

# Клиническая психология детей и подростков

# Предмет клинической психологии

---

- Греческое слово *kline* (нечто, имеющее отношение к постели), от которого происходит прилагательное «*клиническая*», в современном языке связано с обозначением таких сфер, как уход за больным, особенности развития какой-либо болезни или расстройства, а также лечение этих расстройств. Соответственно, **клиническая психология** — это отрасль психологии, **предметом** изучения которой являются:
    - а) *расстройства (нарушения) психики и поведения;*
    - б) *личностные и поведенческие особенности людей, страдающих различными заболеваниями;*
    - в) *воздействие психологических факторов на возникновение, развитие и лечение болезней;*
    - г) *особенности взаимоотношений больных людей и социальной микросреды, в которой они находятся.*
- 



- В более широком смысле клиническая психология может пониматься как приложение всего объема психологических знаний к решению самых различных вопросов и проблем, возникающих в медицинской практике.
- В более узком значении клиническая психология представляет собой особую методологию психологического исследования, которая основана на методе наблюдения относительно небольшого числа пациентов в естественных условиях и последующем субъективном анализе-интерпретации индивидуальных проявлений их психики и личности. В этом смысле клинико-психологическая методология принципиально противостоит естественнонаучному экспериментальному подходу, опирающемуся на критерии «объективного» (статистически достоверного) психологического знания.



# Задачи и разделы современной клинической психологии

---

- Современная клиническая психология как дисциплина, изучающая психологическими методами различные нарушения психики и поведения, может применяться не только в медицине, но и в различных воспитательных, социальных и консультативных учреждениях, обслуживающих людей с аномалиями развития и психологическими проблемами. В педагогической практике клинико-психологические знания позволяют вовремя распознавать у ребенка нарушения психического развития или отклонения в поведении, что в свою очередь дает возможность избирательного и эффективного применения в отношении с ним адекватных технологий воспитания, психолого-педагогической коррекции и создания оптимальных условий для развития его личности с учетом индивидуальных особенностей.



□ В качестве самостоятельной отрасли психологической науки применительно к педагогической практике современная клиническая психология имеет следующие **задачи:**

---

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



# Основными разделами клинической психологии являются

---

- ▢ *патопсихология,*
  - ▢ *нейропсихология и*
  - ▢ *психосоматическая медицина.*
- ▢ Помимо этого в нее часто включают такие специальные разделы, как психотерапия, реабилитология, психогигиена и психопрофилактика, психология девиантного поведения, психология пограничных психических расстройств (неврозология). Количество специальных разделов постоянно множится в зависимости от потребностей общества. И сегодня можно встретить такие частные области клинической психологии, как психология посттравматического стресса, психология инвалидности, психовенерология, психоонкология, социальная психология здоровья и др.
- 



# Основные понятия клинической психологии

---

- **Этиология** – это учение о причинах и условиях возникновения патологии
  - **Патология** – отклонение от нормы, которое предполагает специальные условия обучения, воспитания
  - **Патогенез** – механизм развития определенного заболевания или патологического процесса
  - **Симптом** – признак, проявление
  - **Синдром** – комплекс симптомов, объединенных единым патогенезом
  - **Болезнь («nosos»)** – это конкретная болезнь, которая выделена на основе установленной этиологии, установленного патогенеза и которое имеет характерную клиническую картину
  - Любая болезнь начинается остро, имеет пик, динамику и исход
  - **Патологическое состояние (patos)** – состояние нездоровья, которое может сопровождать человека всю оставшуюся жизнь и устойчиво к терапевтическим воздействиям, которые трудно поддаются коррекции («олигофрения», отсутствие конечности)
  - **Онтогенез** – индивидуальное развитие от момента зачатия до смерти
- 



# *Патопсихология.*

---

- Это раздел клинической психологии, изучающий закономерности нарушений структуры и развития психических процессов, а также изменения психических свойств личности при разных видах патологии мозговой деятельности. Она выявляет процессы, опосредующие связь психопатологических проявлений с их патобиологическими механизмами, способствует познанию природы психических болезней и решению задач клинической практики. Если общая психология исследует закономерности формирования психических процессов, то патопсихология – закономерности их нарушения. Патопсихология изучает не только болезненные проявления, но и сохранные стороны психики.





