**ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ — СПЕЦИАЛИТЕТ** серия основана в 1 996 г.

А.П. БИЗЮК

ОСНОВЫ

ПАТОПСИХОЛОГИИ

УЧЕБНИК

2-е издание, переработанное и дополненное

*Рекомендовано Межрегиональным учебно-методическим советом профессионального образования в качестве учебника для студентов высших учебных заведений, обучающихся по укрупненной группе направлений подготовки 37.05.00 «Психологические науки*» *(квалификация (степень)* *«клинический психолог») (протокол № 8 от 22.06.2020j*

Электроммо

znanium.com

Москва

ИНФРА-М

2021

УДК 616.89(075.8) ББК 88.4я73

Б59

**Бизюк А.II., кандидат психологических наук, доцент, доцент ка­федры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербург­ского государственного медицинского университета имени академика И.Н. Павлова**

Автор:

Бизюк Л.II.

БГ>9 Основы патопсихологии : учебник / A.I I. Бизюк. 2-е изд., перераб. и доп. —

Москва: ИПФРЛ-М, 2021. 660с. + Дои. материалы |Г)лсктронный рссурс|.

(Высшее'образование: Снсциалитет).

ISBN 978-Л-16-016701 -5 (print)

ISBN 978-5-16-109294-1 (online)

Учебник является дополнением к курсу лекции, читаемых на факультетах психологии, где одним из разделов этой дисциплины выступает клиническая психология. В данное издание внесены изменения с учетом 11 -й Международ­ной классификации болезней, изменения в которой затрагивают и классифика­ционные аспекты психических расстройств.

С целью реализации принципа системности в овладении знаниями но па­топсихологии материал дается н контексте общей и клинической психологии, что облегчает целостное усвоение специфики этой науки и понимание се места в ряду других смежных наук.

В соответствии с требованиями дидактики структурирование материала по­строено но принципу «от простого к сложному»; в конце каждого параграфа предлагаются проверочные вопросы, нахождение ответов на которые в тексте книги формирует стсржнсные знания читателя.

В главе, посвященной расстройствам конкретных психических функций, помимо общетеоретических данных, приводятся краткие описания психодиаг­ностических методик, призванных оценивать качественные и количественные параметры регистрируемых изменений. При написании книги использован богатый отечественный и зарубежный материал, опубликованный в многочис­ленных источниках.

Соответствует требованиям федеральных государственных образователь­ных стандартов высшего образования последнего поколения.

Предназначен для студентов психологических, педагогических и медицин­ских вузов, прежде всего клинических психологов, а также для широкого кру­га специалисток, работающих в информационном поле проблем соотношения нормальной и измененной психики.

Материалы, отмеченные знаком доступны и :|лек1'рош1о-библиоте<|||ой системе /.naniuni.coni

УД К 616.89(076.8) ББК8Я.4я73



**ISBN 978-Г)-16-016701 -5 (print) ISBN 978-5-16-109294-1 (online)**

**© Виток А.П., 2021**

Введение

Проблема соотношения психического здоровья и многообразия изменений н психической деятельности, сопровождающих сома­тические заболевания, психогенные и эндогенные психические расстройства ставит перед наукой сложную задачу дифференци­альной диагностики интроспективно и внешне регистрируемых симптомов, которые являются предметом анализа нс только со сто­роны специалистон-психиатров, но и широкого круга клинических психологов. Рост интереса к психологической составляющей обу­словлен нс только идеями системного подхода, которые пронизы­вают современную медицину, но и практическими нуждами эффек­тивной организации психотерапевтической и психокоррскционной деятельности, которая не может быть обеспечена без знания зако­номерностей формирования и качественной специфики различных вариантов отклонений от условной нормы. Понятие последней само складывается как производное не только от биологически ориентированного, но и социально-психологического контекста, меняющегося со временем, что заметно усиливает роль психологии в практической составляющей медицины вообще и психиатрии в частности. Необходимо считаться и с такими современными тен­денциями в психопатологии, как понимание гетерогенности психи­ческих расстройств, и попытками дименсиопного подхода (поиска многомерных моделей) при их оценке, а нс только категориального способа квалификации.

Нельзя не учитывать и возникшей в последние годы тенденции к формализации и более жесткому критериальному подходу в по­становке клинического диаг ноза, который предусматривает привле­чение нс только традиционных для медицины наблюдения, сбора анамнеза и аппаратурных способов оценивания, но и критериев, ко­торые своими корнями уходят в технологии, присущие собственно психологической диагностике. Один из основных итогов деятель­ности клинического психолога развернутый функциональный диагноз — должен становиться серьезной опорой как в характери­стике текущего состояния пациента, так и являться базой для по­строения психотерапевтической и психокоррскционной деятель­ности, к которой привлекается и сам клинический психолог.

Успешное взаимодействие психолога и врача, несущего основное бремя ответственности как за корректность диагноза, так и за итоги терапевтического вмешательства, профессиональное доверие между этими специалистами, концептуальная и практическая ко­ординация между ними, эффективность современного бригадного подхода могут быть достигнуты только в случае высокого уровня подготовленности клинического психолога, способного свободно и профессионально владеть понятийным аппаратом этой отно­сительно молодой науки, тезаурус которой во многом совпадает с терминологическим арсеналом психопатологии. Практическая сторона деятельности психолога — это его свободная ориентация в основных методах и приемах патопсихологического исследо­вания, результаты применения которых должны становиться до­полнительным аргументом к решениям, принимаемым лечащим врачом, а в целом обеспечивать эффективность оказания и психиа­трической, и психотерапевтической помощи нуждающемуся в них человеку.

Данный учебник подготавливался исходя из требований, сфор­мулированных в Федеральном государственном образовательном стандарте высшего образования, и предназначен для изучения дан­ного курса студентами, в структуру подготовки которых входит клиническая психология. Учебник может представлять интерес для психологов, работающих и в сфере специальной психологии. Изучив данный материал, студент будет: знать

* историю и основные теоретические концепции патопсихологии, ее предмет и прикладное значение;

■ особенности структуры патопсихологических синдромов;

* спектр вариантов патологических изменений психических про­цессов разного уровня;
* специфику стратегий и технологий патопсихологического об­следования клиента, принципы анализа получаемых эмпири­ческих данных;
* структуру и содержание заключения, составляемого по резуль­татам качественного и количественного оценивания состояния его психических функций;

*уметь*

* классифицировать направления патологических изменений пси­хического функционирования;
* сопоставлять результаты комплексного патопсихологического исследования испытуемого с классификациями форм дизонто- генеза;
* выделять первичные и вторичные изменения психического функционирования у лиц с ограниченными возможностями здоровья, оценивать изменения психических функций как

симптомом психических расстройств и компонентом пато­психологических синдромом;

оценимать качсстно ремиссии, эффективность пронодимой психо- и фармакотерапии;

прогнозировать динамику изменений психических функций при переходе от состояния здоровья в сторону патологических изменений; владеть

знаниями об особенностях применения основных диагности­ческих методом и методик;

навыками самостоятельного планирования и оценки резуль­татов патопсихологического исследования; приемами работы со специальной литературой; навыками формулирования и представления результатом иссле­дования, их интерпретацией;

навыками учета получаемых диагностических результатом в коррекционной и психотерапевтической деятельности.

