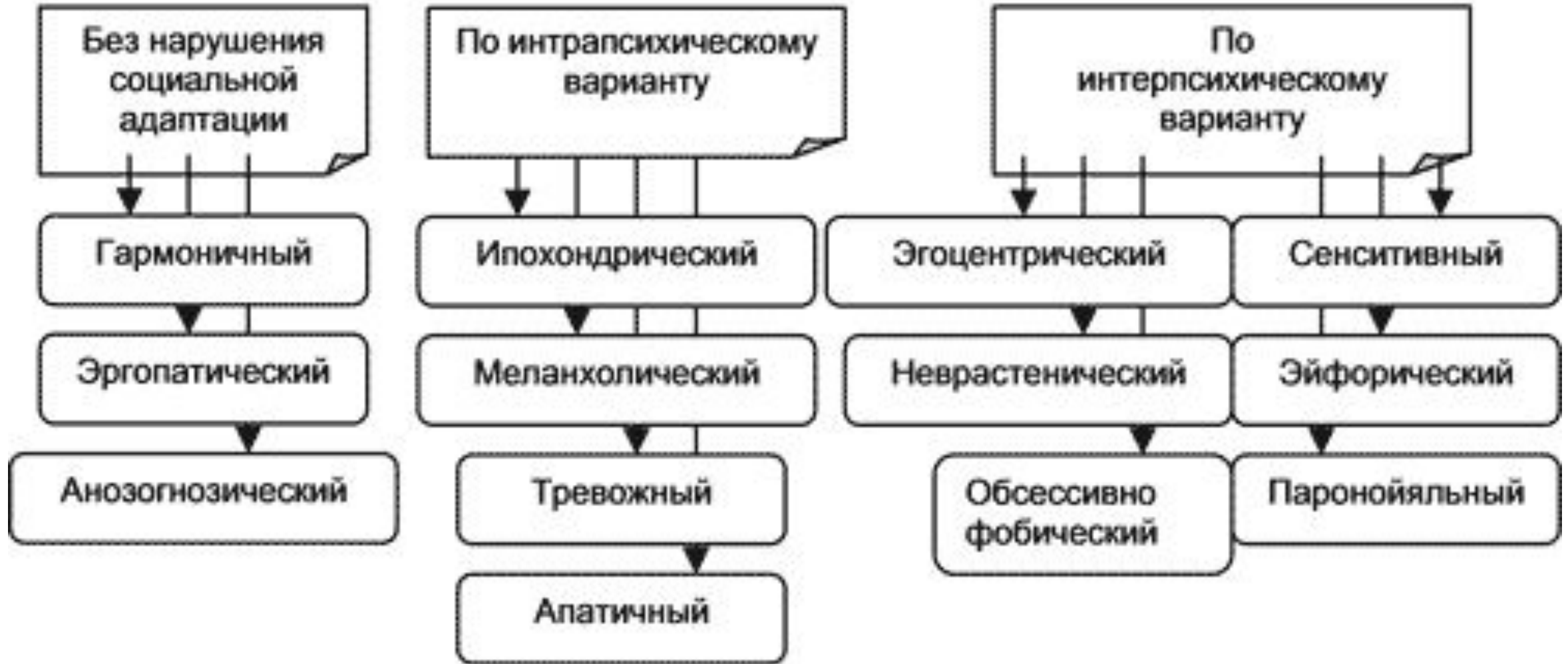
Стадии:

- Неопределенность – попытки понять значение и угрозу первых симптомов болезни.
- Кризис – выраженный стресс, переживание беспомощности, зависимость от специалистов и/или родственников.
- Борьба – попытки контроля над болезнью за счет поддержки извне и личных стратегий преодоления.
- Восстановление утраченного благополучия – установление равновесия личности путем принятия болезни и ее последствий.

Результат адаптации к болезни зависит от оценки угрозы индивидом, выбора стратегий по преодолению стресса, от социальной поддержки. Он заключается в способности контроля над стрессом и частично – над заболеванием.

Кризис в адаптации пациента не всегда связан с кризисом в течении заболевания, а восстановление – с ремиссией: динамика психической адаптации и динамика соматического состояния могут не соответствовать друг другу.

«Отношение к болезни»



Ценности здоровья и болезни

Здоровье и болезнь - ценности, имеющие определенное значение, указывающие на отношения индивида с обществом.

Ценности здоровья:

- Абсолютная. «Быть здоровым хорошо», но в некоторых ситуациях игнорируются риск и угроза здоровью ради других целей.
- Инструментальная. Возможность быть включенным в общество, быть его полноценным членом, активно действовать и работать, добиваться успехов, иметь время на отдых.

Ценность болезни

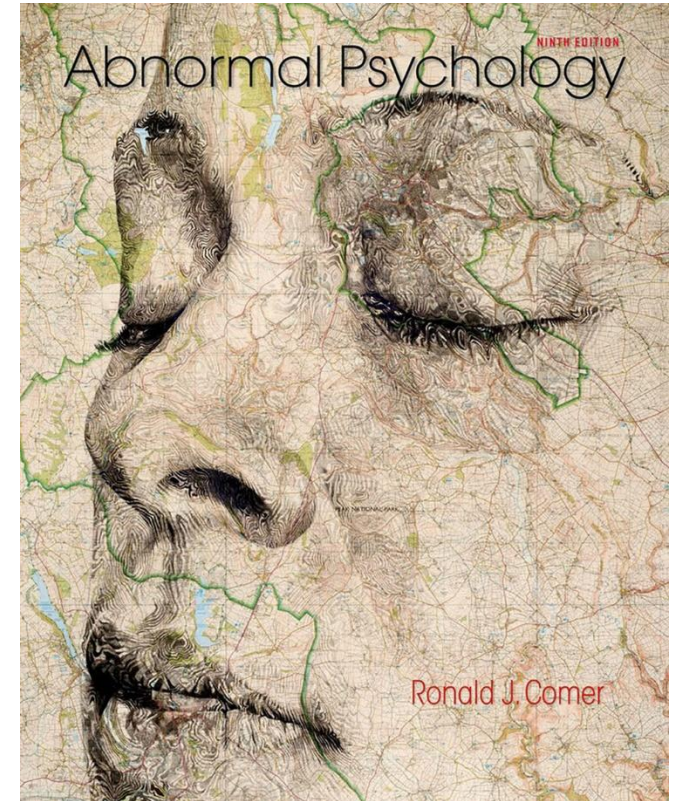
- болезнь как показатель уровня жизни человека, условий его жизни в обществе.
- болезнь как вторичная выгода. Болезнь – это причина, по которой человек может временно не работать, при этом получать заработную плату, а также заботу со стороны окружающих и социальные гарантии со стороны общества.

Модель 4 D's of Psychological Disorders

Критерии психической патологии:

1. Отклонение (Deviance) от нормы (статистической, идеальной, социальной), когда человек сильно отличается (поведением, реагированием, выполнением функций) от других людей, склонен к крайностям, странен.
2. Наличие душевного страдания (Distress) - субъективные неприятные и удручающие переживания.
3. Психическая дисфункция (Dysfunction), мешающая человеку надлежащим образом выполнять свои повседневные обязанности, удовлетворять потребности.
4. Опасность (Danger), которую несут в себе действия и бездействия человека.

В последнее время говорят о пятой D – Продолжительность (Duration) – наблюдается не проходящий симптом, а стабильная картина.



Абнормальная психология:
нарушения и патология психики,
Р. Комер, 2007

Рекомендуемая литература:

- Клиническая психология: учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского.- СПб: Питер, 2004.
- Клиническая психология / под ред. М. Перре. У. Баумана.- 2-ое междунар.издание.- СПб: Питер, 2002
- Клиническая психология. Словарь. / под ред. Н.Д. Твороговой. – М.:ПЕР СЭ. 2006.
- Практикум по психиатрии: Учеб. пособие / Под ред. М.В. Коркиной. Изд-во РУДН, 2009.
- Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство.- М., 1998.
- Н. Сандберг, А. Уайнбергер, Дж.Гаплин. Клиническая психология.- СПб. 2005
- Клиническая психология в 4 т. / под ред. А.Б. Холмогоровой. Т.1. Общая патопсихология / А.Б. Холмогорова – М.: Изд. Центр «Академия», 2010. – 464 с.
- Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988
- Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (практич. руководство). М.,2004
- Мясищев В.Н. Психология отношений. Москва-Воронеж, 1995
- Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая психодиагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. М., «Класс», 1998
- Зейгарник Б.В. Патопсихология. М, 2000
- Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. М., Изд-во АПН РСФСР, 1960
- Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология. Руководство для врачей и клинических психологов. Москва-Воронеж, 2002

«Актуальные проблемы клинической психологии и психологии
здоровья»

Методологические особенности клинической психологии

*ведущий курса: клинический психолог, к.психол.н., доцент
Абросимов Илья Николаевич*

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ КРИЗИС В КП

Основные проявления кризиса в клинической психологии:

1. Отсутствие единой парадигмы в науке
2. Дефицит устойчивого знания
3. Обилие альтернативных моделей понимания и изучения психического
4. Расщепление между исследовательской и практической психологией
5. Конкуренция со стороны паранауки, возникновение граничащих с лженаукой систем знаний и других подобных явлений

Постмодернизм как идеология развития КП

(80-90 г.г. XX в. – наст. время)

В искусстве – соединение стилей, приемов, заимствованных из искусства разных эпох.

В философии – течение, предлагающее отказаться от поисков общих закономерностей и истинного знания в пользу решения локальных практических задач. Невозможность объективного познания реальности.

В науке – разработка сменяющих друг друга по разным причинам научных конструкций, которые никак не продвигают в познании реальности, но помогают решать актуальные практические задачи. Неклассические науки.

В отечественной методологии – вместо отказа познания реальности постулирование о ее особом характере, связанным с человеческой деятельностью

Стёпин В.С., Зарецкий В.К., Юдин Э.Г.

Клиническая психология как неклассическая наука

Параметры сравнения	Типы наук	
	Классическая (пример – классическая механика Ньютона)	Неклассическая (пример - КП)
Объект исследования	Естественный – относительно неизменяемый, независимый от деятельности человека (сила притяжения)	Деятельностный – меняется в процессе человеческой деятельности, зависит от нее (от истерии к тревожным расстройствам и зависимостям)
Цель исследования	Постижение истины, получение знаний об объекте (закон всемирного тяготения)	Разработка практических действий с объектом (методы психодиагностики, псих. коррекции и реабилитации)
Тенденция развития	Специализация знаний (физика воды, физика жидких металлов)	Интеграция знаний (объединение КП со смежными науками: биологии, биохимии, нейрофизиологии и т.п.)
Структура знания	Знания об объекте изучения	Знания об объекте, методах его исследования и практической работы с ним
Субъект исследования	Ученый широко образованный в своей области	Взаимодействие специалистов из разных областей (командный подход и доминирование БПС-моделей)

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КП:

соотношение нормы и патологии

Аномальная и «нормальная» личность.

1. Статистическая норма – нормальным признается то, чего много, что относится к середине нормараспределения.
2. Норма обусловленная социальными/социокультурными стереотипами.
3. Субъективная норма - определяемая индивидуальными ожиданиями, собственным необобщенным опытом.
4. Норма, ассоциирующаяся с психическим здоровьем и отсутствием болезней (идеалистическая).
5. Функциональная норма – сохранность выполнения определенных навыков и функций (общения, профессиональных задач, семейных отношений и т.п.).



Эксперимент Д. Розенхана (1973 г.)

Из 10 псевдо-пациентов 9 признаны больными на основании слышимых «голосов» (диагноз – шизофрения). На разоблачение понадобилось от 9 до 52 дней.

Подобный эксперимент без участия псевдо-пациентов показал, что из 191 поступивших за месяц пациентов – 83 были заподозрены в симуляции.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КП: проблема диагноза

Психологи не ставят диагноз,

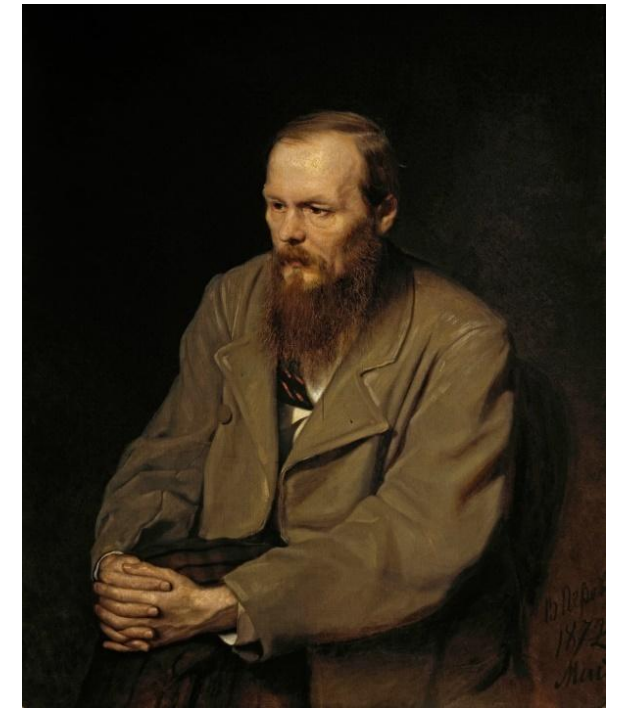
но помогают в его дифференциации, либо же уточняют этиогенез и патогенез, а также прогноз того или иного расстройства.

Аналог медицинского диагноза - психологический портрет.

- В искусстве - портрет призван показать глубину внутреннего мира и переживаний человека, отразить полноту его личности, запечатлеть в мгновении бесконечное движение человеческих чувств и действий.

- В психологии - психологический портрет является комплексной психологической характеристикой человека, содержащая описание его характерологической и личностной структуры, возможных поступков в определенных значимых обстоятельствах.

Клинико-психологический диагноз - психологический анализ проблемы, включающий оценку поведения, психических функций и эмоций, состояния личности и внешних обстоятельств, жизни личности в целом для поиска адаптационных ресурсов и выделения мишени оказания помощи с целью совладания с ситуацией.



Портрет Ф.М. Достоевского
В.Г. Перов
1872

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КП:

СООТНОШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ МЕТОДОВ

N	Стимул	1	2	3	4	5	Отсроченное воспроизведение
1.	Мяч	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.	Крик	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.	Сон	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.	Тень	✓			✓	✓	✓
5.	Флаг		✓	✓	✓	✓	✓
6.	Свет		✓	✓	✓	✓	✓
7.	Сосна	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8.	Топор	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9.	Игра		✓	✓	✓	✓	✓
10.	Мост		✓	✓	✓	✓	✓
Всего:		6	9	9	10	10	10

объективные

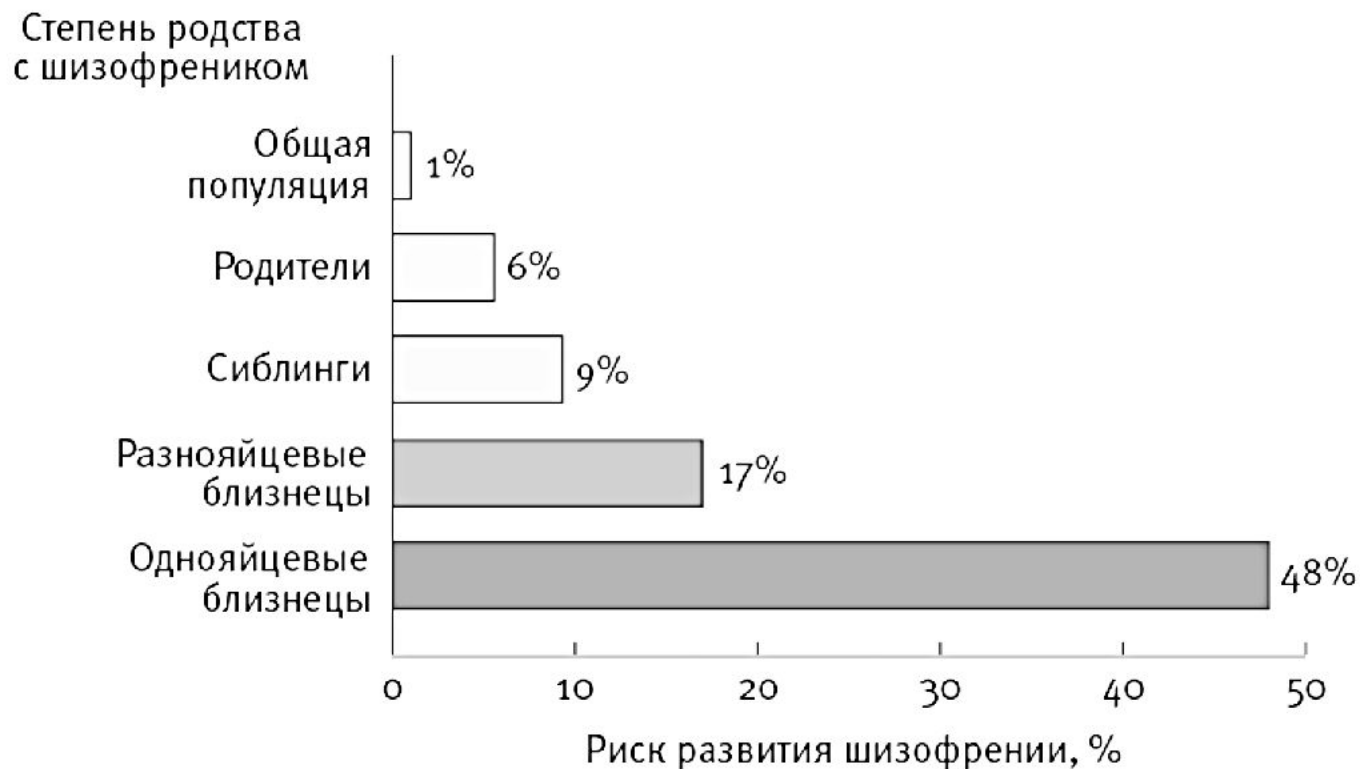
Шкала депрессии, тревоги, стресса DASS-21

- 1 Мне было трудно сбросить напряжение
- 2 Я ощущал/а сухость во рту
- 3 Я вообще не испытывал/ла никаких положительных чувств
- 4 Я ощущал/а, что мое дыхание затруднено (напр. чрезвычайно быстрое дыхание, одышка в отсутствие физических нагрузок)
- 5 Мне было трудно заставить себя сделать что-либо.
- 6 Я был склонен/на слишком сильно реагировать на ситуацию
- 7 Я ощущал/а тремор (напр. в руках)
- 8 Я чувствовал/ла, что трачу слишком много нервной энергии

субъективные



проективные



Э. Кандель.
Расстроенная психика, 2021

Исследование Thompson (2007) показало рост процентной вероятности развития у Вас шизофрении в зависимости от того, кем Вы приходитеесь пациенту с шизофренией.

Исследование указывает на **ограниченную роль** биологических факторов, выступающих в качестве условий для развития психопатологии.

Другими факторами, играющими роль будут социально-психологические детерминанты.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КП: психофизиологическая проблема

- В КП актуально рассмотрение соотношения биологического и социального, «души и тела», наследственности и воспитания в развитии психики и ее нарушений.
- Биологические факторы развития выступают в качестве формы, условий развития, когда психологическое и социальное – как его содержание.