## К задачам психопатологии относятся:

---

- -анализ структуры психических расстройств;
  - -установление степени нарушения по сравнению с нормой;
  - -дифференциальная диагностика, например дифференциация шизофрении и психопатии, невроза и шизофрении;
  - -изучение особенностей личности (например, с целью выявления роли личности в развитии психогений, исследование структуры и индивидуально-типологических особенностей личности для установления патогенетических закономерностей и разработки адекватных психотерапевтических приемов, определения психотерапевтических мишеней, разработки индивидуализированных реабилитационных программ);
  - -оценка эффективности психофармакотерапии.
- 



# Нейропсихология.

---

- Она является разделом клинической психологии, но может быть и самостоятельной наукой. Находится на стыке трех дисциплин: психологии, неврологии и нейрохирургии. Предмет нейропсихологии – изучение локализации психических функций, соотношение психологических функциональных структур с морфологическими мозговыми макро- и микроструктурами в норме, но понимаемыми через патологию. С помощью нейропсихологии осуществляется топическая диагностика локальных поражений головного мозга, разрабатываются способы восстановления утраченных психических функций, исследуются системы головного мозга, ответственные за восприятие, расстройства речи и целенаправленной сознательной деятельности, производится моделирование психических функций.
- 



- Нейропсихология как наука довольно молода – ей чуть более ста лет. Она возникла в период борьбы *локализационизма и эквипотенциализма*. Сторонники последнего направления считали, что степень расстройства поведения зависит от массы пораженного или удаленного мозгового вещества.
- Основу современных представлений о локализации функций в коре мозга заложил французский ученый П. Брока, описавший в 1861 г. двигательный центр речи. Немецкий психиатр К.Вернике в 1873 г. обнаружил центр словесной глухоты (нарушения понимания речи). Таким образом, произошло выделение участков мозга, ответственных за определенные психические функции.
- В 1934 г. К.Клейст разработал локализационную карту психических функций.



- Однако клинические наблюдения показали, что нарушение сложных психических процессов (речи, письма, чтения, счета) может возникать при различных по местоположению поражениях коры, что послужило основой для формирования такого направления, как антилокализационизм. Принципы диагностического подхода возникли как попытка преодолеть узкий локализационизм. Постепенно сформировались представления о динамической системной локализации психических функций (динамических структурах). Развитию этого учения способствовали труды И.П. Ухтомского и А.А.Павлова; его окончательные принципы были сформулированы И.М.Сеченовым в работе «Рефлексы головного мозга».



# Детская психосоматика

---

- Возникла как область клинической психологии и общей психосоматики относительно недавно.
- Она дает представление о работе психолога в соматической клинике. Основные задачи детской психосоматики:
- Диагностика психологических особенностей больного ребенка, влияние болезни на развитие психики ребенка.



*В рамках детской психосоматики освещаются и развиваются следующие проблемы:*

---

- Развитие телесности в онтогенезе;
- Роль социальных факторов в генезе детских психосоматических заболеваний;
- Формирование понятий «внутренняя картина болезни» и «внутренняя картина здоровья» на различных возрастных этапах;
- Влияние детско-родительских отношений на течение заболевания;
- Феномен госпитализма и пути его преодоления.



# МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

---

- *Клиническое интервью* это метод получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности, психологических феноменах и психопатологических симптомах и синдромах, внутренней картине болезни и структуры проблемы пациента, а также способ психологического воздействия на человека, производимый непосредственно на основании личного контакта психолога и клиента.
- Интервью отличается от обычного расспроса тем, что нацелено не только на активно предъявляемые человеком жалобы, но и на выявление скрытых мотивов поведения человека и оказание ему помощи в осознании истинных (внутренних) оснований для измененного психического состояния. Существенным для интервью считается также психологическая поддержка клиента (пациента).



## *Беседа и анализ анамнестических сведений.*

- Беседа с пациентом является одновременно инструментом и формирования, и поддержания психологического контакта. Она, как правило, сопутствует экспериментальному исследованию, поэтому должна быть направлена на формирование у пациента адекватного отношения к диагностической процедуре и мотивации самопознания, его мобилизацию на выполнение методик.
- В процессе беседы психолог не только получает необходимые ему сведения, но и оказывает на больного психокоррекционное воздействие, результаты которого, полученные по механизму обратной связи, представляют ценную диагностическую информацию.



# БЕСЕДА

---

- Метод беседы относится к диалогическим (интерактивным) техникам, которые предполагают вступление психолога в непосредственный вербальный и невербальный контакт с обследуемым. Это требует использования специальной технологии проведения беседы, предполагает наряду с другими составляющими контроль самим исследователем собственного состояния и умение расположить к себе собеседника, что возможно, если психолог понимает состояние пациента, безусловно, положительно оценивает и принимает его, ведет себя естественно (аутентично). Метод беседы заключается в анализе факторов психической деятельности человека, собранных в процессе непосредственного контакта с больным.