Глава 1

ОБЩАЯ ПАТОПСИХОЛОГИЯ

1. ПАТОПСИХОЛОГИЯ — ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Современная патопсихология представляет собой раздел клини ческой (медицинской) психологии.

Но классическому определению, объектом ее исследования яв ляются различные нарушения психической деятельности и свойств личности при психических или соматических заболеваниях, а пред­метом — закономерности этих нарушений или закономерности распада психики в сопоставлении с протеканием психических про­цессов в норме, «закономерности искажения отражательной дея­тельности мозга» |3ейгарник, 1986, с. 5].

В зарубежной англоязычной науке часто своеобразным аналогом патопсихологии выступает довольно расплывчатая по своему содержанию «патологическая психология» (abnormal psychology), которая благодаря изучению психологическими ме­тодами этиологии психических расстройств и различных откло нений психической деятельности в клинических целях может выступать и синонимом современной клинической психологии | Клиническая..., 2007]. Например, Р. Комер в своих «Основах патопсихологии» |Комер Р., 2001] (в оригинале: «Fundamentals of Abnormal Psychology») приводит следующее определение патологической психологии: это — «научное исследование па­тологического поведения с целью описать, предсказать, объя­снить и изменить патологическое поведение». В англоязычном энциклопедическом руководстве по психологии под редакцией М. Айзенка патологическая психология выступает методологиче­ской альтернативой биологически ориентированной психиатрии в отношении подходов к определению психических расстройств, видения роли и оценки взаимодействия биологических, психоло­гических и социальных факторов в их возникновении | Репина, Воронцов, Юматова, 2003]. М.М. Кабанов в предисловии к одной из первых монографий, посвященных методам психодиагностики в клинике, пишет, что «патологическая психология» во многих странах обычно отождествляется с тем, что у нас называется «на­рушением высшей нервной деятельности» (в трактовке школы И.II. Павлова) |Методы..., 1963].

Иногда в качестве предмета исследования патопсихологии трак туется то, что в развитии болезни предшествует психопатологиче­ским образованиям |Росин, 1976|. Подобное определение видится несколько ограниченным, поскольку в реальной практике пато­психологу приходится иметь дело и с начальными этапами забо­левания, и с уже достаточно оформившимися видами психических расстройств, благодаря которым субъект и попадает к ноле зрения специалистов.

Весьма часто цитируемое и в том числе приведенное выше, «классическое» определение предмета патопсихологии через изу чснис «закономерностей распада», как нам представляется, к сегод­няшнему дню также становится избыточно узким, хотя бы в силу того, что не все феномены измененной психической деятельности могут быть адекватно описаны именно как продукт или следствие распада, либо как сам его процесс. Прежде всего, это имеет отно­шение к детской патопсихологии с ее такими достаточно широко распространенными сферами оценки, как задержанное или отста­ющее развитие и иными формами дизонтогенеза, включая развитие психопатическое (натохарактсрологическос) | Ковалев, 19791. При­менение категории распада нс всегда уместно и по отношению к феноменологии «малой психиатрии».

При изложении дальнейшего материала мы будем руковод ствоваться следующим определением предмета патопсихологии: .это процесс и экспериментально обоснованный результат ана­лиза механизмов и закономерностей системных внутрипсихиче­ских изменений при психических, соматических и дизонтогснсти чсских расстройствах, сопоставляемых с условно нормальным воз­растным состоянием психики. Объект патопсихологи — это сами психические процессы, функции и состояния, а также личность в целом и ее модели поведения в болезни, в то время как задачи патопсихологии обусловливаются многочисленными целями (кор­ректная постановка или уточнение нозологического диагноза, от­слеживание эффективности терапии, прогнозирование, научный поиск и т.н.), реализуемыми через психодиагностическую исследо­вательскую деятельность.

Естественно, что анализ механизмов психических расстройств невозможен без выяснения детерминирующих их факторов, т.с. спектра их причин, часть из которых лежит в социальной среде, а часть физиологична или интраиндивидуальна.

В частных случаях речь, действительно, может идти о распаде психики, но в самом общем случае, особенно в практическом от­ношении, под результатом патопсихологического исследования

**подразумевается качественный и количественный анализ струк­туры психического дефекта. Это понятие, уходящее своими кор нями в работы Л.С. Выготского, к сегодняшнему дню связывается не только с соотношением первичных, вторичных и третичных сим­птомов, развивающихся в силу причинно-следственных отношений между физиологическими, психическими и отчасти социальными функциями (по вертикали), но и с конфигурацией профиля со­хранной и болезненно измененной психической деятельности в разных се модальностях «по горизонтали» и в динамике.**

**Многое из перечисленного роднит патопсихологию с такой сферой медицины, как психопатология, которая чаще всего рас­сматривается как теоретический раздел психиатрии, изучающий признаки психических заболеваний, их динамику в ходе течения болезни, симптоматические и синдромологические предпосылки постановки психиатрического диагноза и пользующийся для ре­шения своих информационных задач медицинской семиотикой. 'Гот же терминологический арсенал, может быть, в несколько меньшем объеме, применяется и в патопсихологии. Направленность и патопсихологии, и психопатологии в конечном счете опреде­ляется потребностями клиники решением диагностических задач и специфицированием лечебных или коррекционных мероприятий. Другими словами, патопсихология в своем научном и практиче­ском звеньях, пытаясь заполнить зазор между психической нормой и очевидной психической патологией, является своеобразным от­ветом на запросы самой психиатрии. При этом сам диагноз в его клиническом понимании остается исключительной прерогативой врача-спсциалиста.**

**Философ и психолог Гуго Мюнстсрбсрг (Hugo MunsLcrbcrg, 196'? 1916), предложивший в немецкоязычных странах понятие «патопсихология», считал, что главное его отличие от психиа­трического понятия «психопатология» заключается в том, что здесь предполагается континуум между нормальными и патоло­гическими психическими процессами. Психические расстройства представляют собой лишь «ускорения или торможения нормаль­ного психического процесса»; наличие дефекта нс предполагается. Исходя из этой предпосылки в патопсихологии вполне оправдано применение тех же методов исследования и постулируются прин­ципиально тс же закономерности, что и в «нормальной», не иссле­дующей расстройства психологии | Клиническая..., 2007].**

**Мысли, сближающие психо- и патопсихологию, можно найти и у известного немецкого психиатра Карла Ясперса (Karl Jaspers, 1888-1969). Он писал: «Предметом исследования психопатологии**

служат действительные, осознанные со­бытия психической жизни. Хотя основная задача состоит в изучении патологических явлений, необходимо также знать, что и как человек переживает вообще; иначе говоря, нужно охватить психическую реальность во всем ее многообразии. Нужно исследо­вать не только переживания как таковые, но и обусловливающие их обстоятельства, равно как и тс взаимосвязи и формы, в ко­торых они (переживания) находят снос вы­ражение. Можно пронести аналогию с со­матической медициной, где конкретные случаи кажутся относящи­мися в равной мере к физиологии и патологической анатомии. Их взаимная зависимость не вызывает сомнений: они имеют единую основу и между ними невозможно пронести сколько-нибудь ясную разделительную линию. Психология и психопатология также при­надлежат друг другу и способствуют развитию друг друга. Между ними нет четкой границы, и многие общие проблемы исследу­ются психологами и психопатологами на равных правах» |Яспсрс, 1997, с. 261. Кроме того, патопсихология использует клинические критерии, так как без постоянного соотнесения с ними она бы утратила свое практическое, прикладное значение. Естественно, что данные патопсихологического исследования в обязательном порядке должны соотноситься с психическим статусом больного, со стадией течения заболевания, с его динамикой |Ьлсйхср, Крук, 1986|.