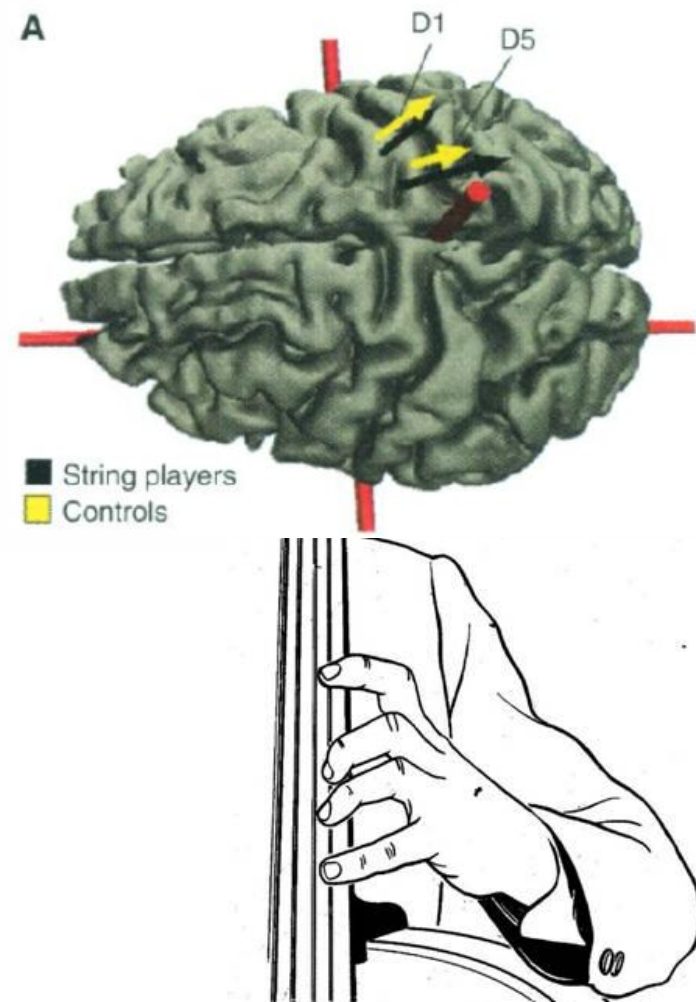
Концепция нейропластичности –
регулярный опыт изменяет мозг, формируя его.
Природа и воспитание находятся во
взаимодействии

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КП: психофизиологическая проблема

Например, согласно одному исследованию, искусное овладение навыком игры на музыкальном инструменте увеличивает связанные с этим центры мозга.

Скрипачи, которые постоянно перебирали струны пальцами левой руки, увеличивали области мозга, управляющие работой этих пальцев.

Чем дольше они играли, тем крупнее становился размер кортикальной поверхности головного мозга, которая отвечала за мелкую моторику пальцев левой руки, которой они перебирали струны. Самый большой участок наблюдался у музыкантов, которые начали заниматься музыкой раньше остальных.



Elbert, T.; Pantev, C.; Wienbruch, C.; Rockstroh, B.; Taub, E. Increased cortical representation of the fingers of the left hand in string players. *Science* 1995, 270, 305–307.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КП:

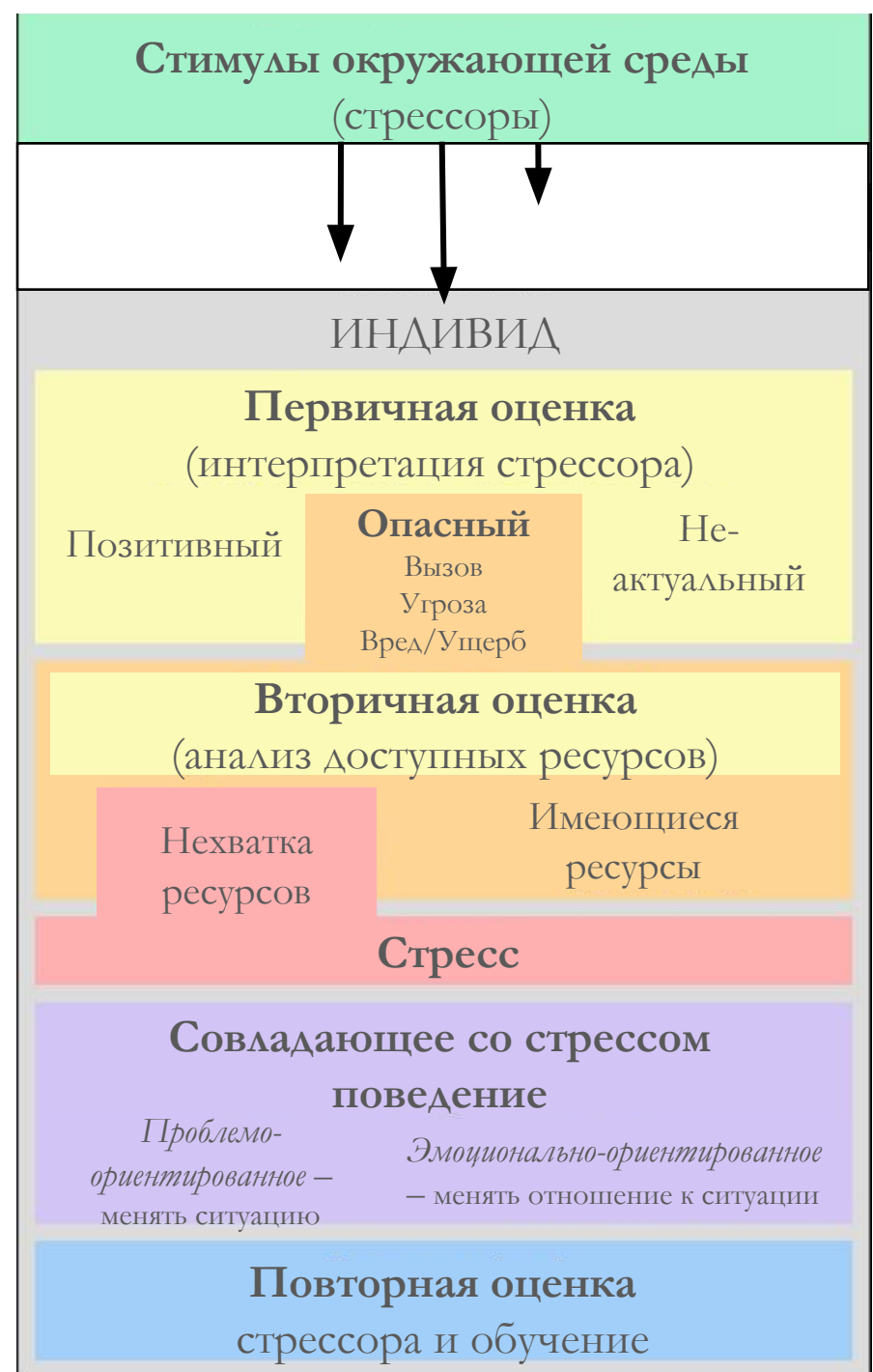
Стресс, как нарушение психического гомеостаза

Стресс (термин введен Г. Селье) – требования, превышающие возможности системы организма, что влечет за собой напряжение, тревогу, дополнительную энергию для их преодоления.

- В последнее время в рамках целостного подхода к организму чаще употребляют понятие «психоэмоциональный стресс», поскольку механизм повреждающих воздействий обуславливают эмоциональные реакции субъектов.
- На фоне ПЭС формируются неврозы, психозы, психосоматические расстройства, заболевания ССС, алкоголизм, суицидальное поведение.

Совладающее (копинг-) поведение (от англ. cope - совладать, преодолевать) - когнитивные и поведенческие способы индивида адаптироваться к изменениям жизненных ситуаций, которые повлекли за собой стресс.

- Некорректным является утверждение о применении «адаптивного» или «неадаптивного копинга». Любое копинг-действие направлено на адаптацию. Можно говорить лишь об эффективности или об ориентации этой деятельности (на эмоции, на сохранение контакта, на решение проблемы, на получение вторичной выгоды и т.п.). Принято также выделять эмоционально- и проблемно-ориентированные копинг-стратегии.



МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КП: ПОИСК ЦЕЛОСТНОГО ПОДХОДА К ЧЕЛОВЕКУ

Дисциплины неклассического типа возникают в тот период развития науки, когда она находится перед решением практических задач, требующих учета большого количества факторов.

Так, например, в медицине и клинической психологии широкое применение получила БПС-модель развития заболеваний Энгеля. В рамках данной модели **Человек рассматривается как существо природное (телесное), как социальный индивид (включен в культуру, общество), как субъект психической, духовной (творческой и сознательной) деятельности.**



«Актуальные проблемы клинической психологии и психологии
здоровья»

Основные понятия клинической психологии

*ведущий курса: клинический психолог, к.психол.н., доцент
Абросимов Илья Николаевич*



СИМПТОМ

- это некий повторяющийся у разных больных феномен, указывающий на патологию, болезненное отступление от естественного течения психических процессов, ведущее к дезадаптации.

- В психиатрии практически не существует **патогномоничных** (специфических для определенного заболевания) симптомов, большинство их неспецифичны и могут встречаться при разных болезненных состояниях: апатия, двигательное возбуждение, тревога, расстройства сна, беспокойство, утомляемость.
- Однако некоторые среди симптомов выделяют как **облигатные**, синдромообразующие признаки. Например, дистимия (сниженное настроение) является облигатным признаком депрессии, а галлюцинации и бредообразование – расстройств психотического спектра. Но важным является учет и **факультативных** (дополнительных) симптомов, так, например, тревога и возбуждение не характерны для депрессии, но свидетельствуют о высокой вероятности суицидального поведения.

СИМПТОМ

Соотношение некоторых психопатологических симптомов с их психологическими проявлениями

Психопатологический симптом	Психологическое содержание
Абулия	Лень
Бред	Заблуждение
Галлюцинация	Воображение, иллюзия
Конфабуляция	Преукрашивание воспоминаний
Негативизм	Отказ, сопротивление
Схизис	Чужаковатость
Эмоциональная тупость	Черствость
Дисфория	Озлобленность
Депрессия	Печаль, тоска
Аутизм	Отгороженность, необщительность

СИМПТОМ

Продуктивная симптоматика (позитивная симптоматика, плюс-симптом) - новый болезненный феномен, некую новую функцию, появившуюся в результате болезни, отсутствующую у всех здоровых людей.

- Примерами продуктивной симптоматики служат бред и галлюцинации, эпилептиформные пароксизмы, психомоторное возбуждение, навязчивые идеи, сильное чувство тоски при депрессии.
- Продуктивная симптоматика является неспецифической реакцией здоровых тканей на раздражающее действие очага и потому может быть общей для различных заболеваний, поэтому мало значима для нозологической диагностики.
- Динамична, может резко нарастать при обострении заболевания, а затем исчезает сама по себе или под воздействием адекватного лечения (хорошо поддается фармакотерапии).

Негативная симптоматика (дефицитарная симптоматика, дефект, минус-симптом) - ущерб, который наносит болезнь естественным здоровым функциям организма, исчезновение какой-либо способности.

- Примерами негативной симптоматики являются утрата памяти (амнезия), интеллекта (слабоумие), неспособность испытывать яркие эмоциональные чувства (апатия).
- Чаще необратима, свидетельствует о длительности заболевания и о глубине поражения психики.
- Характер негативной симптоматики довольно специфичен и играет существенную роль в диагностике таких заболеваний, как шизофрения, эпилепсия, атрофические процессы. Хуже поддается фармакотерапии.

СИМПТОМЫ ШИЗОФРЕНИИ

Позитивные



бредообразование



галлюцинации



дезорганизованная речь

Негативные



эмоциональная выхолощенность

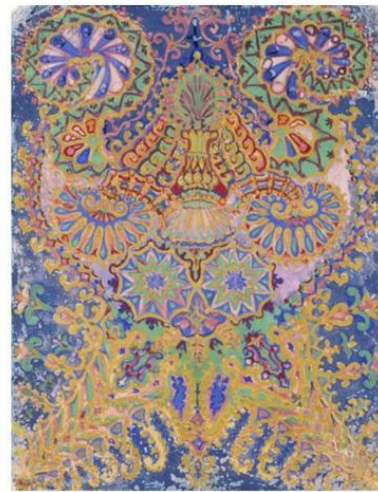
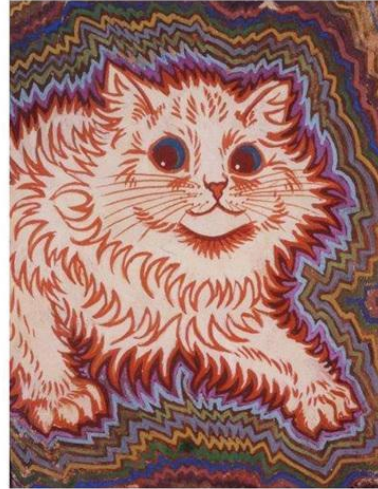


снижение речевой активности



недостаток мотивации

Пример позитивного симптома при шизофрении



Английский художник **Луис Уэйн** выразил свой опыт переживания позитивных симптомов шизофрении (в частности, измененного восприятия реальности) в изображениях кошек

Синдром

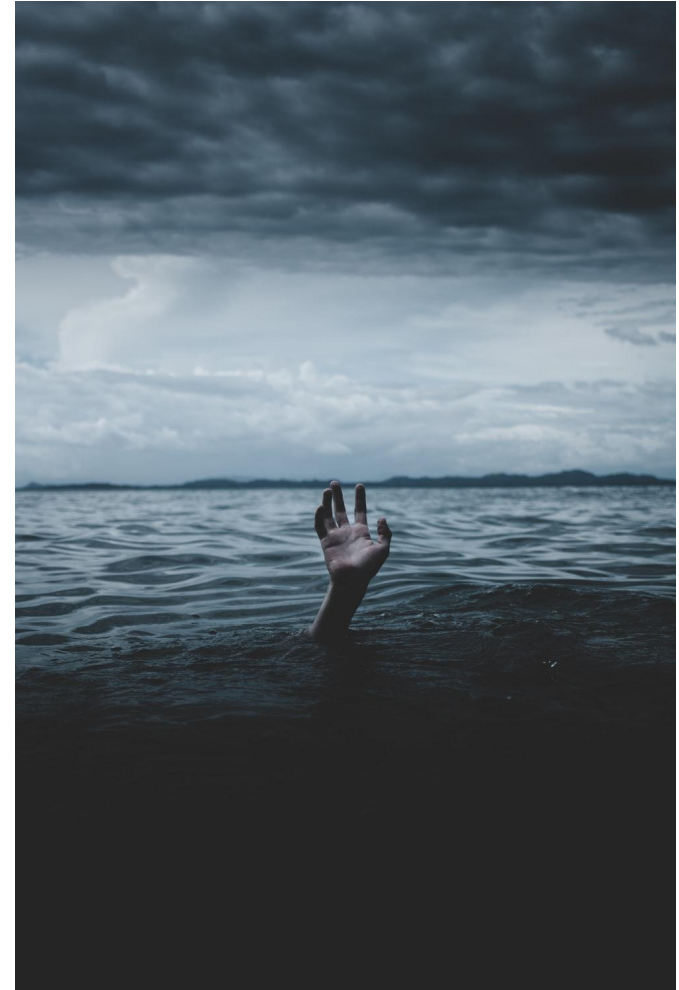
Синдром - патогенетически обусловленная общность внутренне взаимообусловленных, взаимосвязанных симптомов, признаков психических расстройств .

- Отмечается большая диагностическая значимость синдромов по сравнению с симптомами. Правильная квалификация синдрома является подступом к определению нозологической принадлежности заболевания (Корсаковский синдром – органические поражения ГМ, синдром Дауна – Слабоумие, Синдром Кандинского-Клерамбо – параноидная шизофрения).
- **Простой** синдром, например - астенический, проявляющийся сочетанием раздражительности и утомляемости. Обычно простые синдромы не обладают достаточной нозологической специфичностью и бывают проявлением самых различных заболеваний — от мягких (неврозы) до самых грубых (органические психозы).
- **Сложный синдром** – сменяет инициальный (начальный) простой синдром нарастанием грубой симптоматики в виде бреда, галлюцинаций, выраженных изменений личности. Имеет высокую диагностическую значимость.

Психическое расстройство

Психическое расстройство – имеющее свою причину (этиология) и логику (патогенез) изменение деятельности головного мозга, при котором психическая деятельность и поведение человека не соответствуют окружающей его действительности, отражают ее искаженно.

В последнее время отмечается тенденция использовать вместо стигматизирующего слова «болезнь» (как состоявшееся единство симптомов) **более широкий термин «расстройство»** (как некое отклонение от нормального функционирования).



Психическое расстройство

Тип психического расстройства	Этиология (причина возникновения)
<u>Эндогенные</u>	обусловлены «внутренними» причинами: хромосомные (синдром Дауна), наследственные (шизофрения) аномалии.
<u>Экзогенные</u>	психические реакции, состояния и развития, возникающие вследствие органических поражений головного мозга (ЧМТ, алкогольная энцефалопатия, инфекционные заболевания головного мозга, опухоли).
<u>Психогенные</u>	микросоциальные (внутрисемейные, коллективные) и макросоциальные (общественные), интрапсихические (между частями личности) и интерпсихические (между объектами личности и окружающей среды) внутренние конфликты и травматические события (тревожные расстройства, фобии, паническое расстройство, ПТСР).
<u>Соматогенные</u>	нецеребральное соматическое нарушение, изменяющее внутреннюю среду организма, физический и психический гомеостаз (астения, неклиническая депрессия, психоз).



- Анализируются для синтеза гипотезы о состоянии человека.
- Менее нозоспецифичны – могут встречаться и в крайнем варианте нормы и в рамках патологии.
- Могут использоваться как врачом так и психологом (но в психологических терминах).

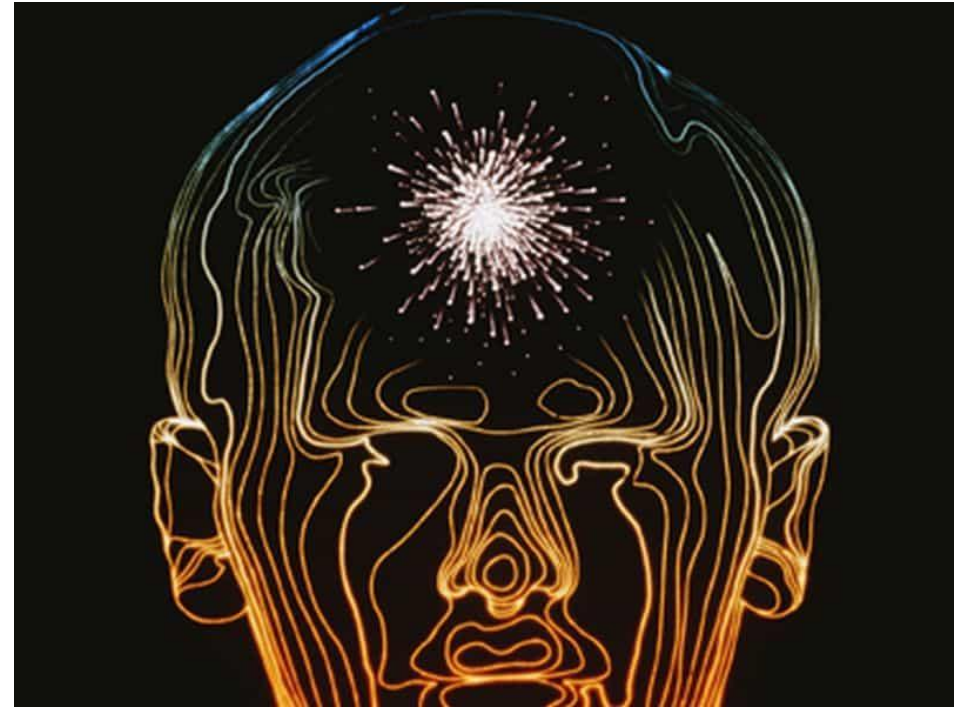
- Имеют нозологическую специфичность и общие патогенетические и этиологические механизмы.
- Могут более точно указывать на возможный диагноз.
- Применяются врачами для уточнения состояния.
- Психологи используют синдромы реже.