# БЕСЕДА

---

- Чтобы клиническая беседа дала желаемый результат, надо предварительно наметить цель и основные вопросы беседы. Все формулировки должны быть понятны больному.
- Необходимым условием успеха беседы является непринужденная обстановка, которая помогает пациенту искренне отвечать на поставленные вопросы. Больного не рекомендуется прерывать, а при случае нужно корректно задать дополнительные вопросы, проясняющие картину болезни.
- В процессе беседы исследователь получает анамнестические сведения о жизни пациента, его трудовой деятельности, взаимоотношениях с окружающими, о причинах, с которыми сам больной связывает свое заболевание.
- Выясняется отношение больного к факту заболевания: преувеличение его тяжести или отсутствие адекватности осознания болезни.



# БЕСЕДА

---

- Во время беседы определяют наличие или отсутствие характерных психологических признаков и на этом основании описывают психический статус (состояние) больного. Анамнез подразделяется на субъективный (то, что рассказывает о себе сам больной) и объективный (то, что сообщают о больном окружающие родственники, друзья, сослуживцы). Эти сведения дополняют друг друга, и факты анамнеза получают объективную значимость.



# Наблюдение

---

- – это метод сбора первичной информации об изучаемом объекте путем непосредственного восприятия и прямой регистрации фактов, значимых для целей исследования.
- С помощью метода наблюдения изучают психические процессы (память, мышление, внимание), психические свойства личности (темперамент, характер, способности), психические состояния (тревогу, депрессию).



# Существует несколько видов наблюдения.

---

- ▣ *Самонаблюдение* – анализ своих действий и чувств, оценка своего отношения к другим людям и их отношение к себе.
- ▣ *Внешнее* наблюдение – это наблюдение со стороны.
- ▣ *Свободное* наблюдение не имеет заранее установленных рамок и программ, а *стандартизированное*, напротив, заранее определено и ведется по четкой программе.
- ▣ *Включенное* наблюдение предполагает личное участие психолога в исследовании, когда он превращается в бомжа, религиозного фаната и т.д. При *скрытом* наблюдении можно наблюдать человека незаметно.



- 
- При использовании метода *изучения продуктов психической деятельности* об особенностях личности больного судят по таким материалам, как его сочинения, рисунки и т.д.
  - Данный метод часто применяют в психиатрических больницах и психологических лабораториях.
- 



# *Эксперимент*

---

- это метод, предполагающий активное вмешательство исследователя в деятельность участника эксперимента с целью создания условий для проверки какой-либо гипотезы.



- **Психологический эксперимент** представляет собой модель жизненной ситуации, которая способна выявлять (объективировать) особенности как отдельных психических функций, так и личностных свойств, установок, мотивов деятельности пациентов. Создаются условия, в которых могут отчетливо выявляться особенности психики больного, интересующие специалиста.
- Проведение эксперимента в клинике отличается от экспериментально-психологического исследования здоровых людей. Болезнь накладывает отпечаток на темп и другие динамические характеристики психической деятельности, на понимание смысла вопросов и отношение пациента к процедуре исследования. Психолог должен учитывать взаимосвязь этих факторов.





- Эксперимент может быть *лабораторным*, когда он протекает в специально созданных условиях, а действия участников определяются инструкцией;
- *естественным*, когда изучение осуществляется в естественных условиях (например, развитие слепоглухонемых детей);
- *констатирующим*, когда изучаются психологические явления;
- *формирующим*, если в его процессе развиваются определенные психологические качества участников эксперимента.



# Тестирование

---

□ – это стандартизированный и специализированный метод психодиагностики, с помощью которого можно получить количественную или качественную характеристику изучаемого явления. Тестирование дает возможность быстро оценить психическое явление и/или уровень его развития у пациентов. Получаемые с помощью теста количественные показатели сопоставляют с результатами, полученными при применении этого же теста у многих людей с учетом возраста, образования и т. д.



# ***Типы возрастного реагирования на воздействие «вредностей»***

---

- Развитие ребенка происходит гетерохронно.
  - От того, в какой период произошло воздействие «вредности», развитие нарушается по-разному. Все специалисты отмечают высокую пластичность детского мозга и, соответственно, высокую способность к преодолению разнообразных патологических воздействий. На возникновение нарушений развития влияют наследственные и генетические факторы, пре-, пери- и ранние постнатальные расстройства жизнедеятельности организма, социальные факторы, соматические болезни и даже экологические факторы.
- 



- 
- На разных этапах развития могут формироваться разные варианты нарушения, или же, начавшись на одной фазе развития, нарушения остаются и на следующих этапах развития, обрастая подчас значительным числом вторичных нарушений. Известный отечественный психиатр Г.К. Ушаков отмечает, что нарушения гармонии соматопсихического развития детей, существенно связано с пре-, пери- и ранними постнатальными расстройствами жизнедеятельности организма, которые определяют возможности организма в компенсации его функций
- 



- 
- Одни и те же стрессовые (биологические и социальные) факторы могут иметь разное значение для отдельных детей и подростков.
  - Однако имеются общие способы реагирования на воздействие «вредности», которые считаются типичными.