Подводивший итоги дискуссии 1973 1977 гг. о соотношении предметов психопатологии и патопсихологии Ю.Ф. Поляков [ 19771 подтвердил, что психопатология традиционно изучает эпифено­мены болезни, а сущность должна выясняться благодаря привле­чению нейрофизиологии и экспериментальной патопсихологии.



Рассуждая о соотношении психиатрического и психологиче­ского видения душевной болезни, К.С. Нратусь [ 199^11 пишет, что клиническое видение (психиатра) должно опираться на тонкие приемы наблюдения, формирующуюся в опыте постоянного об­щения с больными профессиональную интуицию, выработанные и зафиксированные в психиатрических трудах представления о смене состояний, симптомах и синдромах болезни. Основной сди ницей анализа здесь выступает целостный, представляемый в раз­личных нюансах поведения образ больного и отнесение его к той или иной нозологической категории. Психолог же мыслит в ка-

**тсгориях потребности, мотива, деятельности, отношения, смысла. Основным инструментом его диагностики является не клиническое наблюдение, а эксперимент, то или иное тестовое испытание. Иначе говоря, психолог чаще судит о человеке не непосредственно, на­блюдая его поведение, привычки и странности, а опосредствованно, орудийно, через данные экспериментов, опросников и тестов.**

**Таким образом, часть различий между психопатологией и пато­психологией лежит в сфере используемых ими методов. В то время как направленность психопатологического (клинического) ис­следования связана с выявлением и систематизацией нарушений психической деятельности (симптомов и синдромов) под углом зрения возможного клинического (нозологического) диагноза, задача патопсихологии раскрытие закономерных и индивиду­альных вариантов характера протекания психических процессов в их качественной и количественной специфике но сравнению с условной нормой. I ипичным для психопатологии и психиатрии является клинико-описательный метод (обычно анамнестический, изощренного клинического наблюдения, беседы или тс способы описания измененных психических процессов и личности, которые квалифицируются как качественные или идеографические), тогда как для патопсихологии ведущими оказываются психологические методы исследования и, н частности экспериментально-психоло­гические, обеспечивающие возможность измерять, количественно сравнивать и сопоставлять, т.е. использовать тот инструментарий, который превращает диагностическое искусство в пауку. Именно таким способом достигается возможность оценки особенностей на­рушенного протекания и специфики структуры психических про­цессов, результатом которых становятся наблюдаемые в клинике расстройства. Итогом патопсихологического изучения в общем случае становятся критерии различения клинико-психических расстройств, их отношения, а также причинные представления, да­ющие им объяснения.**

**.'Значительное место в патопсихологии занимает оценка влияния особенностей личности и се индивидуального опыта на протекание сложных патопсихологических синдромов, их динамику, характер нарушений познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы, прогноз возможности коррекционных мероприятий.**

**Разумеется, что качественный подход в патопсихологическом диагностическом контексте, тонкая наблюдательность, эмпатиче- скис предпосылки и даже человеческая интуиция, опирающаяся на опыт работы и умение интегрировать всю доступную о испм-**

тусмом (пациенте) информацию, и здесь продолжают оставаться актуальными.

Будучи интенсивно развивающейся ветвью клинической психо­логии, патопсихология распространяет свои интересы на контин­гент нс только психиатрических, но и соматических клиник, изучая особенности психических процессов, личностных изменений ока­завшихся там людей. Роль и место патопсихологии в структуре наук о человеке определяется сшс и тем, что через познание болез­ненно измененных психических процессов осуществляется и по­знание того, как они совершаются в состоянии здоровья.

Возникнув относительно недавно, патопсихология нс могла нс вобрать в себя фрагменты и подчинить собственным целям предметные сферы и некоторых других, исторически более ранних психолого-ориентированных дисциплин, таких как общая пси­хология (представления о нормальном, естественном протекании психических процессов и закономерностях становления личности), нейропсихология (связь изменений психической деятельности с ло­кальными и диффузными поражениями мозга), психодиагностика (принципы экспериментального измерения психических функций и процессов в их сопоставлении с возрастными, половыми и дру­гими нормами, разработка адекватных методических приемов, обеспечивающих анализ психопатологических явлений и объек­тивную их интерпретацию) и специальная психология (закономер­ности развития, воспитания, обучения и подготовки к социальной адаптации, абилитации и реабилитации различных категорий детей с проблемами в развитии).

Спектр прикладных задач, упоминавшихся еще H.R. Зейгарник, которые решает патопсихология, сводится к следующим | Клини­ческая..., 20021:

1. Обеспечение дифференцирующих данных для уточнения в сложных случаях нозологического диагноза (при атипичных и бедных клиническими проявлениями вариантах заболеваний, на начальных их стадиях и т.п.).
2. Оценка структуры и степени нервно-психических рас­стройств, что играет самостоятельную роль в квалификации со­стояния больного и при установлении функционального диагноза. Сходная задача решается и при исследовании малоизученных форм заболевания (например, в рамках научного исследования).
3. Диагностика психического развития и выбор путей обще­образовательного и трудового обучения и переобучения в детских и подростковых учреждениях при решении задач оценки степени и структуры различных форм дизонтогснсза.

А. Исследования личности, социальной среды и социальных по­зиций больного в целях получения данных для функционального диагноза.

1. Оценка динамики нервно-психических нарушений и контроль зффсктинпости психо- и фармакотерапии.
2. Использование экспериментально-психологических данных для принятия решения в многочисленных формах экспертиз (тру­довой, воинской, судебной И Т.П.).
3. Информационная поддержка психокоррекционпой работы с больным, а также организация психотерапевтической среды в медицинских учреждениях. Патопсихологическое исследование может играть определенную роль в выборе методик психотерапии.

Помимо перечисленных задач, патопсихология обнаруживает свою полезность в охране психического здоровья населения, оценке интенсивности и характера влияния неблагоприятных экзогенных, экологических, в том числе производственных факторов на со­стояние отдельных психических процессов и личности в целом.

По мнению JI.M. Балабановой [1998], важной задачей пато­психологии является охрана психического здоровья в связи с изме­нением окружающей среды, урбанизацией, затруднением общения людей, возникновением новых профессий, требующих большого психического напряжения. Она включает нахождение мер коррекции но восстановлению трудового и социального статуса, профилактику развития аномальных потребностей (алкоголь). Патопсихологическое исследование имеет важное значение и при решении задач распоз­нания и профилактики рашых профессиональных заболеваний.

Еще в 1982 г. Норис Дмитриевич Карнасарский (1931-2018) |Карвасарский, 1982] писал, что естественное стремлении пато­психологии распространить психологические знания на возможно большее число аспектов медицины и здравоохранения следует рассматривать не как ее недостаток, а как признание возрастающей роли психологии для медицины, прогрессивный и перспек­тивный путь развития медицинской психо­логии.