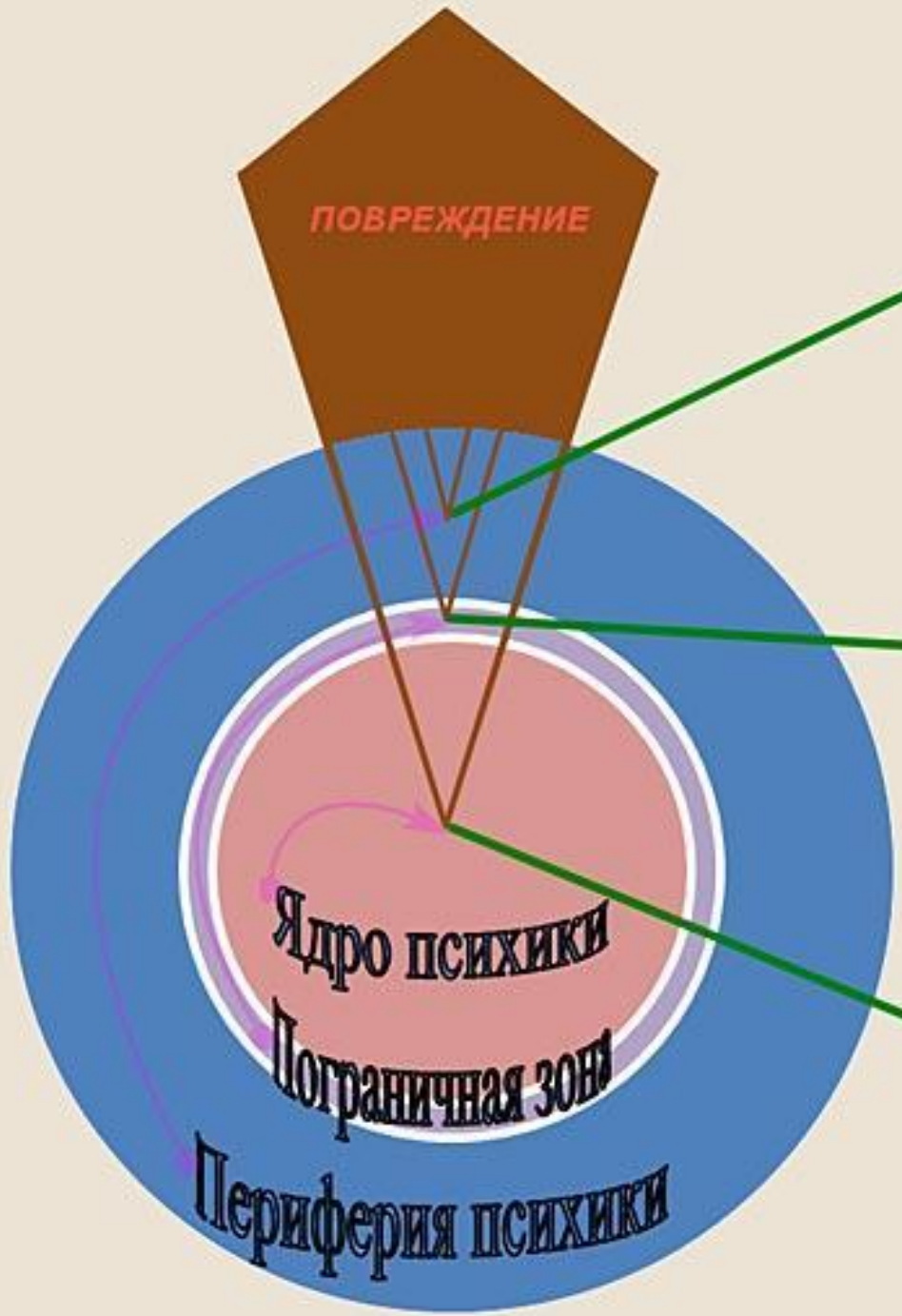
- Ставится только врачом-психиатром, с большой долей вероятности предполагает применение психофармакотерапии.
- **Психолог не может в отчетности и официальном информировании указывать на точный диагноз.**

Психическая деятельность

Подходы к рассмотрению:

- **Биологический** – под ПД понимаются все виды деятельности индивида, осуществляемые с участием различных форм сознания.
- **Психофизиологический** – ПД – сложный, многоэтапный, многозвеньевой процесс, все части которого функционируют в гармоничном единстве (принцип системности).
- **Клинико-психологический** – ПД – функциональная способность мозга отражать объективную реальность и обеспечивать адекватные взаимоотношения организма с окружающей средой.





НЕВРОЗ
(невротическое расстройство)
 Нарушены некоторые периферические программы и психические функции. Процессы творческой реализации и наборы опыта происходят с затруднениями. Невроз мешает полностью реализовать свой потенциал, часть информации не перерабатывается полностью и "застревает" в подсознании, формируя "травматический опыт". Доступ человека к любви, удовлетворенности базовых потребностей ограничен. Ощущается нехватка ресурса.

- Т-А р-ва:**
- Фобии
 - ПА
 - ДИСТИМИЯ

ПОГРАНИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО

Нарушены важные, стержневые программы и функции психики, процессы самореализации и набора опыта практически полностью заблокированы. Действия разрушительны для человека или окружения, опыт практически весь травматический. Нет возможности полноценно научиться творчеству и переработке информации. "Перекрыт кислород" любви и удовлетворения базовых потребностей. Острая нехватка ресурса.

- РЛ
- БАР
- ОКР
- Завис

ПСИХОЗ
(психотическое расстройство)
 Глубокое (часто необратимое) нарушение психических функций и структур, тотальный дефицит ресурса. Грубое нарушение процессов обработки и сортировки информации, воли и деятельности, чувств и ощущений. Разрозненность и несбалансированность всей психики в целом. Неспособность отдавать себе отчет в своих действиях. Часто - отсутствие представления о своем состоянии и невозможность его адекватно оценить (отсутствие критики).

- Sch
- Клин. депр.

«Актуальные проблемы клинической психологии и психологии
здоровья»

Виды деятельности клинического психолога

*ведущий курса: клинический психолог, к.психол.н., доцент
Абросимов Илья Николаевич*

Основные виды деятельности клинического психолога - **диагностическая**

Психодиагностика - это не просто процесс различения нормы и патологии, он проводится посредством анализа различной информации о развитии и жизни человека с целью сделать выводы о природе и причинах имеющейся проблемы.

Психодиагностическая методика - конкретная, частная процедура или прием, направленные на получение информации о конкретных психологических особенностях (предмет исследования) у конкретного человека или группы (объект исследования) в определенной ситуации (или условиях) для решения определенных задач.

ПД решает задачи:

- Функциональная диагностика – оценка имеющихся отклонений и сохранных функций психической деятельности
- Дифференциальная диагностика - квалификация нарушений для исключения других диагнозов, выделение двух диагнозов, которые подходят к противоречивым симптомам
- Экспертная деятельность (вменяемость/невменяемость)
- Прогноз и индивидуальное течение болезни и лечения
- Определение «мишеней» психологических вмешательств
- Научно-исследовательская работа

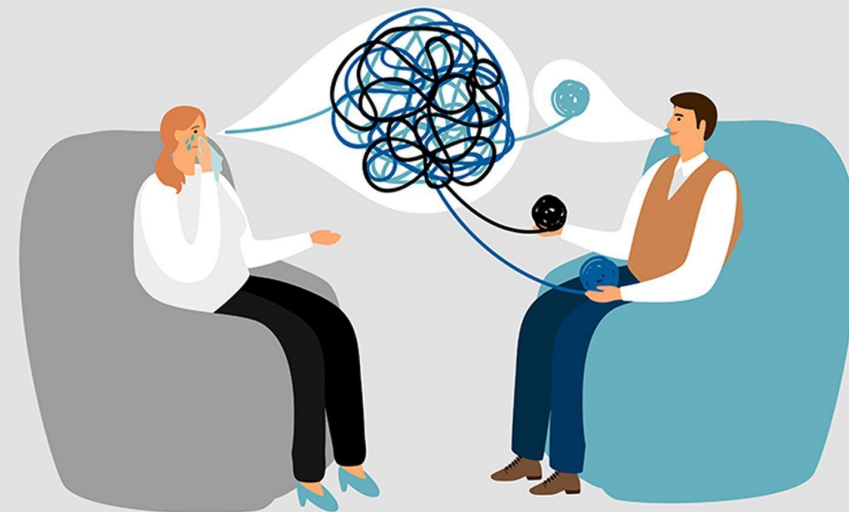
Основные психодиагностические методы

Наблюдение, беседа

Представлен в виде клинико-психологического интервью, клинической беседы, сбора анамнеза. Чаще в диалоговой (но может быть и в письменной) форме. В диалоге психолог, вступая в доверительный контакт с испытуемым, достигает наилучших диагностических результатов за счёт специфических особенностей этого контакта, выступая одновременно в роли консультанта и психотерапевта.

Опорные точки клинико-анамнестической беседы:

- Диагноз, жалобы (физические, психические)
- Психический статус, ориентация и эмоциональный фон, адекватность поведения
- История развития заболевания, начало, течение, причины
- Развитие в детстве, перенесенные травмы и заболевания, обучение в школе
- Общение с родителями и сверстниками
- Актуальное семейное положение
- Работа, интересы, хобби
- Влияние болезни на жизнь
- Личностные и социальные ресурсы
- Временные перспективы



Наблюдение - на что следует обратить внимание психологу во внешнем виде клиента

Состояние кожи и волос:

- наличие порезов и проплешин в волосах;
- ярко выраженные признаки бессонницы;
- ярко выраженная худоба и т. д.

Опрятность:

- чистые ли волосы и одежда;
- следит ли клиент за состоянием своего тела и порядком в одежде и вещах
- запах

Выбор одежды:

- насколько костюм соответствует обстановке, погоде, времени года;
- нет ли ярко выраженных несоответствий в сочетании вещей
- состояние одежды

Мимика и пантомимика: адекватная, выразительная, оживленная, беспокойная, возбужденная, растерянная, вялая, заторможенная, застывшая

Важен учет культурных особенностей!

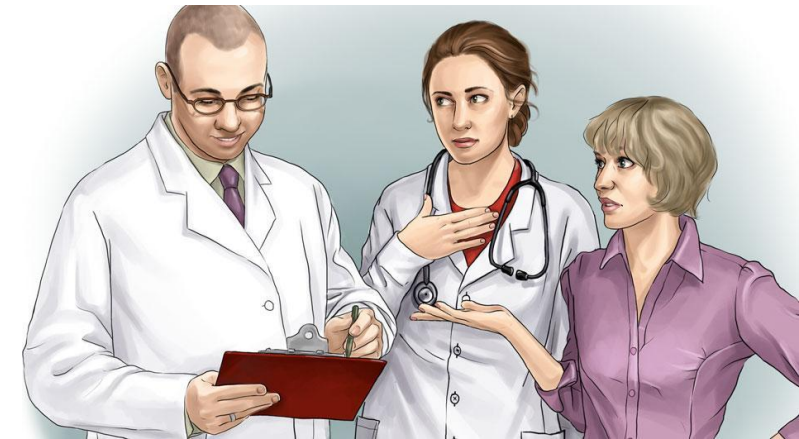
Основные психодиагностические методы

Биографический метод - работа с информационными источниками по сбору данных о пациенте.

Источники:

- Опрос пациента
- Опрос лечащего врача и медицинского персонала
- Родственники и ближайшее окружение
- Работа с историей болезни, заключениями специалистов

Полученные данные необходимы для сопоставления с информацией, полученной в ходе беседы/интервью и наблюдения за пациентом. На основе этого соотношения формулируются дальнейшие психодиагностические задачи.



Сбор анамнестических данных как часть психологической диагностики

Факторы, повышающие риск развития психического расстройства:

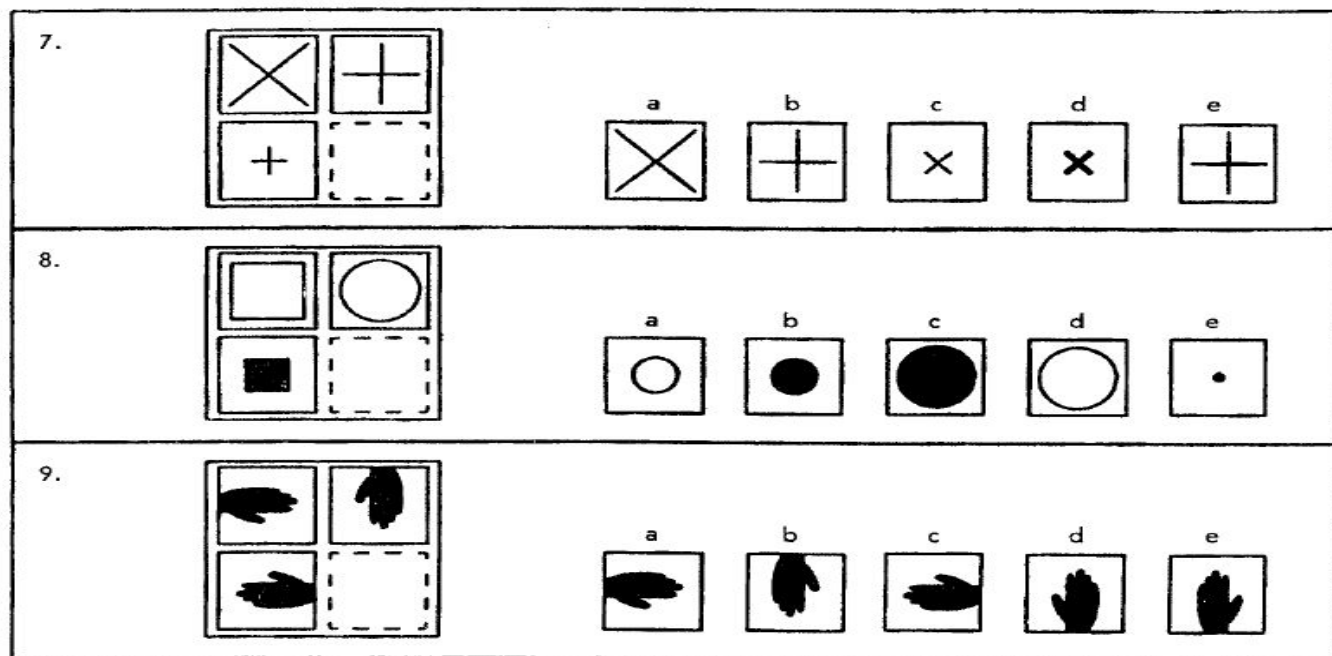
- Ранний травматический опыт** (потеря близких, сексуальное или физическое насилие) и связанные с ним стиль привязанности и воспитания.
- Динамика развития и патологизации **личностных особенностей** (тревожность, депрессивность, особенности мышления и копинг-поведения).
- Наследственная предрасположенность** (зависит от типа расстройств).
- Возраст** - пики риска манифестации психических расстройств приходятся на 14,5 и 30,5 лет.



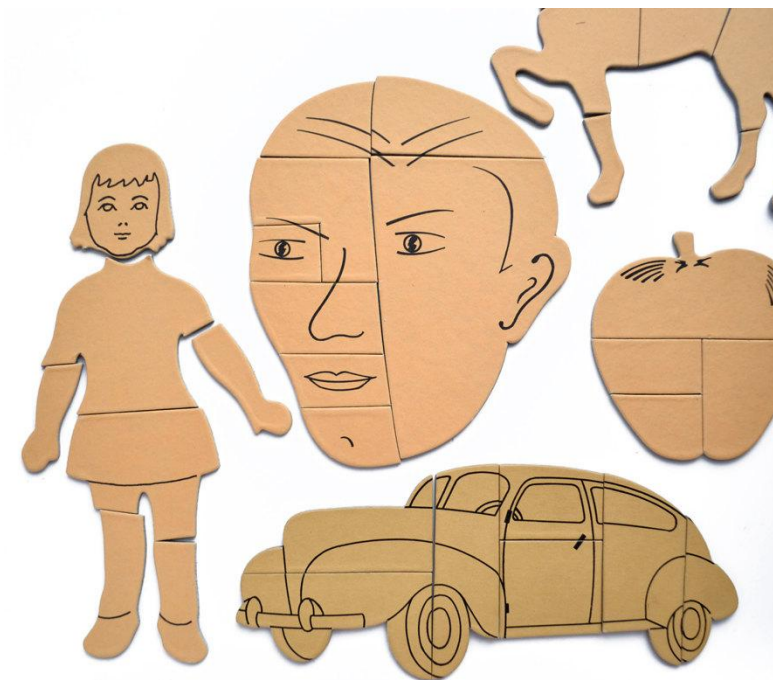
Основные психодиагностические методы

Объективные тесты

Это методики, в которых предполагается правильное выполнение задания. Каждый из этих тестов обрабатывается по ключу, заданному в форме объективного социокультурного норматива, т.е. имеются объективно «правильные» и «неправильные» ответы. Под эту категорию подпадает большинство тестов на интеллект, специальные способности, а также тесты достижений.



Культурно-независимый тест на интеллект Кетелла



Тест на интеллект Векслера. Детский вариант

Основные психодиагностические методы

Стандартизированные самоотчеты

Предполагают выбор пунктов, относительно которых испытуемый выносит суждения либо утверждения, с которыми он может согласиться либо не согласиться. Ответы отражают субъективное мнение и даются либо в свободной форме (опросники открытого типа), либо выбираются из вариантов, предлагаемых в опроснике (опросники закрытого типа).

Включают:

- тесты-опросники (опросник психопатологической симптоматики SCL-90r, Derogatis);
- открытые, предполагающие последующий контент-анализ (опросник неоконченных предложений Марсия);
- шкальные техники (методика самооценки Дембо-Рубинштейн);

	Насколько сильно Вас тревожит (насколько часто у Вас встречается):	совсем нет (никогда)	немного (редко)	умеренно (иногда)	сильно (часто)	очень сильно (очень часто)
1	головные боли	0	1	2	3	4
2	нервозность или внутренняя дрожь	0	1	2	3	4
3	повторяющиеся неприятные неотвязные мысли	0	1	2	3	4
4	слабость или головокружение	0	1	2	3	4
5	потеря сексуального влечения или удовольствия	0	1	2	3	4
6	чувство недовольства другими	0	1	2	3	4
7	ощущение, что кто-то может управлять вашими мыслями	0	1	2	3	4
8	ощущение, что во всех неприятностях виноваты другие	0	1	2	3	4

Основные психодиагностические методы

Проективные методы

Основаны на представлениях о механизмах психологической проекции, как МПЗ личности. Недостаточно структурированный материал, выступающий в качестве стимула, при соответствующей организации всего эксперимента в целом порождает процессы фантазии, воображения, в которых раскрываются те или иные характеристики субъекта. Наиболее существенным признаком проективных методик является использование в них неопределённых, неоднозначных, слабоструктурированных стимулов, которые испытуемый должен конструировать, развивать, дополнять, интерпретировать.