## **Принято выделять следующие уровни нервно-психического реагирования у детей и подростков (по В. В. Ковалеву):**

---

- **Сомато-вегетативный (0–3 года)** – различные варианты невропатического синдрома, повышенная общая и вегетативная возбудимость, склонность к расстройствам пищеварения, нарушениям питания, расстройствам сна, нарушениям навыков опрятности и т.д.
  - На фоне незрелости всех систем организм в этом возрасте на любое патогенное воздействие реагирует комплексом сомато-вегетативных реакций, таких, как общая и вегетативная возбудимость, повышение температуры тела, нарушение сна, аппетита, желудочно-кишечные расстройства. Проявления возможны у детей раннего и иногда предшкольного возраста в клинике невротических расстройств, резидуально-органических нервно-психических расстройств, шизофрении и т.д.
- 



## *Психомоторный (4 – 7 лет)*

---

- – означает прежде всего нарушения развития движения. Характерен для детей дошкольного и младшего школьного возраста и проявляется в таких синдромах, как гиперактивность, системные, невротические и неврозоподобные расстройства – тики, заикание, мутизм и т.д.
- Интенсивное формирование корковых отделов двигательного анализатора, и в частности лобных отделов головного мозга, делает данную систему предрасположенной к гипердинамическим расстройствам различного генеза (психомоторная возбудимость, тики, заикание, страхи). Возрастает роль психогенных факторов – неблагоприятных травмирующих отношений в семье, реакций на привыкание к детским образовательным учреждениям, неблагоприятных межличностных отношений;



## *Аффективный (7-12 лет)*

---

- – на любую вредность ребенок реагирует с заметным аффективным компонентом – от выраженной аутизации до аффективной возбудимости с явлениями негативизма, агрессии, невротическими реакциями. *Этот период* включает симптомы страха, повышение аффективной возбудимости, уходы из дома и бродяжничество.





# Эмоционально-идеаторный (11 – 17 лет)

---

- – проявляется преимущественно в предпубертатном и пубертатном периодах на основе сверхценных образований, склонность к которым возникает в юношеском возрасте. К ним относятся все патологические реакции пубертатного возраста по Г. Е. Сухаревой (психогенные ситуационные реакции, а именно - протест, эмансипация; сверхценный ипохондрический синдром, синдром дисморфофобии, нервной анорексии, синдромы сверхценных влечений, интересов, в том числе синдром философической интоксикации). Характеризуется патологическим фантазированием, сверхценными увлечениями, сверхценными ипохондрическими идеями, такими, как идеи мнимого уродства (дисморфофобия, нервная анорексия), психогенными реакциями протеста, оппозиции, эмансипации.



- 
- Все обозначенные уровни нервно-психического реагирования являются базовыми для соответствующих возрастов, однако те или иные уровни могут проявляться и в другие возрастные периоды. Преимущественная симптоматика каждого возрастного уровня реагирования не исключает симптомов предыдущих уровней, но отводит им менее заметное место в картине дизонтогении.
  - Кроме этого, необходимо отметить, что все заболевания в детстве имеют свою специфику по сравнению с такими же заболеваниями у взрослых. Прежде всего, это связано с тем, что болезни детей протекают на фоне незавершенного развития.
- 



- 
- Каждый возраст накладывает свой отпечаток на характер реагирования в случае патогенного воздействия. Это так называемые уровни нервно-психического реагирования детей и подростков на различные патогенные воздействия:
  - Перечисленные выше реакции являются обостренной формой нормального возрастного реагирования на ту или иную вредность.
- 



# ПАТОПСИХОЛОГИЯ КАК НАУКА

---

- Патопсихология является самостоятельной научной дисциплиной, которая основывается на нескольких областях исследования (психологии, психиатрии, психоанализе, философии).
- Развитие и функционирования психика имеет свою собственную, относительно независимую логику формирования. Это означает, что *психологические механизмы развития и формирования психики одни и те же в норме и патологии*. Но в условиях патологии, обусловленной органическими или социальными причинами сужается диапазон возможностей, в которых происходит развитие и функционирование психики или действия психологических механизмов.