Особой, отличающейся своим кругом задач, и относительно молодой ветвью общей патопсихологии является детская пато­психология, наиболее тяготеющая к специ­альной психологии и, в какой-то мере, к пе­дагогике. Ее предметом является изучение Б.Д. Карвасарский любых возможных нарушений психического

развития детей [ Белопольская, 2000; Максимова, Милютина, 2000; Зверева, Казьмина, Каримулина, 20081, в том числе диагностика психического развития детей с отклонениями. Вопросы психи­ческого здоровья детей с позиции психологии рассматриваются и в зарубежной пауке [Мэш, Вольф, 2003].

Но мнению Н.В. Зверевой, О.Ю. Казьминой и К.Г. Кариму- линой [20081, в более конкретных формулировках детская пато­психология изучает:

* основные закономерности нарушенного психического развития детей;
* особенности возрастно-специфических видов отклонений раз­вития;
* психологические характеристики отдельных форм психических расстройств в детском возрасте;

■ методы работы в области применения патопсихологической ди­агностики и коррекции в детском и подростковом возрасте.

К числу задач детской патопсихологии относятся: исследования проблемы психической нормы у детей, находящихся на разных сту­пенях возрастного развития, установление уровня развития ребенка, определение его соответствия или несоответствия возрастным кри­териям под влиянием социальной ситуации развития (школьная успеваемость и трудности в поведении), выявление патологических особенностей развития и раннее выявление симптомов искаженного, дисгармонического развития, дебюта психических заболеваний. Детский патопсихолог учитывает данные экспериментальных ис­следований при проведении коррекционных мероприятий, а также принимает участие в работе психолого-мсдико-псдагогичсских ко­миссий и консультативной помощи семьям [Худик, 1997|.

Специфика детской патопсихологии в отличие от взрослой со­стоит в том, что здесь нарушения психической деятельности рас­сматриваются в динамике, соответствующей развитию ребенка в процессе онтогенеза. Это значительно осложняет изучение пред­мета исследования, поскольку возникает необходимость учитывать сразу две переменные: динамику нарушений психической деятель­ности и динамику формирования психической деятельности ре­бенка, детерминируемую созреванием мозговых структур (Макси­мова, Милютина, 20001.

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Что является объектом и предметом патопсихологии?**
2. **В чем различия между патопсихологией и психопатологией?**
3. **Раскройте позицию К. Ясперса по вопросу патопсихологии.**
4. **Предметные сферы каких наук ассимилируются патопсихологией?**
5. **Какие .чадами решает патопсихология?**
6. **Что янляется предметом детской патопсихологии?**
7. ИСТОРИЯ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Появление патопсихологии как специальной отрасли знаний связывается с двумя обстоятельствами в истории психологии: 1) внедрением в общепсихологическую практику эксперименталь­ного подхода, сменившего собой подход философско-умозри­тельный, и 2) осознанием, прежде всего клиницистами-нсихиа- трами, необходимости заполнения теоретического вакуума, образо­вавшегося между достаточно очевидными феноменами грубых психических расстройств и системой представлений, существующей в «традиционной» психологии того времени. Обе эти тенденции возникли почти параллельно в конце XIX — начале XX в.

Хотя первые опыты в психологии начали проводиться в се­редине XIX в. Густавом Теодором Фсхпсром (Gustav Theodor Fcchncr, 1801-1887), наиболее серьезные экспериментальные ис­следования психических процессов связаны с именем немецкого врача и физиолога Виль­гельма Вундта (Wilhelm Maximilian Wundt, 1882 1920), открывшего в 1879 г. в Лейпциг­ском университете психологическую лабо­раторию, на базе которой спустя несколько лет был создан Институт экспериментальной психологии. Основным методологическим принципом исследований в этом институте стал синтез интроспекции с психофизиоло­гией, причем по мере накопления опыта про­исходил постепенный отход от физиологических работ в пользу более психологизированных, от исследований зрения, слуха, осязания, времени реакции к ас­социативным процессам, апперцепции и пове­дению.



В психологии того времени возникает первый прецедент необходимости инстру­ментальной проверки субъективного опыта. Появляется постепенное понимание недоста­точности и ограниченности интроспекции как теории и метода научного познания явлений и необходимости новых объяснительных ка- Э. Крепелин тегорий и объективных методов исследования

**психической реальности. Между психиатрами и норой идеалистически настроенными фило­софами разгораются споры о том, кто должен разрабатывать экспериментальную психологию.**

**С конца XIX в. экспериментальное направление надежно закрепляется в научной психологии и довольно быстро распространяется на все ее ветви, в том числе и медицинскую.**



Э.Титченер

**Ученик В. Вундта — Эмиль Крспелин (Emil Kraepclin, 1856 1926), а затем Карл Густав Юнг (Carl Guslav Jung, 1875-1961) стали ис­пользовать в психиатрии ассоциативный экс­перимент, стремясь превратить его в клинико­диагностический инструмент.**



Ж. Эскироль

**В Америке вундтовские традиции примени­тельно к структуре сознания развивает Эдвард Титченер (Edward Bradford Tilchcner, 1867 1927), провозгласивший поиск его отдельных элементов и способов их комбинирования.**

**Особое направление в смежной с пато­психологией областью представлено рабо­тами ранних дефектологов преимущественно французской школы — Жана Эскироля (Jean iLicnnc Esquirol, 1772-ШО), Эдуарда Ссгена (Edouard Seguin, 1812-1880) и Альфреда Винс (Alfred Bine, 1857 1911), чьи попытки диф­ференцирования умственной отсталости как нарушения психического развития (дизонто­генетических проявлений в современном по­нимании) от психических расстройств (1838) и разработки экспериментальных приемов оценки умственной недостаточности (1905) являлись одной из предпосылок в формиро­вании детской патопсихологии.**



Э. Сеген

**Во Франции основания научной психо­логии были сформулированы Тсодюлсм Ар­маном Рибо (Thcodul Arman Ribot, 1839 1916). Именно он за­ложил представления о предмете экспериментальной психологии, которая должна заниматься не метафизикой или обсуждением сущ­ности души, а выявлением законов и ближайших причин психиче­ских явлений. Болезнь он рассматривал в качестве эксперимента, поставленного природой, что наложило отпечаток на его известиыс**

**работы («Болезни памяти», 1881; «Болезни ноли», 1888; «Болезни личности», 1885). Т. Рибо нпсрвыс ввел термин «патологическая психология» | Корнилова, 2002; Вольф, 20041.**

**Конец XIX в. ознаменовался еще одним со­бытием открытием учеником Вундта Лай- тмером Уитмсром (Lighlncr Wilmer, 1867 1956) при Пенсильванском университете первой пси­хологической клиники (1896) для отсталых и душевнобольных детей, а также введением им**



А.Бине

**I**

**понятия клинической психологии и основанием**

**журнала «Психологическая клиника» (1907) (хотя к этому времени в немецкоязычных странах уже существовало несколько научных Щ и практических направлений, фактически разра­батывавших клиническую психологию в более широком плане, чем се понимал Уитмср, скон­центрировавшийся на диагностике и лечении Щ отклонений в умственном развитии).**

**К началу XX в. психические болезни на­чинают трактоваться как эксперимент при­роды, нуждающийся в специальном изучении, а в мировой науке возникает мысль о допусти­мости суждения о роли и месте того или иного психического процесса в составе сложных пси­хических явлений по его изменениям в резуль­тате заболевания, т.е. появляется возможность** , V I использовать патопсихологические явления