Мало изучены и применимы в отечественной психологии, где исторически теория бессознательного поддавалась критике и на первый план выступает изучение опосредованности сознания.

Типы проективных методик:

- структурирования (Толкование случайных форм Роршаха)
- интерпретации (Розенцвейга, Сонди, ТАТ)
- экспрессии-анализа творчества (Рисуночные - человек, дерево, РНЖ; анализ почерка, особенностей речи)
- дополнения (неоконченных рассказов, ассоциативный тест Юнга)
- катарсиса (психодрама, драматерапия)



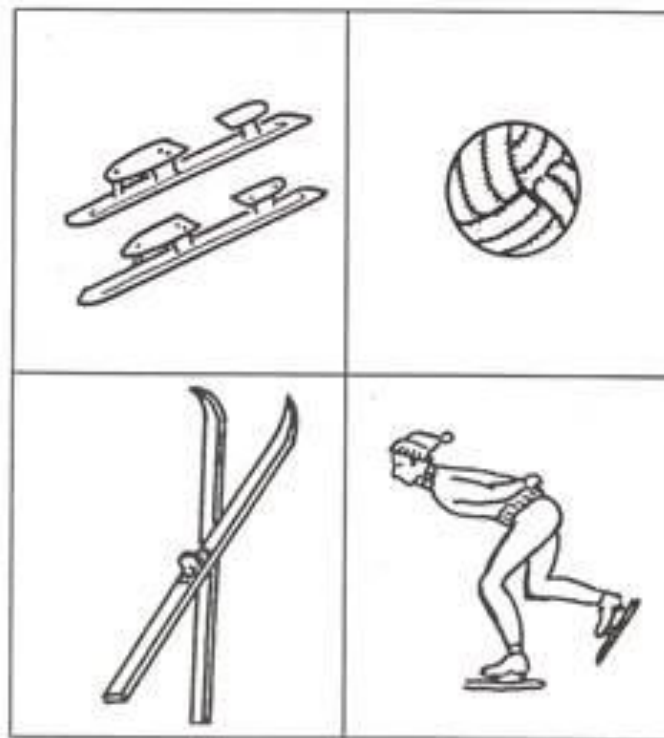
Основные психодиагностические методы

Эксперимент

Проводимый в специальных условиях опыт для получения новых сведений о состоянии психической деятельности индивида посредством целенаправленного вмешательства исследователя в его жизнедеятельность. Является основным методом психологической диагностики в отечественной клинической психологии. Применяется в патопсихологии, нейропсихологии, социальной психологии, психологии аномального развития, зоопсихологии, возрастной психологии.

Области исследования:

- Моторный праксис
- Пространственный гнозис
- Память
- Внимание
- Мышление
- Личностные реакции



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

Источники ошибок в психодиагностике

1.

Вариативность пациента или субъекта (долговременная перспектива): в разные моменты пациент может находиться в разных стадиях болезни (например, переход от маниакального к депрессивному эпизоду при БАР), поэтому недостаточную согласованность в диагнозе не стоит списывать на диагностическую систему.

2.

Ситуационная вариативность (кратковременная вариативность пациента). В два разных момента времени пациент может иметь различную степень выраженности расстройства (хотя бы по причине лечения), это тоже может повлиять на достоверность диагноза.

3.

Информационная вариативность: разная информация о больном, в результате чего разные специалисты могут прийти к разным диагнозам. Чаще обусловлена тем, что специалисты различным образом строят диагностическую беседу, в результате чего диагностические решения принимаются на базе разных данных.

4.

Вариативность при наблюдении: разные специалисты, проводящие обследование, по-разному оценивают собранную информацию, то есть придают ей различный вес (например, наблюдаемое поведение по-разному оценивается относительно степени тяжести симптоматики).

5.

Вариативность критериев: разные специалисты после оценки собранного материала ставят различные диагнозы, то есть используют соответственно не одни и те же критерии для принятия диагностических решений.

Основные виды деятельности

Клинического психолога – вмешательство (интервенция)

Вид психологического вмешательства	Задачи	Методы	Кто применяет
Психологическое консультирование	Помощь человеку или группе людей в поиске путей разрешения или решении определенной трудной или проблемной ситуации психологического характера.	Информирование, актуализация ресурсов личности, техники осознания, активное слушание	Психологи, педагоги, соц. работники, менеджеры
Психокоррекция (немедицинская психотерапия)	Направленное психологическое воздействие на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования индивида.	Психотерапевтические техники – диалог с частями личности, формирование образов с помощью методов арт-терапии, работа со стульями	Клинические психологи
Психотерапия	Единого определения не существует из-за различий подходов и школ. В психиатрии - лечение больного человека, купирование психопатологической симптоматики (панические атаки, депрессия, галлюцинации, фобии и т.д.)	Фармакологические методы, оперативные и инструментальные методы, психотерапевтические методы (дневники, списки, ранги)	Врачи-психотерапевты

При широком толковании термина «психотерапия» имеют ввиду все виды направленного психологического воздействия на индивида (консультирование, коррекцию и терапию).

Основные виды деятельности

Клинического психолога – вмешательство (интервенция)

- Подразумевает под собой достижение определенных изменений в ситуации или в личностных реакциях обратившегося за помощью человека.
- В КП клинико-психологические интервенции в большей степени должны опираться на доказательную базу, четко соответствовать целям воздействия, а также быть тесно связаны с теоретической ориентацией специалиста.
- Клинико-психологические интервенции могут быть направлены как на более общие, отдаленные цели (на восстановление полноценного личностного функционирования, гармонизацию личности, развитие личностных ресурсов), так и на конкретные, более близкие цели (преодоление страха выступления перед аудиторией, тренировку памяти или внимания, развитие определенных коммуникативных навыков).

Василенко Т.Д. Методологические проблемы медицинской психологии, 2017

Цели психологической интервенции:

1. Изменения, связанные с желанием клиента иметь больше навыков, копинг-стратегий, знаний и т.д.; осуществляется информирование (помощь в расширении знаний, умений, возможностей) или консультирование (помощь в использовании возможностей), помогающие клиенту поддерживать или активизировать имеющиеся у него, но не действующие возможности.
2. Изменения, связанные с уменьшением страдания или расстройства; осуществляется сопровождение (помощь в том, чтобы справиться с положением) как предоставление чужой структуры (терапевта) для преодоления не поддающихся изменениям трудностей или терапия (помощь в изменении ситуации), в процессе которой осуществляется воздействие, направленное на изменение неблагоприятной ситуации.

Людевиг К. Введение в теоретические основы системной терапии, 2012

Неспецифические факторы эффективности психологического вмешательства

Фактор	Определение
Терапевтический альянс	Сотрудническая и эмоциональная связь между врачом и пациентом, которая включает следующие элементы: (1)достижение взаимной договоренности о целях лечения; (2)о задачах терапии (которым врач и пациент обязуются следовать в терапевтических отношениях); (3)эмоциональной (эмпатической) связи.
Эмпатия	Интимное понимание эмоциональных и когнитивных состояний одного человека другим. Универсальная человеческая способность, лежащая в основе сопереживания, сочувствия, эмоционального присоединения.
Конгруэнтность	Осознанная искренность терапевта, лежащая в основе осознания и аутентичности, а также способность к согласованной (без противоречивых сигналов), осознанной передаче пациенту информации о своем опыте пребывания с ним/ней
Обратная связь	Систематический мониторинг основных аспектов психического здоровья с помощью стандартизированных психодиагностических средств и соответствия результатов лечения ожидаемым

Обобщенная модель медико-психологической

Конечные цели	Помощи Группы воздействия	Цели воздействия		Механизмы воздействия	Средства воздействия
		Обобщенные	Конкретные		
Охрана здоровья и развитие личности: поддержание здоровья, сохранение здоровья, укрепление здоровья, содействие развитию личности, психогигиена	Все категории здоровых людей	<ul style="list-style-type: none"> • Формирование знаний и психологической культуры • Развитие психики, личности 	<ul style="list-style-type: none"> • Обучение распознаванию эмоций • Развитие эмоционального интеллекта • Развитие воли и саморегуляции • Осознание и расширение ресурсов • Осознание достоинств и способностей • Повышение адекватности самооценки • Развитие мотивационно-смысловой сферы личности • Развитие психических процессов (внимания, памяти и др.) 	Изменение поведения, связанного со здоровьем, направленного на поддержание, сохранение, укрепление, восстановление здоровья («психологически здоровые» реакции и паттерны поведения)	<ul style="list-style-type: none"> • Психологическое просвещение — информирование через СМИ, Интернет, информационные бюллетени, сайты • Беседа • Обучение • Тренинг • Консультирование • Клинико-психологическое сопровождение • Психотерапия • Коррекция
Профилактика нервно-психических (в т.ч. аддиктивных), психосоматических, общесоматических заболеваний	Находящиеся в группах риска с проблемами адаптации, самореализации, в ситуации стресса, травмы, конфликта, в возрастных кризисах и других неблагоприятных условиях	<ul style="list-style-type: none"> • Активизация ресурсов и адаптационного потенциала • Формирование навыков • Формирование копинг-стратегий 	<ul style="list-style-type: none"> • Развитие установок на здоровый образ жизни 		
Восстановление здоровья (реабилитация)	Больные нервно-психическими, психосоматическими и общесоматическими заболеваниями	<ul style="list-style-type: none"> • Формирование установок на здоровый образ жизни • Уменьшение страданий 	<ul style="list-style-type: none"> • Развитие коммуникативной компетентности • Развитие диспозиционного оптимизма • Обучение позитивному мышлению (исправление ошибок мышления при интерпретации событий и состояний) • Расширение социальных связей • Развитие копинг-стратегий • Уменьшение страхов 		
При невозможности восстановления здоровья формирование «психологически здоровых» реакций для повышения качества жизни	Больные тяжелыми, угрожающими жизни заболеваниями с хроническим течением				

Основные виды деятельности клинического психолога - профилактическая

Профилактика – психологическая помощь в предотвращении развития тех или иных неблагоприятных состояний и ситуаций, а также в снижении интенсивности факторов риска их развития.

Некоторые задачи профилактической работы в КП:

- выявление контингентов риска и разработка соответствующих профилактических мероприятий (неблагополучные подростки – аддиктивное, саморазрушающее поведение);
- работа с лицами, имеющими разнообразные трудности и проблемы психологического характера (заключенные – рецидивы преступного поведения);
- сопровождение в кризисных личностных и травматических стрессовых ситуациях (жертвы насилия и травм развития – соматоформные расстройства, ПТСР);
- работа с лицами, характеризующимися прогностически неблагоприятными личностными особенностями, повышающими риск возникновения нервно-психических и психосоматических расстройств (злоупотребление табаком и алкоголем – заболевания ССС).



Основные виды деятельности

клинического психолога - профилактическая

Вид профилактики	Задачи	Специфичность	Пример
Первичная	Предупреждение развития возможных или снижение уже имеющихся факторов развития психических нарушений и неблагоприятного психологического развития.	Проблема не обозначена – низкая специфичность, универсальность работы.	Массовые антинаркотические акции в школах с участием младших школьников, направленные на актуализацию личностных и социальных ресурсов как альтернатива возможному употреблению ПАВ.
Вторичная	Предупреждение развития и хронификации уже имеющихся психических нарушений и неблагоприятного психологического развития.	Проблема обозначена – специфичность работы.	Групповые тренинги с учащимися старших классов, направленные на информирование о вреде употребления, расширении взглядов на возможные пути совладания с проблемой употребления (навык отказа) и формирование установки на ЗОЖ.
Третичная	Предупреждение возможных рецидивов в процессе преодоленных психических нарушений и неблагоприятного психологического развития.	Проблема поставлена в центр внимания – высоко специализированное сопровождение.	Индивидуальная психокоррекция, направленная на формирование внутренней мотивации на воздержание от ПАВ в период ремиссии.

Основные виды деятельности клинического психолога

- **Реабилитационная деятельность** – клинико-психологическое сопровождение, направленное на восстановление (сохранение) личностного и социального статуса пациента. Три этапа: медицинская, трудовая, социальная реабилитация.
- **Просветительская работа** - работа со СМИ, популярная литература, публичные лекции.
- **Научно-исследовательская работа** - решение фундаментальных вопросов и актуальных практических задач клинической психологии в соотношении с запросами к ней от медицины, педагогики, социологии и др.
- **Экспертная деятельность** – психолог выступает в роли отдельного независимого специалиста, чье мнение соотносится с другими независимыми мнениями смежных специалистов. Типы экспертиз: военная экспертиза, трудовая, медико-педагогическая, комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

Кого-то из ваших знакомых посещают мысли о самоубийстве?

Желание свести счеты с жизнью — не такое редкое явление. Если вы встревожены наличием таких мыслей у кого-то из ваших знакомых, читайте дальше...

Что вы должны знать

- Нет ничего страшного в разговоре на тему самоубийства.
- Если вы спросите, не думает ли человек о самоубийстве, этим вы не подтолкнете его к действиям. Напротив, часто это снижает уровень тревоги и дает человеку ощущение, что его понимают.

Тревожные признаки

- Резкие изменения настроения.
- Социальная самоизоляция.
- Выражение мыслей, чувств или планов, связанных с самоубийством.
- Фразы типа «Никто даже не пожалеет, что меня больше нет» или «Не вижу смысла жить дальше».
- Поиск способов совершения самоубийства.
- Прощание с близкими и друзьями.
- Дарение ценных личных вещей.

Кто в группе риска?

- Люди, уже совершавшие попытку самоубийства.
- Люди с острым эмоциональным расстройством или депрессией.
- Социально изолированные люди.
- Люди с проблемами, связанными с употреблением алкоголя или наркотиков.
- Люди с хроническим болевым синдромом или хроническими заболеваниями.
- Жертвы насилия, надругательства или другими психическими травмами.
- Представители маргинализированных или подверженных дискриминации групп населения.

Что вы можете сделать

- Найдите удобное время и спокойное место для разговора с человеком, психологическое состояние которого вызывает у вас тревогу. Объясните этому человеку, что вы хотите его выслушать.
- Посоветуйте ему обратиться за помощью к медицинскому специалисту, например, врачу или специалисту по психическому здоровью, психологу или социальному работнику. Предложите сходить на консультацию вместе.
- Если вам кажется, что жизнь человека находится в опасности, не оставляйте его одного. Обратитесь в службу неотложной помощи, позвоните по телефону горячей линии, поговорите с врачом или другими членами семьи.
- Если человек, о котором вы беспокоитесь, живет вместе с вами, убедитесь, что у него нет дома доступа к средствам причинения себе вреда.
- Регулярно проверяйте, чем занимается человек и в каком он психологическом состоянии.

Помните: если кто-то из ваших знакомых имеет суицидальные мысли, с ним надо об этом поговорить. Выслушайте без осуждения и предложите свою помощь.

Всемирная организация здравоохранения

«Актуальные проблемы клинической психологии и психологии
здоровья»

**Основные разделы
клинической психологии:
нейропсихология**

*ведущий курса: клинический психолог, к.психол.н., доцент
Абросимов Илья Николаевич*

НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ

представители

А.Р. Лурия (1902-1977) – Казань, Россия.

- Психология.
- Работа в неврологии и нейрохирургии.
- Медицинское образование.
- Международные научные связи.
- Основы нейропсихологии.

Учение формировалось в ходе работы по реабилитации участников военных действий во время войны (1941—1943г.г. г. Кисегач). Ведущий метод – эксперимент.



представители:

Е.Д. Хомская



Л.С. Цветкова



Ж.М. Глозман



Ю.В. Микадзе



Т.В. Ахутина



НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ

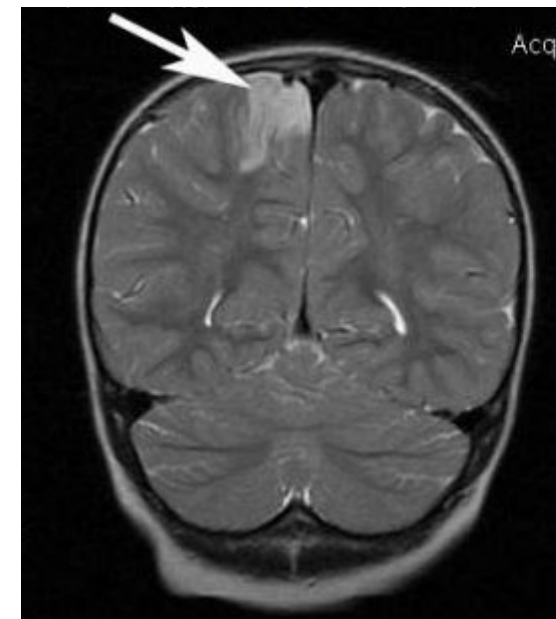
ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Нейропсихология - раздел клинической психологии, изучающая мозговую основу психических процессов и их связь с отдельными системами головного мозга.

Эта психологическая отрасль, сложившаяся на стыке общей психологии, патопсихологии, и таких медицинских наук как неврология, нейрохирургия и физиология. Она изучает механизмы высших психических функций на материале локальных поражений головного мозга.

Основное понятие нейропсихологии - ВПФ - сложные формы сознательной психической деятельности, системны по своему психологическому строению и имеют сложную морфофизиологическую основу в виде многокомпонентных функциональных систем.

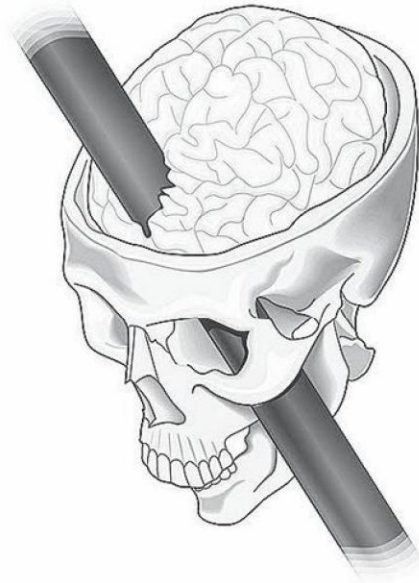
В условиях недоразвития, либо нарушения одного из звеньев нарушается работа всей функциональной системы, но каждый раз по-разному в зависимости от того, какое звено пострадало.



Случай Финеаса Гейджа 1845 года



Финеас Гейдж с железным ломом, повредившим его мозг и реконструкция прохождения лома сквозь череп Гейджа



Гейдж работал на прокладке железной дороги и имел дело со взрывчаткой. В результате ужасного несчастного случая металлический лом пробил ему голову: вошел у основания черепа и вышел на макушке, серьезно повредив мозг.

Местный врач отлично о нем позаботился, и физически Гейдж восстановился в поразительной степени. Уже через несколько дней он мог ходить и говорить, одним словом, нормально функционировать. Через несколько недель он даже вышел на работу. Но Гейдж кардинально изменился.