- 
- Болезнь не создает никаких новых других механизмов. Они те же самые, но они действуют в искаженных болезнью условиях.
  - В ситуации здорового организма существует достаточно широкий диапазон возможностей. При ограниченных условиях мы имеем нарушение познавательной сферы, самосознания, личности, деятельности.
  - Объект патопсихологии – психические заболевания и расстройства во всех аспектах.
- 



- 
- С точки зрения объекта различий между патопсихологией и психопатологией нет, но предмет у них разный. В патопсихологии предмет – психологические механизмы, искаженные заболеванием и пути коррекции личности и деятельности, которые функционируют в этих условиях.
  - В патопсихологии главным понятием является «**адаптация**». В современных условиях складывается ситуация, при которой социальная и культурная жизнь существенно сужает возможности функционирования и развития психики.
- 



- 
- Появился термин «современная культурная патология», который проявляется в двух вариантах:
    1. Личностная недоразвитость;
    2. Деградация человеческих ресурсов.
  
  - Личностная недоразвитость проявляется в пролонгированном подростковничестве, которое характерно для многих взрослых людей. Деградация – проблема неразвитого интеллекта (владение компьютером не является интеллектом).
- 



- 
- Термин «патопсихология» был введен Теодюлем Рибо (1889-1916). Он писал: «Если есть психология, которая исследует психологическое развитие и функционирование в норме, то должна быть дисциплина, которая исследует психологическое развитие и функционирование в условиях патологии».
  - Статут теории патопсихология приобрела в начале XX века в работе К. Ясперса «Трактат по психологии». Он указывал на необходимость создания моделей, с помощью которых можно было бы описывать определённые группы пациентов, которые аналогично функционируют. Такие модели были созданы Блейлером для шизофрении, Э. Крепелиным (1856-1926) для ранней деменции («уменьшение ума»), маниакально-депрессивного психоза.
- 





## Крепелин установил, что:

---

- Пациенты с разными нозологиями, находящиеся в психологической клинике постоянно, становятся похожими друг на друга и у них отмечается сходная симптоматика;
- Патология не поддается внешнему наблюдению, т. к. слишком сильна тенденция интерпретировать наблюдаемое вместо того, чтобы его описывать.
- Интерпретация без описания не позволяет выработать программу коррекции и реабилитации.



- 
- В развитии и становлении патопсихологии огромное значение имеет создание психоанализа З. Фрейдом. На первом этапе изучения афазий он сделал несколько выводов. По мнению Фрейда, речевые функции не обязательно локализуются в мозгу. Возможны другие ассоциативные пути реализации речевых функций, т.е. Фрейд рассматривает дефекты речи, как дефект ассоциативных путей. Следовательно, открытием Фрейда стала идея о том, что неврологическое заболевание может быть и не локализовано в мозгу. Отсюда его классическая теория неврозов (триада) : неврастения, истерия, абцессивный невроз). Это повлекло разногласия с психофизиологами.
- 
- 

- 
- Фрейд принадлежит идея развития теории памяти (психологии памяти).
  - Фрейд выделял два типа невроза:
  - ❖ Актуалневроз (это триада, которую описывал Фрейд);
  - ❖ Психоневроз.
  - При актуалневрозе причина патологии лежит в настоящем (соматоформные расстройства). В психоневрозах причины лежат в прошлом, в индивидуальной истории жизни пациента.
  - В ситуации психоневроза реальность не существует, наблюдаются черты паранояльности (фантазмы) – фантазирование о том, как должно бы быть. («Я борюсь с проблемой тестирования реальности», «У меня возникает желание сделать мир таким, каким вижу его я»). Это уже патология личности.
  - Фрейд занимался только актуалневрозами. На уровне психоневроза человеку нечего вспоминать.
- 



- Расцвет патопсихологии приходится на 30-е гг. XX века. В этот период она становится независимой от ряда смежных дисциплин, благодаря развитию экспериментальным методам исследования. В результате стало придаваться большое значение экспериментальному изучению. В любом прогрессе, который касается психики человека есть регресс (как обратная сторона).
- Тесты Бине-Симона, которые породили так называемые «интеллектуальные тесты». Шкала Векслера появилась в 1936 году (на норме не работает). Тест Г. Мюррея ТАТ, тест Роршаха.
- Примерно в этот же период появляются исследования Г. Селье и теория коммуникации (Берталанфи, Бэйтсон, Вацлавик), которые показали, что патология личности может быть результатом дефектов внутрисемейного общения. Следовательно, не каждую семью надо сохранять (с позиции психологии).