Т.А. Рибо

Л. Уитмер



**' в качестве критериев при оценке правиль­**

**ности психологических теорий. В частности, известный немецкий психолог и психопатолог Густав Штсрринг ((justav Slorring, 1860-1946) одним из первых в своей книге «Психопато­логия в применении к психологии», переве­денной на русский язык и изданной в Санкт- Петербурге в 1908 г., указал на возможность и желательность трак­товки нормальной психической деятельности через исследование ее патологических изменений.**

**В 1920-х гг. начинает оформляться еще одно направление ис­следований, совпадающее со сферой интересов патопсихологии. Это опиравшаяся на общие морфологические характеристики**

строения тела человека типология характеров (темпераментов) немецкого психиатра и пси­холога Эрнста Кречмера (Ernst Kretschmer,

1888 196/1). Этот видный представитель за­падной науки считал, что обобщения о тем­пераменте «могут быть развиты лишь из пси­хиатрии и поняты лишь с точки зрения последней» | Кречмер, 20081 [«КбгрегЬаи und Charakter», 19211. Кречмер соотносил тип телосложения с психическими заболе­ваниями, причем предполагал, что между нормой и психическим заболеванием нет резкой грани: биотипы индивидуальности нормального человека могут перерасти в аномалии характера, а затем и в психическое заболевание. В 1922 г. Кречмер выпустил один из первых учеб­ников по медицинской психологии («Mcdizinischc Psychologic»), а в 1928 г. вышел и аналогичный но названию учебник известного французского психолога Пьера Жане (Pierre-Marie-Felix Janet, 1859-19/17).

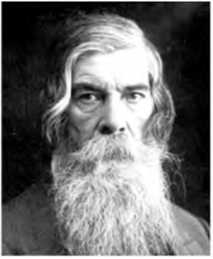
*4*

*У*

**Э. Кречмер**

В истории разработки патопсихологической тематики велика и роль отечественных ученых.

Один из учеников Вундта — отече­ственный психиатр В.Ф. Чиж после воз­вращения из Германии в 1885 г. создал первый в России (в Петербурге, в боль­нице ев. Пантелеймона) кабинет, предназ­наченный для экспериментальных пси­хологических исследований |Журавель,



В.М. Бехтерев

20051. Позднее он унаследовал лабора­торию Крепелина в Дерите (Тарту), где со своими последователями продолжил проводить многочисленные эксперименты.

В 1885-1886 гг. Владимир Михайлович Нехтерен (1857-1927) (психиатр но обра­зованию, родоначальник экспериментальной психологии и осново­положник патопсихологии) и Сергей Сергеевич Корсаков (185/1- 1900) при психиатрических клиниках открыли лаборатории в Ка­зани, Москве и Санкт-Петербурге, а в 1907 1908 гг. В.М. Нехтерен в Санкт-Петербурге организовал Психоневрологический институт, позднее получивший его имя, и Институт но изучению мозга и пси­хической деятельности (1918).

Н 1907- 1910 гг. были публикованы три тома книги «Объек­тивная психология», в которых Бехтерев призвал отойти от пси­хологии как пауки «о фактах и явлениях сознания» и включить в нее «изучение внешних проявлений психической деятельности, поскольку они служат для определения особенностей и характера психической деятельности; а также изучение биологических про­цессов, стоящих в ближайшем соотношении с психическими про­цессами» [ Бехтерев, 19911.

Уже в 1888 г. он четко заявил о необходимости использования для изучения психики процессов объективных экспериментальных методов исследования. Он предложил отказаться от субъектив­ного (по сути интроспективного) подхода в исследовании психо­логических явлений, а позднее положил в основу их объяснения рефлексологический принцип организации нервной деятельности (в более поздних работах у Бехтерева произошел уже полный отказ от психологии и се терминологии в пользу анализа поведения как суммы отличающихся но сложности рефлексов).

Н.М. Бехтерев один из первых пытался определить содер­жание патологической психологии, указывая на закономерную близость нормальных проявлений душевной деятельности и их патологических форм. Он мотивировал это тем, что изучение ненормальных проявлений психической сферы «освещает за­дачи психологии нормальных лиц» | Бехтерев, 1991, с. 6]. С его участием были разработаны экспериментально-психологиче­ские приемы исследования душевнобольных, защищены ряд диссертаций патопсихологической направленности, определены принципы патопсихологического исследования (использование комплекса методик, качественный анализ расстройств психики, личностный подход, соотнесение результатов исследования с данными нормы для соответствующего возраста, пола, образо­вания), сформулированы основные требования к самим экспе­риментальным методикам. Но большинство усилий такого рода Бехтеревым осуществлялось в дорсфлсксологический период творчества. Позднее он, пытаясь создать «объективную психо­логию», начинает опираться на идею рефлекса или «сочетатель­ного рефлекса», осуществляющегося с участием головного мозга и проявляющегося во внешнем поведении и деятельности лич­ности. Психика, трактуясь как эпифеномен, стала выводиться за пределы научного анализа.

Но всех открытых в конце XIX — начале XX в. лабораториях ра­ботали врачи-невропатологи и психиатры, совмещавшие свои пси­хологические исследования с врачебной практикой в клинике.

Исключение составляла психологическая лаборатория в Новорос­сийском университете (в Одессе), которая, в отличие от других, была создана на историко-филологическом факультете (1896) про­фессором философии Николаем Николаевичем Ланге (1868-1921) с целью развития психологии как объективной науки и препода­вания ее как дисциплины | Психологическая..., 1997; Ярошсвский, 1996|. Ланге, ранее работавший в Лейпцигской лаборатории Вундта, становится последовательным сторонником эксперимента в психологии.

Николай Яковлечич Грот (1862 1899) профессор Московского университета, с 1888 г. возглавивший Московское психоло­гическое общество, исходил из того, что пси­хология должна быть объективной есте­ственной экспериментальной наукой, что именно она должна лежать в основе паук о человеке. Грот был активным сторонником практического использования психологии, се связи с педагогикой, медициной и юриспру­денцией. В своей работе «Основания экспе­риментальной психологии» (1896) Н.Я. Грот писал, что развитие экспериментальной психологии имеет большое значение нс только для будущего развития психологии, но и для всех гуманитарных наук, что понос развитие психологи­ческой науки связано с объединением, конвергенцией разных психологических теорий на основе эксперимента |Ярошевский, 1996).



Н.Я. Грот

Вскоре в Университете Св. Владимира в Киеве под руководством философа и пси­холога Георгия Ивановича Молчанова(1862 1986) (автора «Введения в экспериментальную психологию» |1916]) стал проводиться пси­хологический семинарий, при котором были организованы лабораторные занятия для сту­дентов, а в 1907 г., когда Г.И. Чслпанона при­гласили на должность профессора в Мос­ковский университет, семинарий и кабинет перевели туда. Еще несколько лет спустя на их базе к 191^ г. был создан один из лучших по устройству и оснащению в мире Психологический институт |Сироткина, 19961.



**Г.И. Челпанов**

Одним из основоположников московской школы психиатрии и приверженцем экспери­ментального направления в изучении ду­шевных процессов был и Сергей Сергеевич Корсаков (185^ 1900), инициатор создания первого в России «Журнала невропатологии и психиатрии». Он придерживался мнения, что только знание основ психологической науки делает возможным правильное пони­мание распада психической деятельности ду- „ шевнобольного. В 1889 г. на Парижском кон-

грсссс по психиатрии он впервые не только описал характерные расстройства памяти, но и предложил гипо­тезу о се механизмах. Другая известная патопсихологическая ра­бота С.С. Корсакова посвящена психике микроцефалов, харак­терной чертой которой он считал преобладание более прими­тивных ассоциаций над ассоциациями «но смыслу». В 1895 г. по его инициативе была создана психологическая лаборатория при психиатрической клинике Московского университета. Заведо­вать ею стал ближайший помощник Корсакова Л.Л. Токарский (1859 1901).