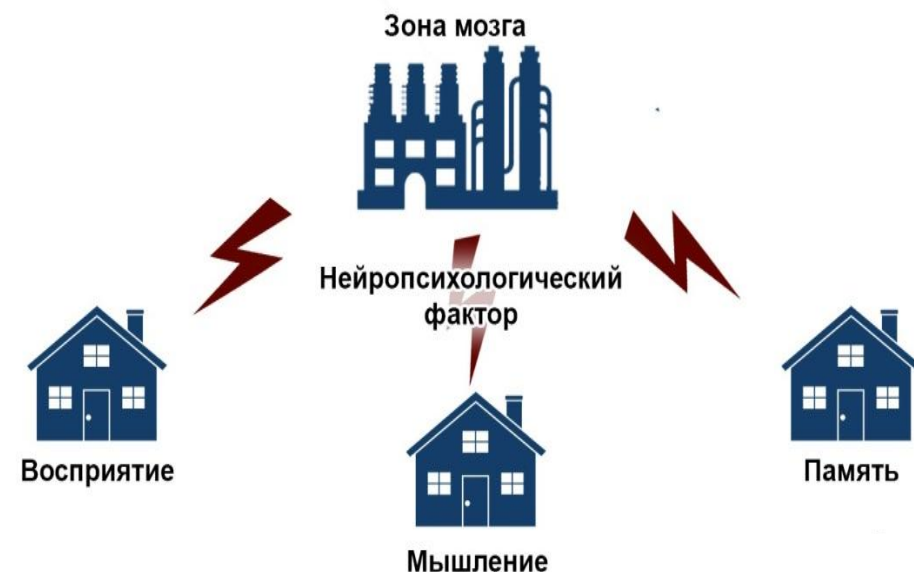
До несчастного случая он был прорабом. На него всегда можно было положиться: он справлялся с поставленными перед ним задачами – и справлялся хорошо. После травмы Гейдж стал совершенно безответственным. Он никогда не являлся на работу вовремя, сквернословил и вел себя непристойно. Он не обращал внимания на других работников и потерял всяческое представление о моральных суждениях.

Через много лет после его смерти современные исследователи реконструировали ранение, используя череп Гейджа. Они поняли, что поврежденной оказалась префронтальная кора, в частности вентромедиальная и орбитофронтальная ее части – области, которые исключительно важны для эмоций, принятия решений и морального поведения.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

- **Нейропсихологический симптом** – нарушение психических функций в результате локальных поражений головного мозга (или вследствие иных патологических причин, приводящих к локальным изменениям в работе мозга).
- **Нейропсихологический синдром** – закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, связанных с выпадением одного или нескольких факторов.
- **Нейропсихологический фактор** — это обобщенный и связанный с определенным динамически локализованным нейронным ансамблем смысл его работы. Он является связующим понятием между психическими функциями и работающим мозгом.
- **Синдромным анализом** называется анализ нейропсихологических симптомов, главной целью которого считается нахождение общего фактора, который полностью объясняет появление разных нейропсихологических симптомов.



НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ



1. Блок регуляции тонуса и бодрствования



2. Блок приема, переработки и хранения информации



3. Блок программирования и контроля психической деятельности

Рис. 4. Структурно-функциональная модель интегративной работы мозга, предложенная А. Р. Лурия

1-й блок — ретикулярная формация ствола мозга, лимбическая система, медиобазальные отделы коры лобных и височных долей.

2-й блок — центральные части основных анализаторных систем, корковые зоны которых расположены в затылочных, теменных и височных долях.

3-й блок — моторные, премоторные и префронтальные отделы коры лобных долей мозга — кпереди от передней центральной извилины.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ

Нарушения, исследуемые
нейропсихологическими методами:

- Памяти – амнезия (ретроградная, антероградная)
- Восприятия – агнозия (предметная, цветовая, лицевая, пространственная, симультанная)
- Праксиса – апраксия (идеаторная, мнестическая, пространственная, кинестетическая – поиск нужных движений, акинетическая – недостаток побуждения)
- Речи – афазия (афферентная – звуки, эфферентная – распад высказывания, трудность переключения, динамическая – невозможность построения внутренней программы высказывания)
- Письма – аграфия
- Чтения – алексия, дислексия

2. Классификация афазий

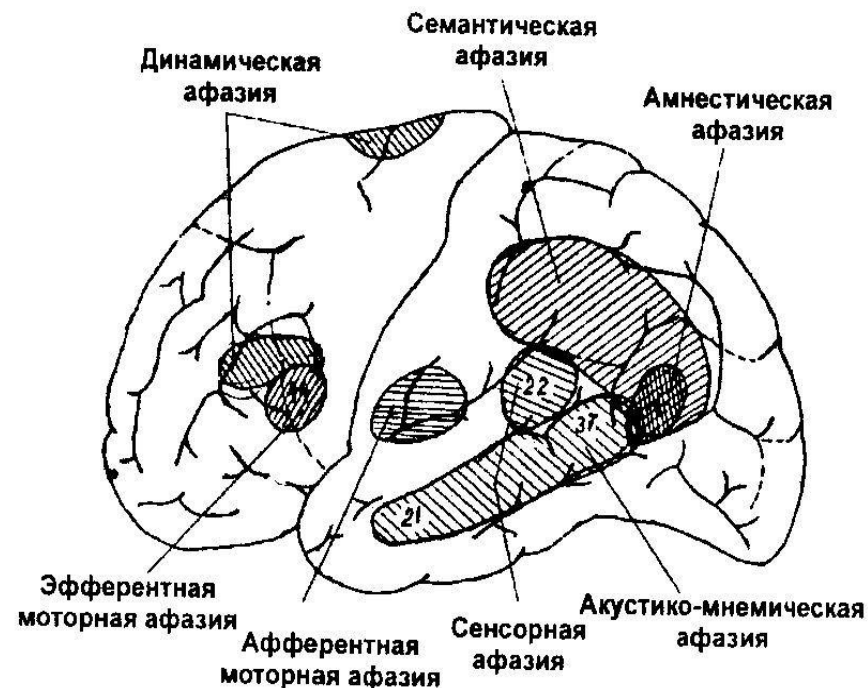


Рис. 7. Схема локализации разных форм афазии в левом полушарии коры головного мозга: передняя и задняя речевые зоны (по А. Р. Лурии)

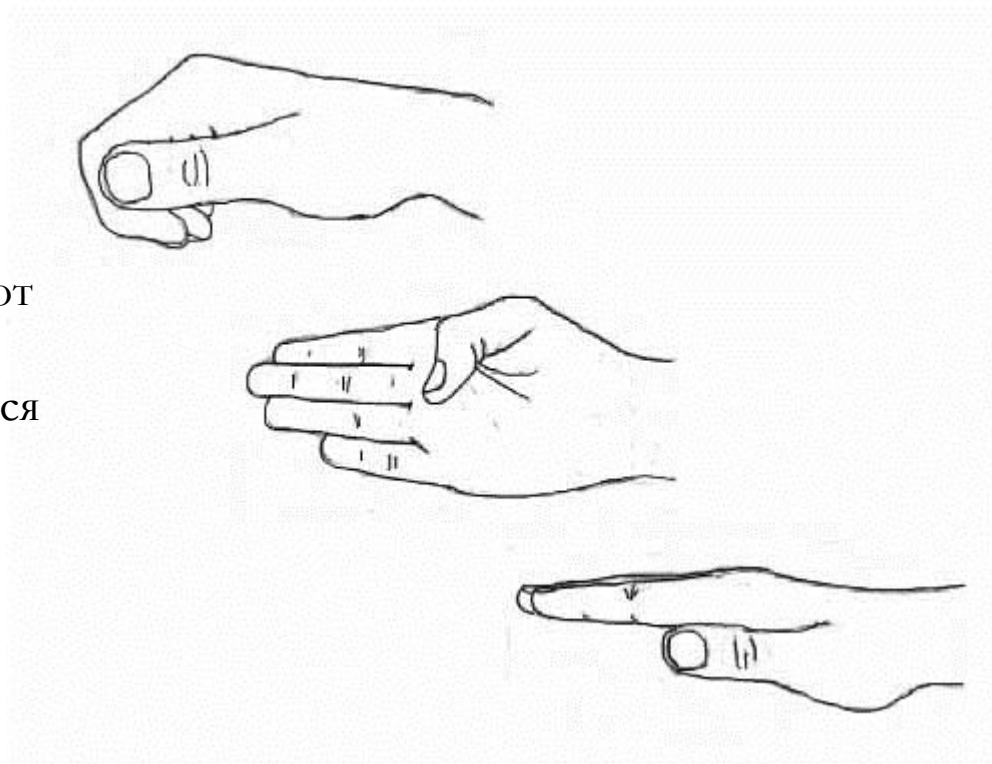
Нейропсихологические пробы – лобные доли

Динамический праксис

1. Кулак — ребро — ладонь. Правой рукой (15 раз).

2. Кулак — ребро — ладонь.левой рукой (15 раз).

Инструкция к заданиям 1–2: Испытуемого просят, используя плавный и устойчивый ритмический образец, хлопать по бедру кулаком, ладонью и ее ребром. Пациент должен отрывать руку от поверхности при каждой смене позиций. Повторить такую последовательность изменений позиций 15 раз. Демонстрируется 1 раз; если испытуемый не усвоил, то повторно, пока он не запомнит и не начнет повторять правильно. Фиксируются нарушения последовательности (например, персеверации), плавности («спотыкание» — пауза перед последующим движением), неуверенность.



Нейропсихологические пробы – затылочные доли

Лицевой гнозис (идентификация фотографий незнакомых лиц по заданному образцу).

Инструкция: Испытуемому предлагаются последовательно 2 фотографии незнакомых женских эмоциональных лиц. Глядя на эталон, он должен отыскать то же лицо, но с другим эмоциональным выражением, в наборе из 12 фотографий. Опыт повторяется с мужскими фотографиями.



Нейропсихология - прикладные аспекты

Нейропсихологическая коррекция - изучение механизмов нарушения высших психических функций и связь их нарушений с определёнными зонами мозга позволяет применять полученные данные при разработке комплексных методов переструктурирования нарушенных функций мозга и создание компенсирующих средств.

Нейропсихологическая реабилитация — это комплекс медико-психологических воздействий направленных на восстановление нарушенных высших психических функций а не на приспособление к дефекту, и предусматривающих апелляцию к личности больного (опора на сохранные функции, восстановительное обучение, коррекция речи, счета, памяти).



«Актуальные проблемы клинической психологии и психологии
здоровья»

**Основные разделы
клинической психологии:
патопсихология**

*ведущий курса: клинический психолог, к.психол.н., доцент
Абросимов Илья Николаевич*

ПАТОПСИХОЛОГИЯ

Патопсихология (от греч. pathos — страдание, болезнь) — раздел клинической психологии, изучающий закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме.

Патопсихология в настоящее время широко применима в практике клинического психолога в психиатрической клинике, но ее потенциал применим и в других областях (терапевтические, хирургические клиники и другие области медицины и образования).

Задачи патопсихологии:

- Дифференциально-диагностическая
- Анализ структуры дефекта
- Установление степени психических нарушений
- Изучение и оценка динамики психических нарушений
- Обоснование лечебно-реабилитационных и психокоррекционных мероприятий

В психиатрии - профилактика, диагностика, лечение, реабилитация психических расстройств, а также их описание и классификация.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ - представители

Б.В. Зейгарник (Герштейн) (1900-1988) – Пренай, Литва.

- философский факультет Берлинского университета, кружок по психологии К.Левина.
- 1928 Дипломная работа - «эффект зейгарник».
- 1931 – переезд в СССР вместе с мужем.
- 1940-у - Основы патопсихологии.



Ученики и последователи:

С.Я. Рубинштейн



Поляков Ю.Ф.



Соколова Е.Т.



Спиваковская А.С.



Николаева В.В.



Братусь Б.С.



Тхостов А.Ш.



Холмогорова А.Б.



Психопатология

Патопсихология

Врач-психиатр

Клинический психолог

Психическое
расстройство

Раздел психиатрии

Раздел клинической
психологии

Применяются клиничко-
описательный метод и
клинические понятия

Выявляются, описываются и
систематизируются
проявления нарушенных
психических процессов и
функций.

Применяются
экспериментально-
психологический метод и
психологические понятия

Описываются основные
механизмы и особенности
структуры психических
процессов, приводящих к
наблюдаемым в клинике
расстройствам.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ – основные понятия

Симптом (в патопсихологии) - это единичное нарушение, которое проявляется в различных сферах: в поведении, эмоциональном реагировании, познавательной деятельности больного. Также выделяют продуктивную и негативную симптоматику.

Патопсихологический синдром - индивидуальное сочетание признаков нарушений, сохранных сторон и индивидуальных особенностей психической деятельности (памяти, эмоциональной сферы, установок, ориентации и т.д.), объединенных психологическими механизмами функционирования личности. (Блейхер В. М., Крук И.В., 2002)

К патопсихологическим синдромам следует относить совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности больных, выраженных в психологических понятиях (Николаева В.В., Соколова Е.Т.)

Б.В. Зейгарник предложила рассматривать и анализировать выявляемые патопсихологические синдромы на 3-х уровнях:

- Мотивационном (целенаправленность поведения, волевая регуляция и контроль поведения)
- Операциональном (наличие средств для достижения цели)
- Динамическом (наличие энергетических ресурсов для поддержания процессов деятельности)

Патопсихологические регистр-синдромы

(по И.А. Кудрявцев, Блейхер В.М.)

Название синдрома	Структура – симптоматическое содержание	Диагноз
Шизофренический (диссоциативный)	Нарушения мышления, а также селективности информации и психических процессов (восприятия, памяти, внимания), снижение уровня мотивационной активности, искажение и обеднение эмоционального реагирования, снижение целенаправленности психической активности. Изменения самознания.	Шизофрения и шизофреноподобные состояния
Аффективно-эндогенный	Снижение (повышение) настроения, инертность (лабильность) эмоциональных реакций. Снижение и сужение процессов памяти, внимания, восприятия (депрессия) или их повышение (маниакальная фаза).	БАР, аффективные психозы
Олигофренический	Дефект интеллекта, памяти и снижение умственной работоспособности. Снижение контроля эмоциональных реакций.	Умственная отсталость
Экзогенно-органический	Снижения интеллекта, распад системы прежних знаний и опыта, нарушений памяти, внимания, операционной структуры мышления, неустойчивости эмоций, снижения критических способностей.	«Внешние» поражения ГМ
Эндогенно-органический	Низкая переключаемость, инертность психических процессов, склонность к детализации в восприятии и мышлении, специфические изменения эмоций и мотивации (брутальность и эксплозивность).	Эпилепсия, атрофия процессов ГМ
Личностно-аномальный (психопатический)	Аффективная обусловленность поведения с парциальной некритичностью и завышенным уровнем притязаний. Изменения структуры иерархии мотивов, самооценки, нарушения прогнозирования и опоры на прошлый опыт.	Акцентуации и психопатии
Психогенно-психотический	Хаотичность умственной деятельности. Снижение контроля аффекта. Психомоторные изменения.	Психозы травмы
Психогенно-невротический	Нарушения эмоций (превалирование тревоги), поведения (фиксация) и нейровегетативной регуляции. Наличие внутриличностного конфликта.	Неврозы
Психотической дезорганизации	Нарушение селективности и переключения внимания, восприятия и мышления. Эмоции рассогласованы. Наблюдается психомоторное возбуждение.	Другие психозы

ПАТОПСИХОЛОГИЯ

Патопсихологический эксперимент представляет собой тип психологического эксперимента, заключающийся в искусственном создании условий, выявляющих патологические особенности психической деятельности человека. Для него характерен учет психических процессов в строго определенных условиях и возможность заранее планируемых изменений.

Принципы, лежащие в основе построения психологического эксперимента:

- *Качественный анализ* особенностей протекания психических процессов (сенсорно-перцептивной сферы, памяти, внимания, мышления, эмоционального реагирования) больного в противоположность задаче лишь одного количественного их измерения.
- *Анализ ошибок*, возникающих у больных в процессе выполнения экспериментальных заданий, чаще всего представляет собой интересный и показательный материал для оценки того или иного нарушения психической деятельности.
- Патопсихологическая диагностика должна включать в себя *личностное отношение* испытуемого к ситуации эксперимента и его результатам.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ

Порядок проведения патопсихологического исследования:

1. Изучение истории болезни, беседа с врачом и конкретизация задачи исследования.
2. Проведение патопсихологического исследования.
3. Обработка и анализ данных патопсихологического исследования.
4. Описание результатов, заключение по психологическому исследованию, пределы компетенции психолога.



ПАТОПСИХОЛОГИЯ – нарушения сознания

Сознание – функция мозга отражающая в обобщенном виде реальную действительность и целенаправленно регулирующая деятельность человека.

Помрачение сознания (симптомы): Нарушение контакта с окружающими. Нарушение ориентировки (в месте, времени, окружающей действительности, собственной личности). Нарушение восприятия. Нарушение мышления (ослабление способности суждения, бессвязность мышления, бред). Нарушение памяти.

Синдромы помрачения сознания:

- Оглушение (степени: обнубиляция, сопор, кома) - повышением порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций и контакта с внешним миром (интоксикации, инв. заболевания, ЧМТ).
- Делирий - наплыв ярких галлюцинаций, ложная ориентировка в окружающем, наличие бреда и аффекта страха (интоксикации).
- Онейроид – сноподобное состояние с преобладанием псевдогаллюцинаторных явлений, фантастический характер бреда, нарушения восприятия времени, ориентировки в окружающем и собственной личности (Sch, энцефалит, сосудистые поражения ГМ, интоксикации).
- Сумеречное помрачение сознания: амбулаторный автоматизм (внешне упорядоченное бродение), сомнамбулизм (лунатизм), фуга (стремление стремительно бежать) – внезапное начало и окончание в виде патологического сна, нарушение всех видов ориентировки, галлюцинирование и бредообразование, амнезирование эпизода.

Методы диагностики – наблюдение, беседа.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ – нарушения самосознания

Деперсонализация - чувство отчуждения собственных мыслей, аффектов, действий, своего "Я", которые воспринимаются как бы со стороны. Встречается самостоятельно, либо в структуре других психопатологических состояний (неврозы, РЛ, Sch, циклотимия и др.).

Типы деперсонализации:

- *Аллопсихическая* - Искажение или утрата самостоятельного поведения. Действия воспринимаются как бы автоматическими, совершаемыми без обдумывания, лишёнными произвольности и волевой регуляцией, неестественными и наигранными.
- *Аутопсихическая* - ощущение собственной изменённости, сопровождающейся затруднением контактов с людьми.
- *Соматопсихическая* - отчуждения восприятия отдельных физиологических процессов с утратой их чувственной яркости.
- *Анестетическая* - мучительное ощущение чувства утраты эмоций, не способность ощущать удовольствие, радость, любовь, ненависть, грусть.

Дереализация - искажённое восприятие объективной реальности в целом без нарушения восприятия отдельных её параметров. Мирощущение характеризуется чувством безжизненности, нереальности, чуждости, незнакомости, блеклости окружающего.

Методы диагностики – клиническая беседа, наблюдение.



ПАТОПСИХОЛОГИЯ – Изменение порогов чувствительности

- психическая гиперстезия – усиление восприимчивости при воздействии обычных раздражителей (помрачения сознания, психозы, абстиненция, интоксикация)
- психическая гипостезия - снижение восприимчивости к действующим раздражителям (делирий, опьянение, депрессивное состояние)
- психическая анестезия - полная нечувствительность анализаторов при формальной анатомо-физиологической сохранности (кома, диссоциативные расстройства).

Сенестопатии – искаженные, диффузные неприятные телесные ощущения с примесью ощущений других модальностей (запах, цвет), встречается в рамках соматоформных расстройств.