# Вклад в развитие патопсихологии Б.В. Зейгарник

---

- Методы патопсихологии.
  - Искусство опроса – установление контакта с собеседником, который не хочет с нами общаться.
  - Восприимчивость к высказыванию больного предполагает различие двух моментов:
    - Что говорить
    - Зачем говорить (позволяет выявить анамнез).
  - Анамнез – клинический метод, используемый в патопсихологии.
  - Опросники – это не что иное как бледные производные, которые направлены против восстановления памяти.
  - Установить анамнез и интерпретировать его очень сложно, т.е. это требует семиологической ориентировки (семиология – это наука о знаках, которая позволяет выявить, описать систему знаков и систему коммуникации, которая характерна для конкретного пациента). Следовательно, очень важно иметь «чутье языка».
- 



- 
- Сложность семиологической ориентировки состоит в том, что у исследователя существует интенция (лат. **intentio** «стремление, намерение») (внутреннее не регулируемое намерение):
  - Замечать только то, что поддается интерпретации, т.к. человек многослоен и многоаспектен;
  - Создавать исчерпывающую ориентировку, которая не будет ограничивать возможности лечения.



- 
- Пациент не может ясно выразить свою мысль (подавлен, в наркотическом опьянении, находится в состоянии стресса). Из этого следует, что диагноз не идет дальше констатации неспособности больного к коммуникации. Следовательно, нужно принять меры, обеспечивающие возможность высказаться (психофармакология). Поэтому необходимо указывать с какого времени, в какой дозе и какой препарат принимает пациент.



---

# □ ПОНЯТИЕ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ





- 
- Один из основных вопросов патопсихологии — что является **нормой** (нормальным психическим развитием) и вопрос о критериях, которые позволяют различать нормальное и патологического состояние или развитие.



- 
- С точки зрения психоанализа любой человек имеет те или иные отклонения развития. С точки зрения современного анализа, человек может быть отнесен к той или иной личностной организации.
  - Личностная ориентация – итог развития личности с момента развития до конца подросткового возраста. В данном случае подростковый возраст рассматривается до 18 лет. Выделяется три личностные ориентации: невротическая личностная организация, психотическая личностная организация, пограничная личностная организация.
- 



- Другая позиция состоит в том, что норма и психическое здоровье условно (обозначено в положении ВОЗ). Определение нормы и психического здоровья даются не только как отсутствие болезни, но и состояние физического, социального и психического благополучия.
- В данном случае речь идет об адаптации. Если человек адаптирован настолько, что чувствует себя физически хорошо, социально благополучен, не испытывает внутренних и психических конфликтов – он нормален и здоров.
- Адаптация – жизнедеятельности человека ничего не угрожает.
- Возникает необходимость выработать критерии различения нормального и аномального состояния.



# Критерии по Б.В. Зейгарник

- Опираясь на критерии нельзя поставить диагноз или сделать вывод о наличии определенного психического заболевания, но можно поставить вопрос об отклонении от нормы.
- **Адекватность – неадекватность.**
- Проявляется в эмоциональных реакциях, поступках, поведении в целом, речевых высказываниях, мимике, жестах и т.д.  
Неадекватность проявляется с ранних лет жизни.
- Н., бабушка выходит из кабинета врача и указывает, что эти туфли не ее и надевать она их не будет (это неадекватность).
- У человека может быть сильнейшая эмоциональная реакция, но если причина, вызываемая ее понятна, объяснима, она может быть и адекватной.
- Сама форма выражения этой реакции тоже может быть адекватна нормам морали или поведения, что служит диагностическим критерием состояния человека (обиженный человек перестает разговаривать с обидчиком – адекватность; юноша устраивает скандал матери по поводу длины макарон в супе – неадекватность).



# Критичность

---

- ❑ Критичность может быть снижена или вовсе отсутствовать у человека по отношению к своим поступкам, своему физическому и психическому состоянию, высказываниям, результату своей деятельности.
  - ❑ Критичность часто на ранних этапах сохраняется. Характеристика динамичная. Критичность может проявляться в раскаянии, в понимании правильности или неправильности. При развитии психического заболевания критичность снижается, а то и утрачивается.
  - ❑ Например, пациенты с дисморфофобией, которые не могут согласиться с тем, что их внешность не только нормальна, но даже привлекательна.
  - ❑ Критичность позволяет человеку социально
- 
- ▶ функционировать на достаточно приемлемом уровне.