Русский психиатр, ученик С.С. Корсакова, работавший в психологической лаборатории Московской психиатрической клиники, один из основателей Общества экспериментальной психологии (1910) для пропаганды приме­нения тестов в педагогике и психиатрии, Федор Егорович Рыбаков (1808 1920) выпу­стил первый в России сборник психологи­ческих методик, куда вошли тесты и методи­ческие приемы Ф. Гальтона, Г. Мюнстсрбсрга, Л. Иурдона, Г. Эббипгауза, Л. Вине, В. Лири, Э. Крсислина, ЛИ. Нечаева, Л.Н. Бернштейна и других (Лтлас для экспериментально-психологического исследо­вания личности с подробным описанием и объяснением таблиц, со­ставленных применительно к цели педагогического и врачебно-ди­агностического исследования. М., 1910) | Рыбаков, 2008|. В 1911 г. Александр Николаевич Бернштейн (1870-1922) опубликовал первое в России руководство «Клинические приемы психологиче­ского исследования душевнобольных» | Бернштейн, 19211. Ученик С.С. Корсакова, действительный член Московского об­щества психологов Лрдалион Лрдалиопович Токарский (1859 1901)



А.Н. Бернштейн

первым к России в конце XIX в. начал преподавать эксперимен­тальную психологию и психотерапию.

Заметным явлением в развитии пато­психологии и, в частности, детской пато­психологии стали работы Григория Ивановича Россолимо (1860 1928), основавшего в Москве в 1911 г. Институт детской психологии и не­врологии. В рамках «Плана исследования детской души» в 1909 г. Россолимо разработал количественную систему 10-балльной оценки 22 психических функций, получившую на­звание «Психологический профиль» и приме­нявшуюся для сравнительной характеристики различных сторон нервной и психической па­тологии, в том числе у детей с умственной от­сталостью.



Г.И. Россолимо



И.М.Сеченов

Кщс раньше в российской науке благодаря трудам Ивана Михайловича Сеченова (1829 1905) формировались прогрессивные идеи, построенные на новом понимании представ­ления о рефлекторной деятельности мозга, о родственности психического и физиоло­гического, об обусловленности поведения внешними влияниями. Сам И.М. Сеченов в своем труде «Кому и как разрабатывать психологию?» так писал по этому поводу:

«Мысль о психическом акте, как процессе, движении, имеющем определенное начало, течение и конец, должна быть удержана как основная» [1953, с. 251 252]. Преемники Сеченова Иван Пет­рович Павлов (18^9-1986) и В.М. Ьсхтсрсв продолжили изучение психики с позиции экспериментальной психологии. В дальнейшем Павлов отнес свои исследования к учению о высшей нервной дея­тельности, а Бехтерев — к рефлексологии (19(М), стремившейся для научных выводов использовать исключительно объективные методы. Здесь имелась в виду не только рег истрация рефлексов, но и соотнесение их с теми внешними раздражителями, которые служили первоначальными источниками реакции. В рефлексо­логии стала просматриваться тенденция замены психологии как науки учением об условных рефлексах и объяснения всех форм сознательной деятельности людей законами образования и функ­ционирования условных рефлексов независимо от сложности со­вершаемых человеком действий.

Таким образом, на смену интросискционистской ориентации приходит новый подход, суть которого выражается в следующих характеристиках [Кольцова, 19971:

1. объективный способ изучения всех проявлений человека;
2. антропологическая ориентация: точкой отсчета является че­ловек как целое в его взаимодействии с окружающей его действи­тельностью;
3. материалистическая трактовка психики как производной от деятельности организма и осуществляющихся в нем энергети­ческих преобразований, при умалении отражательной природы психики;

А) антипсихологизм или игнорирование психики как предмета исследования.

Но указанным причинам к концу 1920-х гг. наблюдался спад увлечения рефлексологией и усилился скепсис по отношению к се реальным возможностям. Но важную роль для будущей пато­психологии сыграло то, что В.М. Бехтеревым впервые в отече­ственной психологии была сформулирована идея комплексного исследования человека не только различными науками, но и с ис­пользованием многоуровневого сравнительного анализа данных, ха­рактеризующих проявления человека в норме и в патологии, в эк­спериментальных условиях и во время клинических исследований, при сопоставлении отклонений и видоизменений психики с ее про­явлениями у здоровых. Примечательно то, что в организованном Бехтеревым Психоневрологическом институте одновременно чита­лись курсы общей психопатологии и патологической психологии, т.е. за ними стояли разные дисциплины [Зейгарник, 1986|.

Но второй половине 1920-х — начале 1930-х гг. И.II. Павлов и его ближайшие сотрудники непосредственно перешли к разра­ботке проблем патопсихологии, был выдвинут ряд конструктивных принципов, оказывающих влияние нс только на понимание «нор­мально» функционирующей психики, но и на интерпретацию ее патологических отклонений. Среди них важное место занимали учение о двух сигнальных системах, представление о типах высшей нервной деятельности (носители разных типов по-разному реаги­руют на патогенные факторы), критика с позиции рефлексологи­ческой теории взглядов ряда зарубежных ученых идеалистической направленности.

Важный вклад в разработку разделов физиологии, ориентиро­ванных на психологию, был сделан Николаем Александровичем Бернштейном (1896 1966) | Бернштейн, 19901, изучавшим принципы обратных связей, вопросы самоорганизации движений

и возможных последствий расстройств их ме­ханизмов на разных уровнях мозговой орга­низации. Нго идеи позднее нашли свое раз­витие в трудах Петра Кузьмича Анохина (189Н 197-i), разработавшего общую теорию функциональных систем с се важнейшим ком­понентом — механизмом опережающего отра­жения действительности, воплощенном в по­нятии «акцептора действия\*-.

Заметная роль в разработке арсенала ди­агностических техник, полезных и для пато­психологии, принадлежит видному предста­вителю школы В.М. Бехтерева Александру Федоровичу Лазурскому (187-1 1917). Он считал, что высшие уровни психики людей следует изучать так же конкретно, как кли­ницист изучает их физическую и физиоло­гическую организацию, для чего интенсивно работал над созданием методических при­емов, адекватных таког о рода исследованиям.



Н.А. Бернштейн



А.Ф.Яазурский

Он предложил и широко использовал метод систематического наблюдения, сочетая его со специально подобранными методиками экспериментальной психологии. Наибольшей известностью пользуется созданный Л.Ф. Ла- зурским к 1910 г. метод естественного экспе­римента, благодаря которому устраняется искусственность лабораторного опыта и зна­чительно возрастает ценность данных на­блюдения, поскольку испытуемый не выры­вается из привычной для него среды, но при этом ставится в строго запрограммированные и контролируемые условия.