ПАТОПСИХОЛОГИЯ –

Нарушения восприятия

Психосенсорные расстройства – искаженное восприятие реально существующих предметов, окружающего мира, пространства или своего тела (увеличение/уменьшение размеров, изменение форм). При этом реально существующий предмет узнается правильно, но в измененном виде (парейдолии - мигрень, эпилепсия, ЧМТ).

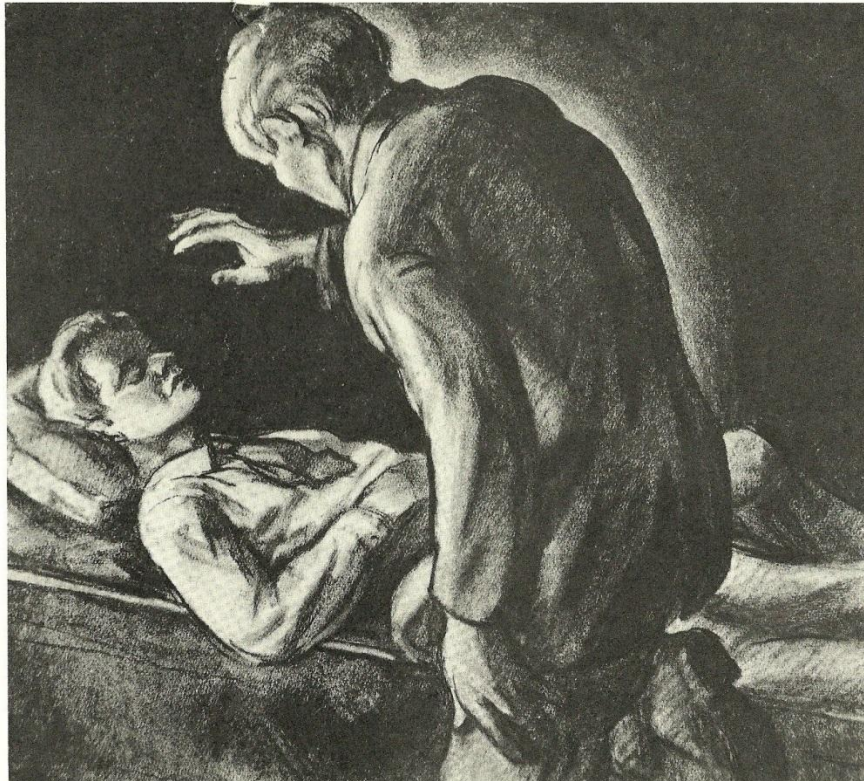
Иллюзии - качественно неправильное, искаженное восприятие реально существующих предметов и явлений, при котором вместо одних предметов действительности воспринимаются совершенно иные объекты. Не связаны с феноменами на основе физиологии и оптики.

Галлюцинации - расстройство восприятия в виде образов (представлений), непроизвольно возникающих без реального раздражителя и приобретающих для больного характер объективной реальности.

- истинные – представлены во внешней реальности, проявлены в поведении
- псевдогаллюцинации – проекция образов в субъективное пространство, есть чувство «сделанности», могут быть скрыты

ПАТОПСИХОЛОГИЯ – Нарушения восприятия

Методы диагностики – расспрос, беседа, наблюдение, предъявление сюжетных картинок и изображений предметов.



Тематический апперцептивный тест



Классификация предметов

ПАТОПСИХОЛОГИЯ – нарушения памяти

Дисмнезии - мнестические нарушения, при которых снижаются возможности запоминания и уменьшаются запасы памяти.

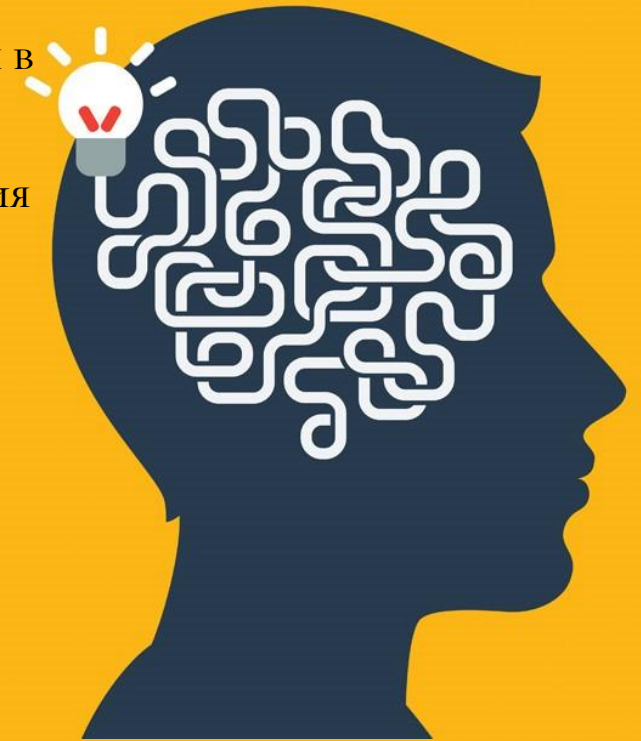
- *Гипермнезия* - непроизвольная активность памяти, при которой повышается способность воспроизводить давние или неактуальные события прошлого или полученного опыта (Sch, РЛ, эпилепсия).
- *Гипомнезия* - информация частично выпадает из памяти, проявляется снижением способности запоминать, удерживать и воспроизводить конкретные события или факты (органические, интоксикационные и атрофические поражения ГМ).
- *Амнезия* - потеря воспоминаний, их выпадение из жизни, невозможность рассказать необходимую информацию, имевшую место в конкретном периоде времени (см. выше).



ПАТОПСИХОЛОГИЯ – нарушения памяти

Парамнезии – группа нарушений памяти, при которых реальные воспоминания заменяются вымышленными.

- *Псевдореминисценция* – нарушения по типу иллюзии памяти, заключающиеся в смещении во времени событий, действительно имевших место в жизни пациента, зачастую прошлое выдается за настоящее (возрастные заболевания ЦНС).
- *Конфабуляция* – нарушение памяти, при котором заполнение пробелов памяти или добавление деталей производится за счет вымышленных событий (в норме – МПЗЛ, Sch, органические заболевания ГМ).
- *Криptomнезии* – нарушение памяти, при котором забывается источник той или иной информации. Некогда прочитанное или увиденное воспринимается как часть собственной жизни, либо, наоборот, собственная жизнь кажется эпизодом романа или фильма (см. выше).



ПАТОПСИХОЛОГИЯ – нарушения памяти

Методы диагностики непосредственного запоминания – заучивание 10 слов

Первое объяснение. «Сейчас я прочту 10 слов. Слушать надо внимательно. Когда окончу читать, сразу же повторите столько, сколько запомните. Повторять можно в любом порядке, порядок роли не играет. Понятно?»

Продолжение инструкции. «Сейчас я снова прочту вам те же самые слова, и вы опять должны повторить их — и те, которые вы уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили, — все вместе, в любом порядке».

- Норма – кривая заучивания 5-7-9-10-9+10
- Неологизмы – «лишние» слова встречаются при Sch, органических поражениях ГМ, расторможенности у детей.
- Снижение или зигзагообразность кривой запоминания – утомляемость, истощаемость внимания.
- Кривая запоминания типа «плато» – незамотивированность в участии, эмоциональная уплощенность.

№	Стимул	1	2	3	4	5	Отсроченное воспроизведение
1.	Мяч						
2.	Крик						
3.	Сон						
4.	Тень						
5.	Флаг						
6.	Свет						
7.	Сосна						
8.	Топор						
9.	Игра						
10.	Мост						
Всего:							

ПАТОПСИХОЛОГИЯ – нарушения памяти

Методы диагностики опосредованного запоминания – Пиктограмма.

Обследуемому говорят, что будет проверяться его зрительная память. Затем ему дают лист бумаги и карандаш и говорят: «На этой бумаге нельзя писать ни слов, ни букв. Я буду называть слова и целые выражения, которые вы должны будете запомнить. Для того чтобы легче было запомнить, вы должны к каждому слову нарисовать что-либо такое, что бы могло помочь вам вспомнить заданное слово».

После выполнения задания (от 12 до 16 слов – веселый праздник, вкусный ужин) листок с рисунками откладывают в сторону и лишь в конце исследования (спустя час) предлагают больному припомнить по рисункам заданные слова. Обязательно следует спросить, как удалось больному вспомнить слово, чем помог ему рисунок.

- В норме – ко всем понятиям создаются содержательные, конкретные, но разнообразные рисунки, которые помогают при отсроченном воспроизведении стимулов. Допустимы повторяющиеся человеческие фигуры.
- Расстройство интеллекта (слабоумие) – недержание инструкции, невозможность придумать рисунки к сложным абстрактным понятиям. Не вспоминает понятия.
- Эпилепсия, органические поражения ГМ – детальность, обстоятельность рисунков, тщательность подбираемых образов, отсутствие метафор, наличие «фотографических» образов, персевераций. Плохо запоминает 10 слов, хорошо воспроизводит Пиктограмму.
- Sch – громоздкий, заумный характер ассоциаций, возможна их парадоксальность, излишняя эмоциональность. (для слова «сомнение» рисует речку и объясняет это так: «Есть романс Глинки «Сомнение», а Глинка — это есть Неглинка — речка»; ломаная линия на понятие «болезнь» - «болезнь изламывает душу человека, заставляет его метаться из стороны в сторону»). Стереотипии по элементу в рисунке, либо по «единой системе» (только черточки). Хорошо заучивает 10 слов, плохо воспроизводит пиктограмму.
- Расстройства личности – не могут нарисовать рисунок, т.к. каждый стимул воспринимают эгоцентрично, сквозь призму своих личных вкусов и стремлений
- Истерический личностный радикал – выхолащенность, бессодержательность.

№	Стимул
1.	Веселый праздник
2.	Вкусный ужин
3.	Тяжелая работа
4.	Развитие
5.	Богатство
6.	Теплый ветер
7.	Печаль
8.	Разлука
9.	Дружба
10.	Справедливость
11.	Болезнь
12.	Счастье



Эпилепсия

- 1) - воздушный шар
- 2) - земная куница с картонной втулкой.
- 3) - рубить дрова. Топором
- 4) - мозг
- 5) - деньги, доллар
- 6) - море, пляж

N

- 7) - глаза
- 8) - разбитое сердце
- 9) - письмо
- 10) - молоток судьи
- 11) - больничная кровать
- 12) - любовь



Sch

ПАТОПСИХОЛОГИЯ – нарушения мышления

Мышление – это высшая психическая функция опосредованного и обобщенного познания объективной реальности.

Снижение процесса обобщения - в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях; оперирование общими признаками заменяется установлением конкретных связей между предметами (**общее между диваном и книгой в том, что "на диване можно читать"**). 95% олигофрения, 86% эпилепсия, 70% энцефалиты

Искажение процесса обобщения - отражают лишь случайную сторону явлений, существенные отношения между предметами мало принимаются во внимание; предметное содержание вещей и явлений не учитывается. Доминируют связи, неадекватные конкретным отношениям (**сходство между ботинком и карандашом в том, что "они оставляют следы"**). 67% Sch, 33% РЛ



ПАТОПСИХОЛОГИЯ – нарушения мышления

<i>Расстройства темпа мышления</i> депрессивные расстройства, оглушение, олигофрения, когнитивные снижения	<i>Расстройства подвижности мышления</i> эпилепсия, психоорганический синдром	<i>Расстройства целенаправленности мышления</i> расстройства психотического спектра	<i>Расстройства грамматического строя речи</i> Sch, органические поражения ГМ, болезнь Альцгеймера
Ускорение (маниакальные состояния)	Детализация	Витиеватость (путанность)	Бессвязность (логическая и грамматическая)
Замедление (депрессивные)	Обстоятельность (нецеленаправленность)	Соскальзывание (неоправданные, неожиданные переходы)	Персеверации (сохранение ответа на предыдущий вопрос)
	Вязкость (низкая переключаемость)	Резонерство (бесплодное мудрствование)	Стереотипии (бессмысленное повторение слов и оборотов)
		Разноплановость (формирование суждений по разным принципам)	
		Аморфность (размытость)	
		Разорванность (отсутствие логики, психозафазия)	

ПАТОПСИХОЛОГИЯ – нарушения мышления

Методика – толкование метафор и пословиц.

Что такое пословицы? Какие пословицы Вы знаете? А что они значат?

Примеры: Куй железо, пока горячо. Тише едешь — дальше будешь. Не в свои сани не садись.

Золотая голова. Железный характер. Ядовитый человек.

Особенности:

- Умственная отсталость - конкретность и поверхностность суждений.

Семь раз отмерь - Здесь одна мысль - нужно делать хорошо.

- Сосудистые и другие органические поражения ГМ - диффузность и неопределенность суждений.

Лучше меньше, да лучше - Здесь говорится о том, что как бы получше все делать.

- Sch - соскальзывания и паралогические суждения.

Ядовитый человек – мальчик наелся сладостей и заболел

Методика – Сложные аналогии.

Овца —стадо - А

Малина — ягода - Б

Море — океан - В

Свет —темнота - Г

Отравление — смерть - Д

Враг — неприятель - Е

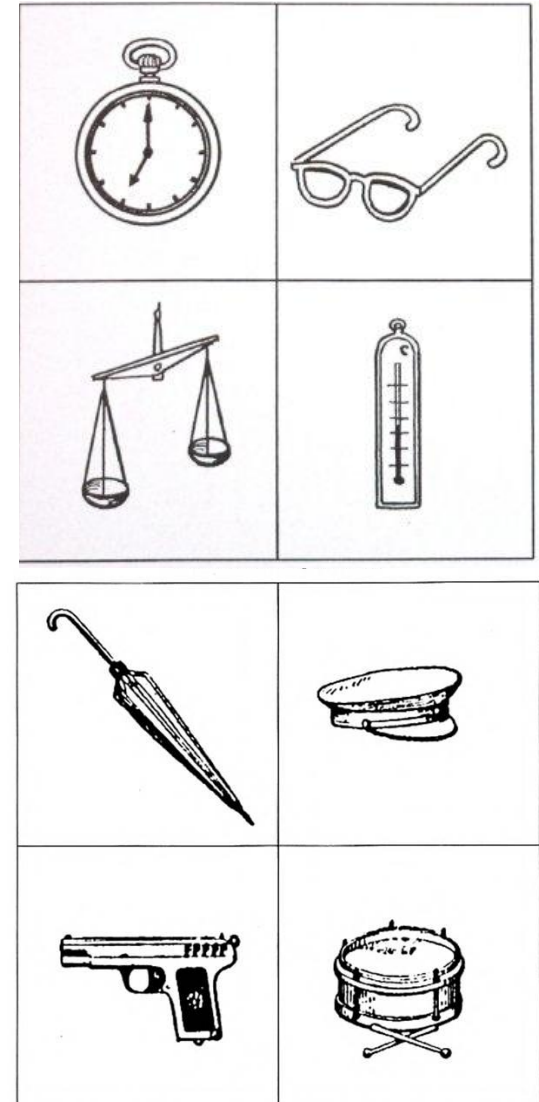
- Испуг — бегство
- Физика — наука
- Правильно — верно
- Грядка — огород
- Пара — две
- Слово — фраза
- Бодрый — вялый
- Свобода — воля
- Страна — город
- Похвала — брань
- Месть — поджог
- Десять — число
- Плакать — реветь
- Глава — роман
- Покой — движение
- Смелость — геройство
- Прохлада — мороз
- Обман — недоверие
- Пение — искусство
- Тумбочка — шкаф

ПАТОПСИХОЛОГИЯ – нарушения мышления

Методика – исключение четвертого лишнего

Инструкция: на предоставляемых карточках изображены 4 предмета. Три из них между собой сходны, их можно назвать одним названием, основываясь на выделении у них общего свойства, признака, а четвертый к ним не подходит. Вы должны назвать предмет, который не подходит (или который надо исключить), и сказать, как можно назвать остальные три.

- Тяжелая умственная отсталость, нарушения сознания – невозможность решить легкую задачу.
- Органические поражения ГМ - конкретность мышления, непонимание абстракции. «Ничего на этой карточке исключать не нужно, так как, надев на глаза очки, человек может лучше увидеть показатели весов, часов и термометра».
- Шизофрения – опора на латентные (слабые) признаки, их выбор крайне странен, необычен. Пациент обобщает зонтик, пистолет и барабан как предметы, издающие звук, и исключает фуражку, так как она звука не издает. Другой пациент – «Зонтик не нужен, сейчас носят плащи. Зонтик – это устаревший атрибут, я – за модернизм».

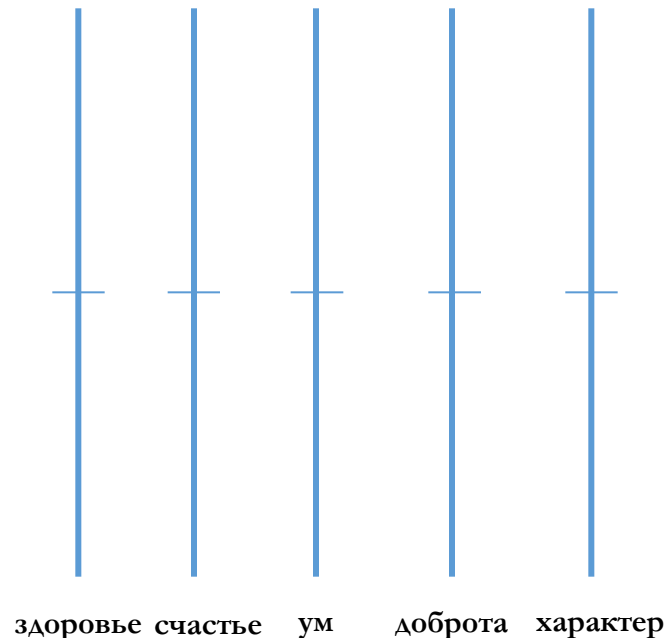


ПАТОПСИХОЛОГИЯ – исследование самооценки

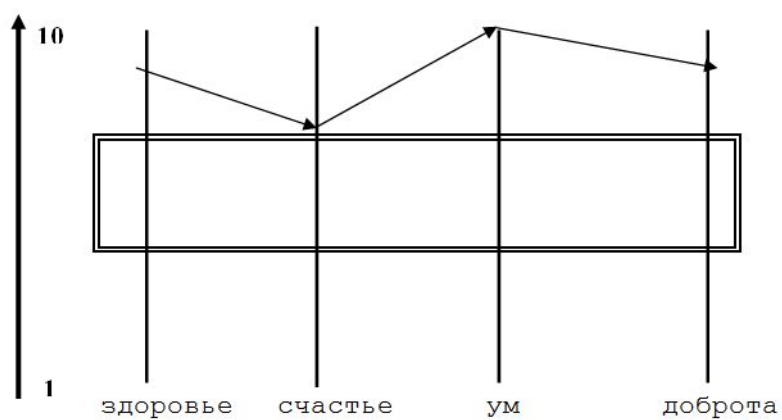
Методика Дембо-Рубинштейн

Инструкция - Допустим, на этой линии расположились все люди всего мира: вот здесь вверху (показ) самые здоровые, а здесь внизу (показ) самые больные. Как вы думаете, где ваше место среди всех этих людей по состоянию здоровья? Поставьте этим карандашом отметку — черту в том месте, где, как вам думается, вы находитесь.