# Продуктивность – непродуктивность

---

- Непродуктивность проявляется в том, что человек не нацелен на конечный результат своей деятельности; для него важен сам процесс.
  - Деятельность не имеет смысла, продукт никому не нужен и не интересен.
  - Проявляется в том случае, когда деятельность подменяется разговорами, планированием, обещаниями, но дальше дело не идет. При этом всегда находятся причины, оправдания, отказа от деятельности.
  - Вывод: наличие одного из перечисленных критериев может служить основой для профессионального наблюдения за человеком и возможное предупреждение внезапного заболевания.
  - Наличие двух и трех критериев свидетельствует о необходимости патопсихологического исследования и рекомендации проконсультироваться с врачом (при согласии пациента).
- 

# ОСНОВНЫЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

---

- ▣ **Симптом** – единичный, частный признак, который не может способствовать распознаванию болезни.  
Нарушение одной психической функции.
- ▣ **Синдром** – симптомокомплекс, совокупность симптомов, базирующихся на единичных патогенетических механизмах.
- ▣ **Болезнь** – стереотип развития и смены синдромов с единым патогенезом и течением процесса.



Из ряда психопатологических синдромов наибольшее значение в клинике (Блейхер, Крук) имеют следующие:

---

- — **шизофренический**, или диссоциативный симптомокомплекс (F20-F29) — складывается из таких личностно-мотивационных расстройств, как изменение структуры иерархии мотивов, нарушение целенаправленности мышления (резонерство, разноплановость и др.); эмоционально-волевых расстройств (уплощение и диссоциация эмоций, парабулии и др.), изменения самооценки и самосознания (аутизм, отчужденность и др.);





---

□ — **психопатический** (личностно-аномальный) симптомокомплекс (F60-F69) — складывается из эмоционально-волевых расстройств, изменения структуры иерархии мотивов, неадекватности уровня притязаний и самооценки, нарушений мышления кататимного типа, нарушений прогнозирования и опоры на прошлый опыт (в клинике — акцентуированные и психопатические личности и обусловленные в значительной мере аномальной почвой психогенные реакции) (F43);

---



- 
- — **органические** (экзо- и эндогенный) (F00-F09)  
симптомокомплексы — складываются из симптомов снижения интеллекта, распада системы прежних знаний и опыта, нарушений памяти, внимания, операциональной стороны мышления; неустойчивости эмоций; снижения критических способностей (в клинике этому соответствуют экзогенно-органические поражения головного мозга — церебральный атеросклероз (I67.2); последствия черепно-мозговых травм (F06); токсикомании (F13-F19) и другие болезни, а также «эндогенно-органические» расстройства типа истинной эпилепсии (G40), первичных атрофических процессов в головном мозге (G31);
- 
- 

---

□ — **олигофренический** симптомокомплекс (F70-F79) — складывается из неспособности к обучению, формированию понятий, абстрагированию, дефицита общих сведений и знаний, примитивности и конкретности мышления, повышенной внушаемости и эмоциональных расстройств.



# Синдромный подход.

---

- Основная сложность патопсихологического исследования состоит в дифференциации нарушений.
- Патопсихологические исследования показывают, что одни и те же нарушения психической деятельности встречаются при разных видах психической патологии. Многие показатели нарушений психической деятельности не являются нозологически специфичными.
- Например, искажение процесса обобщения может встречаться как при шизофрении, так и психопатии.



- 
- Наиболее перспективным путем предоставления патопсихологических данных является выделение патопсихологических симптомокомплексов нарушений и особенностей познавательной деятельности.

### **Симптомокомплекс→фактор→синдром**

- *Патопсихологический симптомокомплекс* – это совокупность особенностей и нарушений познавательных процессов относительно специфичных для той или иной клинической нозологии, имеющей в своей основе определенные психические (психологические) механизмы.
  - Диагностической информативностью обладают симптомокомплексы.
- 



# Основные патопсихологические симптомокомплексы

---

Для патопсихологического комплекса свойственного больным **шизофренией** наиболее патогномичным является набор патопсихологических показателей:

- Неадекватность ассоциаций с их формальностью, выхолащанностью, бессодержательностью;
- Использование при обобщении несущественных, маловероятных (латентных) признаков объектов или субъективность критериев;
- Не критичность мышления;
- Резонерство;
- Явления разноплановости, соскальзывание на случайное суждение;
- Использование вычурных или усложненных высказываний;
- Условное толкование;
- Колебания внимания и снижение его активности.

Данный симптомокомплекс нарушений познавательных процессов не зависит от уровня интеллекта.