В.Н. Мясищев

Кроме того, он выдвинул концепцию отно­шений личности, развитую видным советским психологом, учеником Л.Ф. Лазурского Вла­димиром Николаевичем Мясищевым (1893-197\*5), который при­менил се, в частности, в клинике неврозов и пограничных состо­яний [Мясищев, 19(50, 1998|. Психическая болезнь, но его мнению, изменяет и разрушает сложившуюся систему отношений, а на­рушения в системе отношений личности, в свою очередь, могут привести к болезни. И напротив — психотерапия как способ

воздействия на больного человека может выстраиваться как метод коррекции нарушений в этой сфере. В.Н. Мясищев одним из первых публично поддержал преимущества тестовых методов исследо­вания личности в клинике. В 1966 г. он совместно с М.С. Лебе­динским выпускает книгу «Введение в медицинскую психо­логию» первую отечественную монографию, посвященную пси­хологическим аспектам в клинике вообще и патопсихологии в част­ности.

Рассматривая проблемы формирования характеров и психопатий, выдающийся рос­сийский и советский психиатр Петр Бори­сович Ганнушкин (1876 1933) еще в 1924 г. также определенно высказался в пользу союза психиатров и психологов: «Можно, думаю, с достаточной определенностью считать, что изучение характеров, темпераментов нор­мальных или патологических — это все равно, здесь сколько-нибудь принципиальиой раз­ницы нет — должно вестись при совместной работе психологов и психиатров; эта точка зрения несомненно расширяет компетенцию



П.Б. Ганнушкин

психиатра, но она с несомненностью вытекает из существа дела; нужно признать, что учение о характерах должно быть предметом дисциплины, находящейся на рубеже между психологией и психи­атрией» |Гапнушкип, 19641.

На патопсихологические исследования существенное влияние оказали идеи Льва Семеновича Выготского (1896-1934), ставшего инициатором ряда работ, в которых изучалось смысловое и си­стемное строение психики, были очерчены закономерности распада высших психических функций на различных ступенях развития. Сам Л.С. Выготский руководил патопсихологической лаборато­рией при Московском отделении ВИЭМ на базе клиники имени С.С. Корсакова. Он экспериментально исследовал психологию ум­ственной отсталости, что дало материал, имевший принципиальное значение для построения теории о связи познавательной и моти­вационной сфер. Одна из многочисленных заслуг Л.С. Выготского состоит в том, что он первым ввел в область детской психологии исторический принцип, реализованный в культурно-исторической концепции развития психики.

В соответствии с этой концепцией, позднее развиваемой мно­гочисленными учениками и последователями Л.С. Выготского, объяснение развития ребенка включает в себя центральный тезисо том, что структура и развитие психических процессов человека порождаются культурно опосредованной исторически развивающейся практической деятельностью. Самим Л.С. Вы­готским данная мысль была сформулирована следующим образом: «...Всякая функция в культурном развитии ребенка появляется на сцену дважды, в двух планах, сперва со­циальном, потом психологическом, сперва между людьми, как категория интсрпсихи- чсская, затем внутри ребенка, как категория иптрапсихичсская... сам механизм, лежащий в основе высших психических функций, есть слепок с социального. Все высшие психические функции суть ин- териоризироваппые отношения социального порядка... вся их при­рода социальна; даже превращаясь в психические процессы, она остается квазисоциальпой» | Выготский, 1960, с. 197 198|. Внешне это проявляется в том, что психические функции приобретают осознанность и произвольность.

Вторая идея Л.С. Выготского, также лежащая в плоскости куль­турно-исторической теории, — идея об опосредовании культур­ного поведения и развития человека орудиями и знаками, причем первые направлены «вовне», на преобразование действительности, а вторые «вовнутрь» — сперва имея форму внешней деятельности, затем управляя поведением самого человека. Именно знак лежит в основе развития каждой из высших психических функций, прио- брстаясь ребенком при общении со взрослыми.



Такое понимание природы и сущности высших психических функций в контексте морфофункциональных особенностей мозга человека и специфики нарушений психики при его поражениях позволило Л.С. Выготскому выдвинуть целый ряд положений, зна­чимых для будущих патопсихологических и нсйропсихологичсских исследований.

Воззрения Л.С. Выготского получили свое развитие в трудах многих советских ученых, в частности Александра Романовича Лурия (1902-1977), считающегося основоположником отече­ственной нейропсихологии. В годы войны А.Р. Лурия с другими известными психологами (Александром Владимировичем Запо­рожцем (1905 1981), Ьорисом Герасимовичем Ананьевым (1907— 1972), Алексеем Николаевичем Леонтьевым (1908 1979), Вольфом Соломоновичем Мерлиным (1898 1982) и др.) в тыловых госпи­талях и эвакуированных институтах разрабатывались научно обо-

**снонаниыс методы восстановления различных психических функций: двигательных, гности- чсских, речевых, интеллектуальных. Наи­большие успехи были связаны с восстановле­нием речи и памяти. На более поздних этапах войны актуальными становятся задачи трудо­вого обучения и реабилитации инвалидов с повреждениями центральной нервной системы и с посттранматичсскими психиче­скими изменениями.**

**Ученица Курта Левина и сотрудница Л.С. Выготского — Блюма Вульфонна Вей гарник (1900-1988), в послевоенные годы возглавлявшая лабораторию патопсихологии Института психиатрии, выпускает широко известный учебник «Патопсихология», яв­лявшийся изложением основных разделовод­ноименного курса, читаемого на факультете психологии МГУ. Она ввела в психологию понятие патопсихологического эксперимента, разработала проблематику личностно-мо­тивационного компонента в опосредовании психических отклонений и классификацию расстройств мышления, позиционировала патопсихологию как междисциплинарную науку, занимающую промежуточное поло­жение между психологией и психиатрией.**



А.Р. Лурия



А.Н. Леонтьев



Б.Г. Ананьев

**На основании анализа результатов боль­шого количества экспериментально-психоло­гических исследований познавательных про­цессов и эмоционально-личностной сферы у больных с разными психическими заболе­ваниями клиническими психологами выде­лялись основные патопсихологические син­дромы.**

**А.Н. Леонтьев, уделяя основное вни­мание разработке проблемы практической деятельности, в частности способности с ее помощью корректировать нарушения деятельности психической, о роли нейро- и патопсихологии писал: «Их общепсихологиче- скос значение состоит в том, что они позволяют увидеть деятель­ность в ее распаде, зависящем от выключения отдельных участков**

мозга или от характера тех более общих на­рушений его функции, которые ныражаются н душевных заболеваниях» |Леонтьев, 198,'}, с. 1б4|.

Наминая с 60-х it. XX в. по всей стране начали открываться факультеты психологии, что заметно оживило интерес к клиническим аспектам этой науки и привлекло значи­тельное число молодых специалистов в сферу патопсихологии, сделало востребованными знания, накопленные на предыдущих этапах Б.В. Зейгарник



в русле познания психических отклонений вообще и отклонений в психическом развитии в частности. По­явились монографические работы и учебные пособия, отчетливо позиционирующие себя именно в патопсихологии. В этом ряду, помимо «Патопсихологии» В.В. Зейгарник и «Экспериментальных методик патопсихологии и опыта применения их в клинике» Су­санны Яковлевны Рубинштейн (1911 1990), особо следует вы­делить работы В.М. Ьлсйхсра «Клиническая патопсихология» |1976| и «Патопсихологическая диагностика» |1986], написанную совместно с И В. Крук, в которых, главным образом, описывались различные структуры нарушений психической деятельности, на­блюдаемые при конкретных психических заболеваниях.