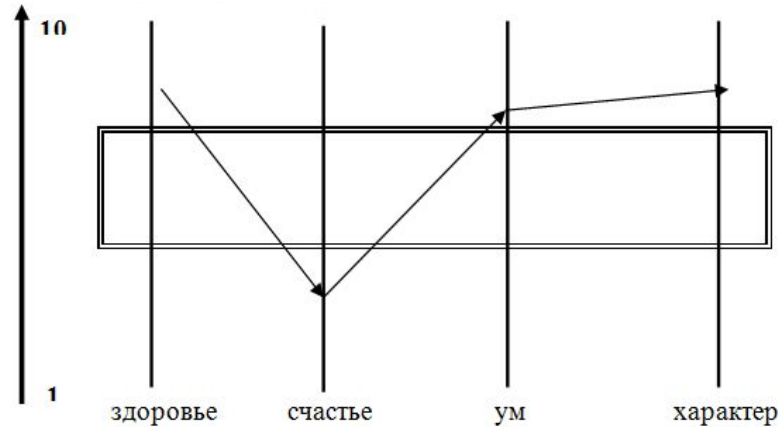
В зависимости от того, где поставил черточку больной, его спрашивают, каких людей он считал бы больными (или здоровыми). Можно также поставить вопрос о том, чего не хватает больному для полноты здоровья, что он понимает под здоровьем, от чего оно зависит.



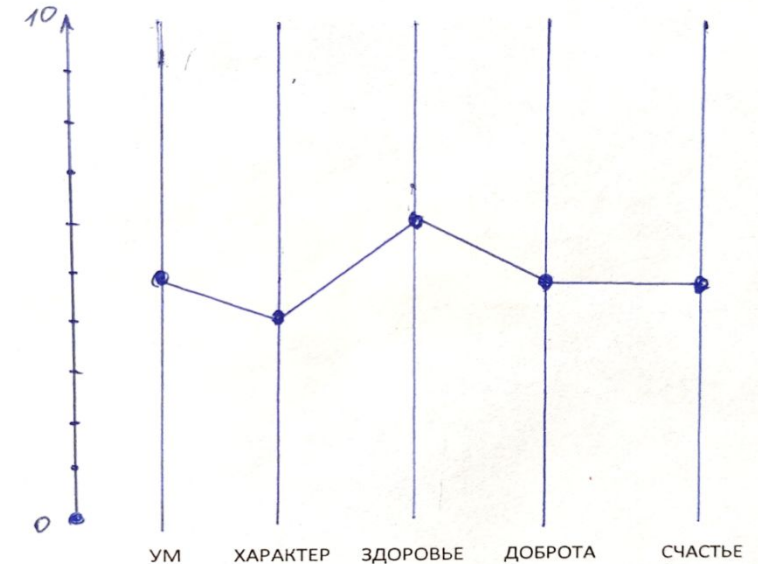
ПАТОПСИХОЛОГИЯ – исследование самооценки



*М, 30 лет,
шизофрения, параноидно-галлюцинаторная
форма*



*Ж, 13 лет,
самоповреждающее поведение, ПРА (?)*



*Ж, 45 лет,
условно-здоровая*

- **Норма** – отметка в пределах середины или немного выше.
- При различных психических заболеваниях отметки самооценки обнаруживают тенденцию к крайним местам линии - «самый больной из всех» либо «самый здоровый, самый умный» из всех, но «самый несчастный из всех».

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Паспортная часть;
2. Предположительный или верифицированный диагноз;
3. Описание актуальных жалоб больного и/или лиц, его сопровождающих, опекающих (жалоб, связанных с психическими функциями, а не с соматическим здоровьем);
4. Анамнестические и биографические данные, полученные главным образом от самого больного. В отношении детей это понятие расширяется и начинает включать историю развития ребенка (условия развития, способность к научению, соответствие имеющихся знаний и навыков возрасту и т.п.), вмещающую в себя и историю болезни);
5. Перечень отобранных для исследования методик и показателей (шкал), ключевых для понимания механизмов предположительного расстройства;
6. Описание того, как больной работал с методиками (отношение к проводимому обследованию, сотрудничество с экспериментатором, понимание инструкций к методикам, поведение при исполнении различных проб, отношение к совершаемым ошибкам, восприимчивость к помощи, наличие установочного поведения и т.п.);

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

7. Описание экспериментальных данных (качественное, сопровождаемое примерами, а в зависимости от направленности исследования - с приведением количественных - табличных, графических или избранных показателей), отвечающих на вопрос клинициста: характеристика диагностированных нарушений и констатация сохранных элементов (результаты клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования). Традиционными сферами описания здесь являются:
 - способность ориентироваться в пространстве, времени, в себе и в ситуации; отношение больного к имеющимся у него расстройствам;
 - состояние основных сенсорно-перцептивных функций или их особенности, которые могут наложить отпечаток на исполнение психодиагностических проб;
 - особенности эмоциональной и мотивационной сфер;
 - характеристика произвольного волевого регулирования, наличие признаков истощаемости;
 - нарушения со стороны мнестических процессов и внимания;
 - нарушения процессов мышления и особенности речи, их реализация в коммуникативной сфере;
 - при необходимости — интегральная оценка интеллекта и его соответствие возрасту испытуемого (для детей); для подростков (желательно) — их принадлежность к тому или иному типу акцентуации;
8. сопоставление экспериментальных данных с историей жизни испытуемого;
9. краткое резюме с указанием основного нарушения и описанием выявленного патопсихологического синдрома, индивидуального своеобразия, прогноза возможного развития, а также обращением внимания на противоречивость результатов по различным пробам (если таковая обнаружилась).

Пример исследования

Из истории болезни: Диагноз при поступлении: F10.30; Синдром отмены алкоголя неосложнённый, лёгкой степени, F10.262; Синдром зависимости от алкоголя. Периодическое употребление, средняя (вторая) стадия зависимости. Псевдозапойная форма употребления, среднепрогредиентный тип течения. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Росла и развивалась нормально. В развитии от сверстников не отставала. Училась удовлетворительно, классы не дублировала. Окончила ПТУ, по специальности парикмахер. Сейчас замужем (третий муж), трое детей. Ремиссия около 2-х лет. Срыв спонтанный, последний запой около 5 ней. В сутки употребляла до 0,7 литров водки в день. 15 лет назад лечилась в ПБ по поводу «фобии» 3 месяца. Впервые попробовала алкоголь в 17 лет. Злоупотребляет с 37 лет. С 43 лет сформирован алкогольный абстинентный синдром. Ситуационный и количественный контроль утрачены («как мне капля в рот попадёт....не могу остановиться»). Форма употребления псевдозапойми по 4 дня с перерывами до 3 месяцев. Алкоголизацию прекращает в связи с внешними обстоятельствами (необходимость работать, конфликты с близким окружением, отсутствие денег).

Пример исследования

Со слов пациентки: говорит, что первая госпитализация в НКБ была связана с фобией (сообщает, что работала в паспортном столе, возникла неприятная ситуация, стали угрожать её семье, что спровоцировало первый приступ). Спустя месяц, попав на рынке в толпу, почувствовала приступ (пошли спазмы по телу, начала задыхаться). Постепенно этот «страх за жизнь» стал распространяться: сначала боялась выходить на улицу, затем и оставаться одна дома. Оказавшись в этом состоянии у сестры, выпила 2 рюмки водки, после чего страх исчез. Это и спровоцировало начало злоупотребления. После первого лечения в НКБ 2 года не пила, работала, лечилась у невролога по поводу фобии. Выпивать стала снова из-за стресса (появился любовник, который в итоге её бросил, а «на мужа смотреть не могла»). В качестве основных причин употребления отмечает: одиночество (со старшей дочкой не общается, со средней - плохие отношения стали после последней госпитализации пациентки, а с мужем и сыном плохие отношения - «они не обращают на меня внимание»). Отец в тюрьме (давно не общаются), с матерью отношения практически не поддерживает. С мужем перед поступлением в больницу разъехались («раньше он меня поддерживал, а теперь ... как квартиру получил - я ему не нужна стала»). Главное, что беспокоит на данный момент: муж может отнять родительские права на сына, развестись.

Пример исследования

Результаты экспериментально-психологического исследования.

Во время исследования пациентка доступна контакту, в месте и времени ориентирована верно. На вопросы отвечает развёрнуто, многоречиво, рассказывает всё в подробностях. Мотив экспертизы сформирован, предложенные тесты выполнялись старательно, выражалась заинтересованность в содержании предложенных тестов и опросников. В эмоциональной сфере отмечается тревожность, снижен общий фон настроения, пациентка озвучивает наличие депрессивных эпизодов. Критика к заболеванию и собственному состоянию отсутствует, готовность к прекращению употребления алкоголя формальная. В процессе исследования усваивает и удерживает инструкции в полном объёме, темп работы в целом нормальный.

Изучение процессов запоминания и воспроизведения показало достаточно высокий объём кратковременной памяти (кривая запоминания в пробе «10 слов»-8-9-9-10) и сниженный объём долговременной памяти (отсроченное воспроизведение - 5 слов). Опосредованное запоминание в пределах нормы. В пробе «Пиктограмма» пациентка назвала правильно 8 из 11 предложенных понятий (остальные были названы близко по смыслу). При исследовании ассоциативных процессов в пробе «Пиктограмма», пациентка продуцирует образы в целом соответствующие содержанию предлагаемых понятий, процесс опосредования затруднений не вызвал.

Пример исследования

Результаты экспериментально-психологического исследования.

Некоторые особенности были отмечены при исследовании мыслительной деятельности пациентки. В методике «Исключение четвёртого» пациентка правильно исключала лишний предмет, однако оставшиеся часто объединяла как элементы одного сюжета. Следует отметить, что подсказка помогала пациентке объединить нужные 3 предмета в группу по существенному признаку и дать ей соответствующее название. При толковании пословиц также отмечалось чередование абстрактного толкования и ситуативного, когда пациентка подбирала под пословицу жизненные ситуации или буквально истолковывала фразу. Всё это может свидетельствовать о некотором интеллектуальном снижении, и немного заниженном уровне обобщений.

По результатам исследования самооценки с помощью методики Дембо-Рубинштейн можно отметить, что пациентка в целом оценивает себя положительно. По шкале «ум» и «здоровье» самооценка на среднем уровне (по 50%). Очень высокие баллы отмечаются по шкалам «красота» (75%) («я очень люблю себя, и если не выпиваю, то очень красивая») и «характер» (90%) («я легко схожусь с людьми»). Самый низкий балл по шкале «счастье» (20%) («счастья у меня нет - я одинокая по жизни»).

Таким образом по результатам экспериментально-психологического исследования можно говорить о снижении интеллектуально-мнестических функций, незначительных колебаниях внимания и работоспособности.

«Актуальные проблемы клинической психологии и психологии
здоровья»

**Основные разделы
клинической психологии:
психосоматика**

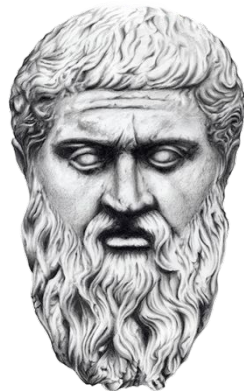
*ведущий курса: клинический психолог, к.психол.н., доцент
Абросимов Илья Николаевич*

ИСТОРИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ СООТНОШЕНИЯ ДУШИ И ТЕЛА

В философии:

Платон (427 – 347 г.г. до н.э.)

Дуализм бытия: мир идей и мир вещей (дуализм души и тела – они разделены, но душа властвует над телом)



Аристотель (384 – 321 г.г. до н.э.)

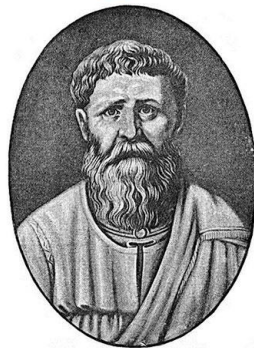
Трактат «О душе» - многие состояния души зависят от состояния тела



В религии:

Августин Аврелий (354 – 430 г.г. н.э.)

Вера и молитва как регулятор плотских (телесных) проявлений.

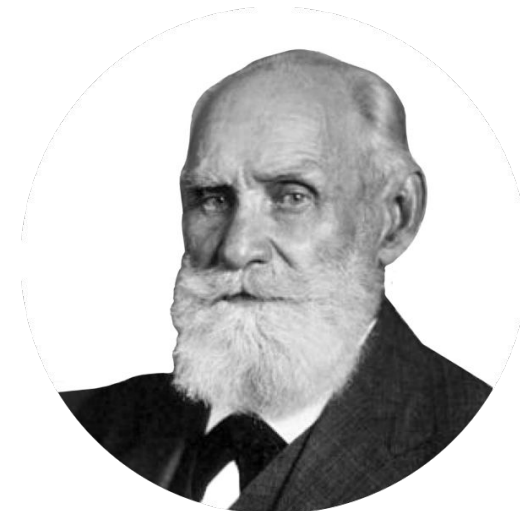


В медицине:

Механистический

(Органоцентрический) подход

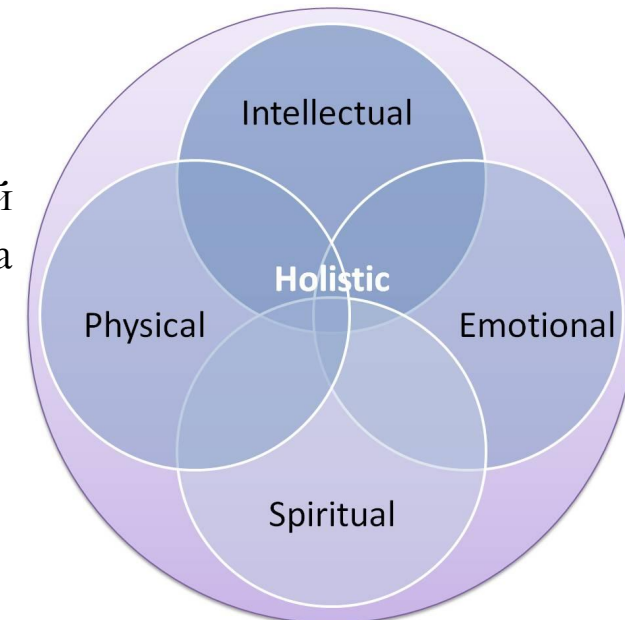
Павлов И.П. (1849 – 1936 г.г.) – основы психофизиологии, учение о рефлексах



Холистический

(Целостный) подход

Рассмотрение в рамках единой системы души и тела, человека и среды



ПСИХОСОМАТИКА

Психосоматика (от греч. «psyche» - дух, душа, «soma» – тело) – направление в медицине (психосоматическая медицина) и психологии, рассматривающее психологические факторы (конституциональные особенности, черты характера и личности, стили поведения (в т.ч. и копинга), особенности эмоционального реагирования) в качестве основных предикторов развития и течения соматических (телесных) заболеваний и расстройств.

- В современном понимании психосоматическая медицина рассматривается как метод лечения и наука о взаимоотношениях психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой (Бройтигам В. и соавт.)
- Психосоматика как психологическая дисциплина занимается изучением генезиса, структуры и функции психосоматических явлений, как в норме на разных этапах онтогенеза, так и при различных формах патологии.
- Первые разработки – XIX в. И. Гейнрот, М. Якоби – работы в медицине о влиянии эмоций на развитие телесных расстройств. З. Фрейд (нач. XX в.) - исследование истерии, описание конверсионного расстройства.
- Представители в современной науке: Александер Ф., Данбар Ф., Бройтигам В., Николаева В.В., Тхостов А.Ш., Арина Г.А., Ялтонский В.М.

Психосоматическое расстройство - нарушение функций внутренних органов и систем, возникновение и развитие которых в наибольшей степени связано с нервно – психическими факторами, переживанием острой или хронической травмы, специфическими особенностями эмоционального реагирования личности.

Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1998

Индикаторы, связанные с психосоматическими расстройствами:

- Явное рассогласование между жалобами и результатами обследования.
- Нечеткие или «псевдо»-диагнозы (например, дистония, фибромиалгия, СРК).
- Сопутствующие психические расстройства (прежде всего – тревожные и депрессивные).

Ардт П., Клинген Н. Психосоматика и психотерапия, 2020



Классификация психосоматических расстройств

Нормативные психосоматические феномены – встречаются у здоровых людей, указывают на процесс адаптации к условиям.

Психосоматические реакции – телесные реакции, возникающие в эмоционально напряженных ситуациях, встречаются в норме, свойственные всем людям.

Собственно психосоматические расстройства - к норме не относятся и включают три группы нарушений:

- **Конверсионные расстройства** (по З. Фрейду) – процесс конверсии (превращения, трансформации) токсичных (неприятных, невыносимых, конфликтных) эмоциональных реакций в символические двигательные, сенсорные или вегетативные симптомы, которые не поддаются контролю.
- **Функциональные синдромы** (органные невроты по Ф. Александеру) - проявляются многочисленными неопределенными жалобами на нарушения деятельности самых разных систем организма. Морфологических изменений в тканях не обнаруживается, но отсутствует символизм.
- **Психосоматические заболевания** – морфологические изменения в органах и соответствующие им патологические нарушения вследствие длительного стрессового влияния (конфликтные переживания). «Святая семерка» классических психосоматических заболеваний - бронхиальная астма, эссенциальная гипертония, язвенный колит, нейродермит, ревматоидный артрит, язва желудка и ДПК, гипертиреозидизм.

Психосоматические расстройства в МКБ-10 – группа невротических (психогенных) расстройств

- **Диссоциативные** (истерические, конверсионные) расстройства (*F44*)
- **Соматизированное** расстройство (*F45.0*) — соматические жалобы множественного и относительно изменчивого характера, сопряженные с дистрессом (нарушениями семейного и социального функционирования), предъявляемые напористо и драматически.
- **Недифференцированное соматоформное** расстройство (*F45.0*) – жалобы также множественны и вариативны, но вне эмоционального драматического фона.
- **Ипохондрия** (*F45.2*) — чрезмерно заботливое отношение человека к своему телу с тревожным наблюдением за собой и страхом за своё здоровье, с мучительными домыслами на эту тему. Основной признак заключается в постоянной озабоченности возможностью заболевания несколькими или одним более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством.
- **Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы** (*F45.3*) – патологическое состояние, сопровождающееся симптомами нарушения деятельности различных органов и систем (чаще – ССС, дыхательная, НС) при отсутствии органических изменений, которые могли бы спровоцировать появление подобных симптомов.
- **Хроническое соматоформное болевое** расстройство (*F45.4*) - выражается в устойчивых жалобах на тот или иной болевой синдром.

Психосоматические расстройства в МКБ-11 – расстройства телесных ощущений и переживаний (блок L1-6C2)

Расстройства телесных ощущений и переживаний характеризуются патологическими ощущениями и переживаниями, связанными с собственным телом.

Телесный дистресс - характеризуется наличием телесных ощущений, которые доставляют человеку сильное беспокойство и на которые направлено его чрезмерное внимание, что проявляется в многократных обращениях за медицинской помощью.

- Телесные симптомы являются постоянными на протяжении большинства дней, по крайней мере в течение нескольких месяцев.
- Как правило, это многочисленные неприятные физические ощущения, которые могут видоизменяться с течением времени.
- В некоторых случаях это один симптом – обычно боль или усталость, – который связан с другими проявлениями расстройства.
- Симптомы и сопутствующие им дистресс и озабоченность могут оказывать влияние на функционирование человека

Выделяемые формы: легкий, умеренный, тяжелый и неуточненный телесный дистресс.