---



# Основные патопсихологические симптомокомплексы

---

- Патопсихологические расстройства при **органическом поражении** головного мозга (ОПГМ) имеют иной характер. Преобладают нарушения познавательной деятельности, связанные со снижением интеллекта:
  - Низкий конкретный и конкретно-ситуационный уровень обобщения;
  - Конкретность ассоциаций;
  - Непонимание условного смысла;
  - Трудности установления логических (вербальных и наглядно-образных) связей и отношений: обстоятельность суждений, инертность логических процессов, застревание на несущественных деталях;
  - Нарушены мнестические процессы: снижен объем непосредственного запоминания и утрачена возможность опосредованного запоминания;
  - Нарушения умственной работоспособности: колебания внимания, снижение его активности (расстройство концентрации и распределения);
  - Замедленный и неравномерный темп умственной деятельности.
- 



# Основные психопатологические симптомокомплексы

---

Психопатологический симптомокомплекс, присущий  
**психопатиям:**

- Эмоциональная насыщенность ассоциаций при их адекватности;
- Аффективно-обусловленное рассуждательство
- Претенциозность суждений
- Преобладание оценочных комментариев
- Использование при обобщении субъективных эмоциональных критериев
- Актуализация несущественных признаков при обобщении
- Парциальная не критичность

Эти качественные нарушения и особенности не зависят от

---

▶ уровня интеллекта.



- 
- Дифференциальная диагностика познавательных процессов характерна для патопсихологического симптомокомплекса, свойственного больным шизофренией, органическим поражением, психопатиям. Причины важности дифференциации симптомов:
  - В ситуации патопсихологического эксперимента патопсихолог встречается с различными *реактивными наслоениями* на психическую деятельность (под реактивными наслоениями понимаются разные реакции)
  - В настоящее время в психиатрической клинике преобладают смешанные и стертые формы психической патологии
- 



- 
- Выделение патопсихологических симптомокомплексов позволяет выявить факторы, лежащие в основе патопсихологических синдромов.
  - Органический симптомокомплекс определяется **одним** общим фактором – *снижением всех психических функций* (внимания, памяти, мышления)
  - Патопсихологические симптомокомплексы при шизофрении и психопатии имеют полиморфную структуру (их сложнее определить).
- 



В патопсихологическом симптомокомплексе при **шизофрении** выделяются три группы нарушений:

---

- Группа нарушений объединяет патопсихологические данные о снижении некоторых психических функций, что отражает нарастающий дефект психики у части больных шизофренией. При шизофрении имеются достаточно четкие качественные различия, связанные с *иной природой болезненного процесса*.
- При ОПГМ снижение интеллекта сопровождается проекцией собственных эмоциональных переживаний в материале заданий, т.е. «выраженная личностная реакция» (Например, «память у меня всегда была плохая», «это задание детское и поэтому я не уверен, что смогу его выполнить»). У больных наблюдается многоречивость, попытка личной включенности – отражение органического дефекта.



- 
- При шизофрении – формальность ответов и их выхолащенность, а также актуализация несущественных свойств объектов при обобщении, что отражает типичные изменения мотивационно-смысловой сферы.
  - Группа нарушений определяет качественные и операциональные и мотивационно-обусловленные нарушения мышления при шизофрении.
  - Основу мотивационно-обусловленных составляет нарушение логического компонента мышления (искажение).
- 



- Патопсихологический симптомокомплекс, присущий **психопатическим личностям** состоит из трех групп нарушений и особенностей познавательной деятельности:
- Группа – особенности операциональной сферы мышления, имеющую эмоциональную и аффективную природу (эмоциональная деструкция когнитивных процессов)
- Группа – претенциозность суждений, склонность к рассуждательству, оценочный комментарий (показатели, которые зависят от аффективной логики для лиц, страдающих психопатией)
- Группа – нарушения мышления: искажение процесса обобщения с использованием латентных признаков предмета и понятия, искаженное объяснение условного смысла, нарушение абстрагирования, использование личностных субъективных предпочтений в обобщении



- Однако, несмотря на схожую феноменологию в основе лежат различные психологические механизмы. В отличие от нарушений мышления при шизофрении нарушение процесса обобщения, абстрагирования у психопатической личности:
- Искажение у психопатической личности развивается в ситуации эмоциональной напряженности, а не при любых условиях как при шизофрении;
- Искажения возникают преимущественно в ответ на аффективно и личностно значимые стимулы экспериментальных методик, а не на нейтральные как при шизофрении;
- При психопатии нарушается смысловой компонент, но не наблюдается распада значения как при шизофрении (значение или денотат — это конкретное определение предмета; смысл или конотат — это значение для себя). Например, при шизофрении «стул» - для забивания гвоздей. При психопатии этого нет, но есть личностный смысл, который не позволяет использовать для себя (например, школьный стул, я когда на нем сидел получал двойки, и поэтому сейчас на него не сяду).

- 
- Из-за преобладания смешанных и стертых форм психической патологии при экспериментально-психологическом исследовании обнаруживаются патопсихологические показатели, которые трудно увязать в единый непротиворечивый симптомокомплекс.
  - Необходимо выработать информативные патопсихологические показатели, которые зададут моделирующий алгоритм вероятностного решения дифференциально-диагностических задач.