Поведенческий подход в психосоматике

Тип А (заболевания ССС)

напряжённая борьба за достижение успеха, соперничество, легко провоцируемая раздражительность, сверхобязательность в профессии, повышенная ответственность, агрессивность, постоянная нехватка времени

Тип В (эндокринологические болезни)

расслабленные, спокойные, адаптивные, неконфликтные, несоревновательные, склонны к рефлексии, креативности, терпимости к окружающим, менее тревожны

Тип С (онкологические заболевания)

Депрессия, выученная беспомощность, недостаточная эмоциональная экспрессивность, подавление негативных эмоций, отсутствие социальной поддержки

Тип D (заболевания ССС, ЖКТ)

беспокойство, раздражительность, сдержанность и отсутствие уверенности в себе

Современный интегративный подход указывает на универсальные черты «Психосоматической личности» - эгоцентризм, прагматизм, отсутствие умения фантазировать, рациональное отношение к миру, инфантильность, неспособность конструктивно выразить отрицательные чувства.

Модель десоматизации-ресоматизации М.Шура

В ходе нормального развития индивида изначально только телесно-сенсорное, т.е. бессознательное первично-процессуальное (автоматическое, импульсное) переживание (дискомфорт как часть телесного опыта) при овладении речью постепенно *десоматизируется* и затем - ментализируется, т.е. становится все более сознательным вторично-процессуальным (контролируемым, замечаемым) и накапливается в качестве представлений в декларативно-эксплицитной памяти.

Расстройства соматизации (психосоматические расстройства):

Посредством психосоциальных нагрузок и конфликтов в ходе регрессии Я эти изначально вегетативно-аффективные реакции (десоматизированные переживания) вновь ресоматизируются, что выражается в расстройстве соматизации как физической стороне опыта и аффектов.

Психосоматозы (психосоматические заболевания):

Ввиду дефицитов психического развития индивида соматические переживания не подвергаются десоматизации и ментализации (дефицит ментализации), и при наличии дополнительных органических факторов болезни может развиться психосоматическое заболевание органов (психосоматоз).

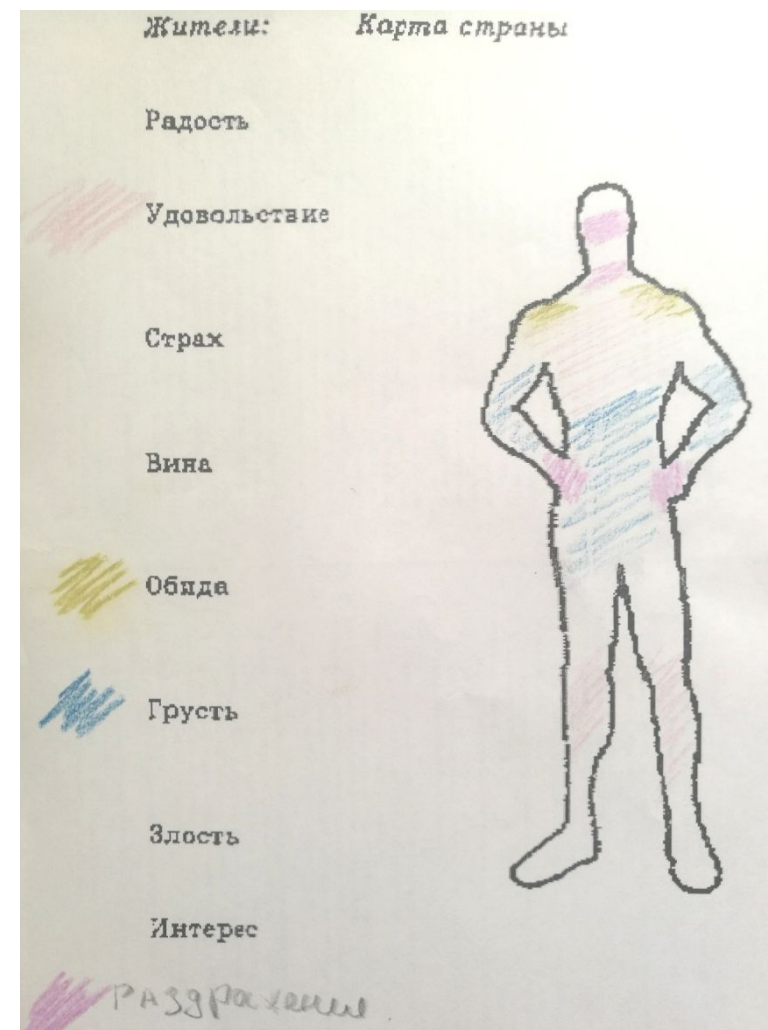
Роль алекситимии

- Термин алекситимия, дословно означает «отсутствие или недостаток слов для выражения эмоций», - это врожденная неспособность вербализовать свои переживания и чувства, склонность к механистическому, конкретному и утрированно логическому мышлению.
- Люди с алекситимией затрудняются в описании своих внутренних проблем, чувств, переживаний и ощущений, часто не находят слов для самовыражения и используют жесты вместо слов.
- Они могут говорить только о конкретных фактах или предметах (так называемое «операторское мышление»), поэтому не осознают своих эмоциональных конфликтов.
- Они не могут передать словами то, что их тревожит, радует или пугает. Им трудно отделить чувства от ощущений.
- В результате все это приводит к накоплению эмоционального раздражения (эмоции перерабатываются на уровне вегетативного компонента), перенапряжению и возникновению психосоматических расстройств.
- Было установлено, что психосоматические больные также отличаются неспособностью к выражению своих чувств.
- Психосоматические симптомы как “способность говорить языком органов о том, что в настоящий момент нет других средств справиться с конфликтом”.



Возможные задачи психотерапевтической помощи

1. Создание доверительной атмосферы и открытого контакта.
2. Информирование о связи между эмоциями и соматическим состоянием.
3. Коррекция искаженных представлений о заболевании.
4. Осознание трудностей понимания и выражения эмоций как проблемы.
5. Изменение негативной установки по отношению к эмоциям.
6. Расширение эмоционального словаря.
7. Развитие навыков маркировки эмоциональных состояний.
8. Фокусировка внимания на модусе переживания.
9. Развитие навыков дифференцировки отдельных эмоций в гамме чувств.
10. Обучение навыкам саморегуляции, правильному пониманию телесных стимулов.



СОМАТОПСИХИКА

Психология соматических расстройств – изучает роль психических процессов, опосредующих социально-средовые воздействия на соматическую сферу человека.

- Соматопсихические расстройства – это проявления психологического или психиатрического характера, непосредственной причиной которых стало соматическое состояние. Встречаются в норме и в патологии.
- Психическое отражение человеком своего заболевания включает в себя аллопластическую (объективную) картину болезни – совокупность объективных морфофункциональных изменений в организме и аутопластическую (субъективную) картину заболевания – комплекс субъективных представлений и переживаний, связанных с болезнью (Гольдшейдер А.).
- Внутренняя картина болезни (по Р.А. Лурия) - субъективное отношение больного к своему заболеванию, складывающееся из болезненных ощущений и внешних проявлений болезни, оценки механизмов их возникновения, тяжести и значения для будущего, а также типы реагирования (поведенческого, эмоционального, личностного) на болезнь.

Многоуровневая модель ВКБ (по В.В. Николаевой)

- Сензитивный (ощущений, чувственный) – содержит перцептивные переживания больного в связи с болезнью и медицинскими процедурами;
- Эмоциональный (аффективный) – включает аффективное реагирование на имеющиеся симптомы, заболевание в целом и его последствия;
- Интеллектуальный (когнитивный) – когнитивные представления, знания больного о своем заболевании, его тяжести, причинах и возможных последствиях;
- Мотивационный (личностный) – связан с отношением к своему заболеванию, изменением поведения и образа жизни в условиях болезни, деятельностью по восстановлению здоровья

Факторы формирования ВКБ:

Биологические:

- Тяжесть болезни
- Длительность
- Возможность инвалидизации, летального исхода
- Сложность лечения, его эффективность

Социальные:

- «Миф» болезни
- Социальная значимость/табуированность болезни
- Доступность получения помощи

Психологические:

- Пол
- Возраст и связанные с ней временные перспективы
- Профессия
- Оценка угрозы
- Поддержка окружающих
- Личностные особенности (тревожность, зависимость, копинг-поведение, критичность и др.)

Трудности адаптации и проблемное поведение в условиях болезни:

- Явное расхождение между степенью тяжести страдания и объективно ожидаемым масштабом жалоб.
- Высокая вторичная выгода от болезни (например, в семье или социальной системе).
- Бросающееся в глаза интерактивное поведение.
- Выраженный отход от социума и щадящее\оберегающее поведение.
- Частая смена лечащего врача («доктор-шопинг»).
- Психотерапевтическое или психиатрическое лечение в анамнезе.
- Подозрение на аггравацию (преувеличение) или симуляцию (подражание)/диссимуляцию (сокрытие).

«Актуальные проблемы клинической психологии и психологии
здоровья»

**Основные разделы
клинической психологии:
психология здоровья**

*ведущий курса: клинический психолог, к.психол.н., доцент
Абросимов Илья Николаевич*

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

Психология здоровья - это раздел клинической психологии, посвященный изучению психологических причин здоровья, а также разработке методов и средств его сохранения, укрепления и развития.

Задачи ПЗ как дисциплины

1. Оценка роли поведения в этиологии болезней (например, многие виды рака связаны с диетами, курением, потреблением алкоголя, пренебрежением к медицинским обследованиям).
2. Предотвращение нездорового поведения (например, многие не способствующие здоровью способы поведения обусловлены убеждениями, поэтому профилактика может осуществляться посредством воздействия на убеждения).
3. Изучение взаимосвязи между психологией и физиологией (например, ощущение боли может усиливаться из-за тревоги и ослабевать под влиянием возбуждения или других факторов).
4. Оценка роли психологии в переживании болезни (понимание психологических последствий болезни может помочь облегчить клинические проявления заболевания, например, боль, и уменьшить психологическую симптоматику).
5. Изучение роли психологии в лечении болезни (психологические факторы имеют значение как при возникновении болезни, так и при ее лечении: так, изменение поведения и снижение уровня стресса могут снизить риск последующих сердечных приступов).
6. Изучение мотивов поведения человека, ориентирующих его на поддержание здорового поведения и формирование соответствующих паттернов, повышение возможностей саморегуляции, повышение физической активности.

Критерии психического здоровья по ВОЗ



-
1. Осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я».
 2. Чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях.
 3. Критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и её результатам.
 4. Соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям.
 5. Способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами.
 6. Способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать эти планы.
 7. Способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Биопсихосоциальная модель (Дж. Энгель, 1977)



Здоровье в БПС-модели

В рамках биопсихосоциального подхода предложена модель «4П» (Bolton J.W., 2014) для концептуализации биологических, психологических и социальных факторов уровня здоровья.

Предрасполагающие факторы - уязвимости, которые повышают риск возникновения проблемы. Примеры включают генетическую (то есть семейную) предрасположенность к психическим заболеваниям или пренатальное воздействие алкоголя на плод.

Поддерживающие факторы - состояния пациента, семьи, сообщества или более крупных систем, которые усугубляют, а не решают проблему. Например, конфликты в отношениях, отсутствие образования, финансовые трудности и профессиональные стрессы.

Провоцирующие факторы - стрессоры или другие события-катализаторы (как положительные, так и отрицательные, как внутри- так и межличностные), которые могут способствовать возникновению симптомов.

Протективные (защитные) факторы - собственные области компетентности, навыков, талантов, интересов и поддерживающих ресурсов индивида. Защитные факторы противодействуют предрасполагающим, провоцирующим и поддерживающим факторам.

Центральное понятие – внутренняя картина здоровья

ВКЗ - континуальная субъективная оценка человеком своего самочувствия, дееспособности и адаптационных ресурсов, как психологическая система, которую образуют ощущения, представления, эмоции и ценности, связанные со здоровьем. (Г.А. Арина, В.В. Николаева)

Уровень ВКЗ	Его содержание, сформированность
Сенсорный	<ul style="list-style-type: none">• Как Вы телесно чувствуете, что здоровы?• Из каких сенсорных ощущений складывается Ваше состояние здоровья?• Как поддерживаете/сохраняете здоровье своего тела?
Когнитивный	<ul style="list-style-type: none">• Что Вы думаете о своем здоровье, есть ли какая-то его концепция?• Есть ли какие то жесткие мысленные ограничения или правила, установки по отношению к собственному здоровью?• Что влияло на Ваше индивидуальное отношение к собственному здоровью?
Эмоциональный	<ul style="list-style-type: none">• Какие чувства Вы испытываете, когда здоровы и когда здоровье ухудшается?• Как влияет на Ваши эмоции информация о поддержании или угрозах для здоровья (своего или чьего-то)?• Есть ли какие то страхи, тревоги в связи с собственным здоровьем?
Ценностно-мотивационный	<ul style="list-style-type: none">• Является ли здоровье для Вас самостоятельной ценностью или базовым компонентом для других ценностей? Каких?• Делаете ли Вы что либо, чтобы поддерживать, сохранять свое здоровье?

Здоровьесберегающее поведение в условиях болезни (модели эмпирических исследований)

- **Терапевтический альянс (в психотерапии)** - это отношения сотрудничества, которые выстраиваются между способной к самонаблюдению и свободной от внутренних конфликтов частью пациента и терапевтом в его помогающей роли.
- Под **приверженностью лечению** принято рассматривать степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача. Внутренняя картина лечения является основным конструктом определяющей уровень ПЛ.
- **Комплаенс (Комплаентность)** - информированное согласие больного на лечение, готовность подчиняться, следовать инструкциям, соответствовать предъявляемым требованиям.
- **Мотивация к лечению** – это сознательное стремление пациента к выздоровлению, готовность следовать врачебным рекомендациям, выполнять необходимые лечебно-профилактические действия, соблюдать режим терапии для улучшения самочувствия.



Поведенческий фактор в концепциях изучения здоровья

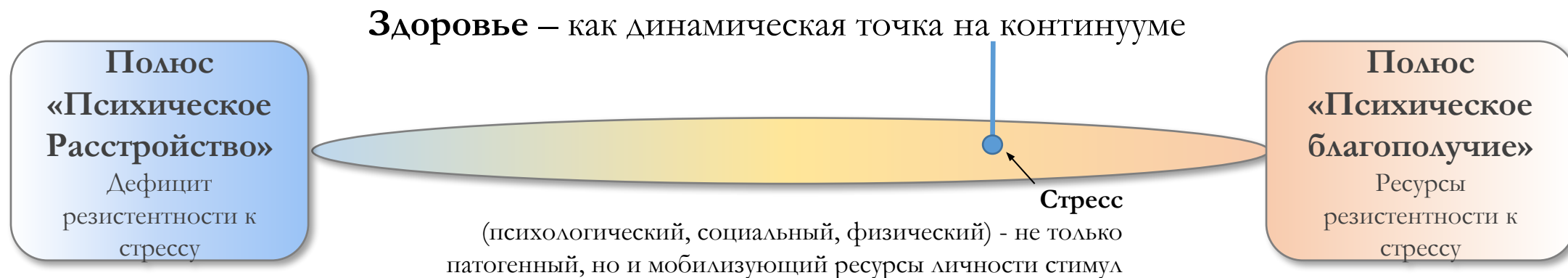
- **Поведение, связанное со здоровьем** (health behavior, С. Касл, С Кобб, 1966) – активность личности, направленная на сохранение здоровья, а также на предупреждение болезни или ее выявление при отсутствии симптомов.
- **Поведение, связанное с болезнью** (illness behavior, Габер, 2012) – любая активность человека, считающего себя больным, направленная на поиск пригодных для лечения средств и достижение выздоровления.



Парадигма салютогенеза (А. Антоновский)

Салютогенная модель осуществляет поиск факторов, благодаря которым человек способен оставаться соматически и психологически здоровым, несмотря на воздействие стрессоров. Здоровье появляется и сохраняется не само по себе, а должно постоянно восстанавливаться в активном процессе.

- Негативные жизненные события могут не только разрушать нас, но и могут готовить нас к преодолению похожих ситуаций.
- Стоит говорить не о лечении конкретного заболевания, а о факторах способствующих движению в рамках континуума к полюсу благополучия.

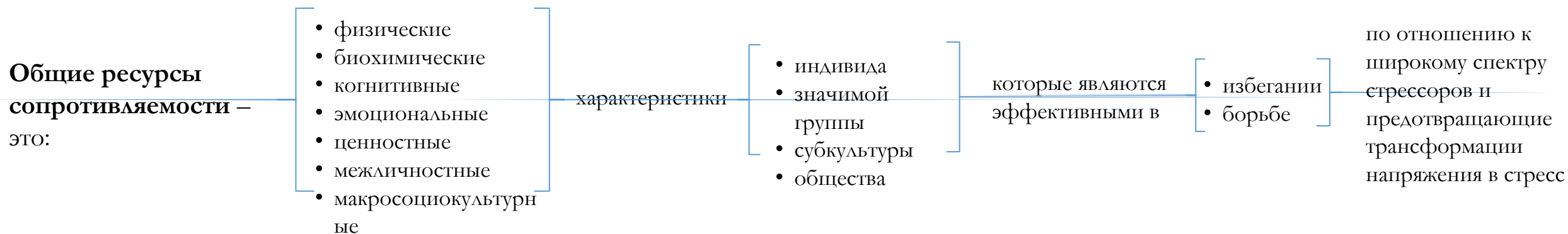


Парадигма салютогенеза (А. Антоновский)

Центральным элементом этого подхода является **чувство интегрированности/связности** (аналогично убеждению в самоэффективности, Bandura) - ожидание того, что собственной жизнью можно руководить и оказывать на нее влияние.

Чувство интегрированности включает в себя следующие компоненты:

- понятность («понимаю взаимосвязи»),
- управляемость («могу повлиять»),
- осмысленность («придаю смысл, следую за ценностями»).

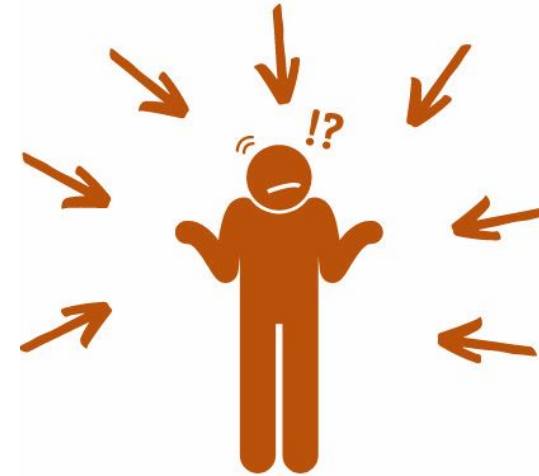


Локус контроля здоровья (К. Валлстон)



Интернальный локус контроля
поиск причин поведения внутри
«Я сам заставляю события происходить»

- Уверенность в себе
- Последовательность и настойчивость
- Склонность к самоанализу
- Уравновешенность
- Общительность
- Доброжелательность
- Ориентация на «Я-идеальное»



Экстернальный локус контроля
поиск причин поведения вне себя
«События происходят со мной»

- Неуверенность в собственной компетентности и силах
- Неуравновешенность
- Тревожность
- Подозрительность
- Конформность
- Агрессивность

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!