Сводные материалы по патопсихологии приводятся в учебных пособиях И.Ю. Левченко «Патопсихология: теория и практика» 12000), в «Патопсихологии детского возраста» Н.В. Зверевой, О.Ю. Казьминой и К Г. Карамулиной [2008|, в «Клинической психологии» под редакцией Б.Д. Карнасарского |2006|, «Сборнике трудов по патопсихологии детского возраста» Э.С. Мандрусовой, Л.Я. Ивановой [2015| и в ряде других работ. Специфика преиму­щественно американской традиции в подходе к детской пато­психологии представлена в монографиях Э. Мэша и Д. Вольфа «Детская патопсихология» [20031, В. Комера «Основы пато­психологии» | Fundamentals of Abnormal Psychology, 20011, фран­цузская, психоаналитическая по направленности трактовка пато­психологии задана в сборнике «Патопсихология. Психоанали­тический подход: теория и клиника» под редакцией Ж. Всржсрс 120081.

Известны и другие отечественные и зарубежные попытки вы­делить и осветить основные проблемы патопсихологии [Братусь, 1988; Балабанова, 1998; Мягков, Боков, Часва, 200,'}; Середина,

Шкурснко, 200.'$; Комер, 2005; Вольф, 2004; Карсон, Ватчер, Ми­нска, 2004; Лстанов, 2000 и др.|.

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Какие предпосылки н истории пауки связываются с возникновением патопсихологии?**
2. **Какона история возникновения экспериментальной психологии?**
3. **Охарактеризуйте деятельность отечественных психологов и пси­хиатров конца XIX — начала XX в. по созданию предпосылок пато­психологии.**
4. **Каков вклад французских и других зарубежных ученых в формиро­вание теоретических взглядов и экспериментального направления в клинико-ориентированной психологии.**
5. **Оцените роль Л.С. Выготского в разработке теоретических прин­ципов психологии.**
6. **Чьи работы закрепили понятие патопсихологии как самостоятельной предметной сферы психологических исследований во второй поло­вине XX в.?**
7. ПОНЯТИЕ НОРМЫ И ЗДОРОВЬЯ В ПАТОПСИХОЛОГИИ И ПСИХОПАТОЛОГИИ

Важнейшей базовой категорией, используемой в пато­психологии, выступает понятие нормы, но отношению к которой производится сопоставление моторных и сенсорных реакций, ког­нитивных функций, эмоционально-волевых, мотивационных про­цессов, а также личности в целом. В явной и неявной форме норма всегда противопоставляется «нснорме» и тем самым позициони­рует свои границы.

Существует несколько подходов к решению проблемы нормы и к се определению, каждый из которых оказывается ограниченно полезным для осуществления конкретных прикладных задач кли­ники и смежных сфер деятельности психолога.

1. Вытовой подход, опирающийся на житейский опыт и инту­ицию. Сфера нормального всегда имеет в сознании людей свои гра­ницы. Здесь подразумевается способность любого человека, даже не обладающего специальными знаниями, с достаточной степенью успешности идентифицировать в окружающей среде лиц или оце­нивать их психические процессы как «нормальные» или «ненор­мальные», причем степень адекватности такой оценки может быть достаточно высока. Реально в основе интуитивного критерия лежит та или иная комбинация уже существующих, ранее выработанных критериев, норой заимствованных из средств массовой инфор-

**мации, книг или общения с окружающими, либо выработанная путем «нримеривания» сомнительных форм поведения к себе.**

1. **Интроспективный подход подразумевает, что единственно надежным критерием «ненормальности» тот или иного состояния является суждение самого пациента, источник которых — наблю­дения за самим собой. В этом случае оценочное решение выносится на основании отчета испытуемого о своих ощущениях: наличии субъективного дискомфорта, тревожности, растерянности, болез­ненности и т.п. В подобных случаях нерешенной остается проблема адекватности самооценки человека и его способности на языковом уровне (словарный запас, образность, точность) передать свое со­стояние.**
2. **Клинический подход, построенный на традиционном проти­вопоставлении («от противного») нормы достаточно очерченным и нс вызывающим разногласий формам психической патологии. Из-за последнего обстоятельства сама психиатрия долгое время не испытывала потребности в теоретическом осмыслении «нормы». Данный вопрос, тем не менее, возник со временем в тех областях психиатрии и психологии, которые имели дело с так называемыми пограничными явлениями: психопатиями, неврозами, клиникой и педагогикой проблемного детства, судебно-психиатрическими феноменами и др.**

**А. Статистический подход. В самой примитивной форме, на ранних этапах развития данного подхода, нормальным при­знается то, что присуще большинству представителей рассматри­ваемой популяции, т.с. то, что при измерении или на качественном уровне наиболее часто встречается в популяции и обычно соответ­ствует вычисляемой средней. Современная психология уже давно ушла от узкого рассмотрения этого относительно простого, но аб­страктной) (отсутствующего в реальности) статистической) пара­метра в качестве критерия нормы. Колее перспективным и реально применяемым в экспериментальной практике является некоторым образом выбранный, консенсусный диапазон вокруг «средней пси­хики», а к области патологии или расстройства относится все, что выходит за пределы этого диапазона. Обычно речь идет об опреде­ленной части так называемою нормального закона распределения, расположенной в центральной его зоне, в зависимости от жесткости оценивания включающей примерно 67-95% популяции, по мате­риалам которой данный закон (колоколообразная кривая частоты встречаемости признака в популяции) был построен. Наиболее ши­рокое применение статистический подход получил при разработке шкал различных измерительных процедур и тестов.**

Несмотря на массу преимуществ этого подхода, являющегося инструментом научных исследований, статистические критерии имеют и ряд существенных недостатков:

* определение нормы как среднего или околосрсднего, типичного для популяции исключает из этой категории все необычные психические проявления нс только отрицательного, но и поло­жительного характера, например гениальность;
* поведение, характерное для одной популяции, например, национальной группы, может восприниматься редчайшей ано­малией в рамках другой популяции. То же имеет отношение и к дифференциации по половому признаку или по признаку обитания в конкретной природно-климатической или со­циальной, культурной среде, в определенный исторический пе­риод. Кщс II.Ь. Ганнушкин в предисловии к изданной в 1928 г. «Истории психиатрии» Ю.И. Каннабиха |199'i| писал, что пато­психология и психиатрия стоят в самой определенной корре­ляции (связи) с состоянием биологии, социологии, философии данного отрезка времени;
* наличие широко распространенного признака нс обязательно яв­ляется свидетельством его «нормальности» (например, высокая вероятность гсльминтозов у населения Центральной Африки);
* если статистические критерии достаточно успешно применя­ются для оценки какого-то одного параметра функциониро­вания психических процессов, например определения IQ, то при характеристике целостной («многомерной») личности в силу се естественной уникальности могут возникать существенные трудности. Проблема осложняется еще и тем, что в процессе эволюции происходит не только дифференциация психиче­ских процессов, но и их взаимная координация, подгонка друг к другу, которые сами по себе определяют эффективность их реализации;
* статистические критерии в силу своей безликости размывают и нд и в иду ал ы i ость.

1. Адаптационный подход. И соответствии с ним все, что спо­собствует выживанию, отвечает «природной целесообразности», является нормальным, а все, что этому противодействует, — не­нормальным. При таком подходе критерием нормального развития становится сохранность личности, а к патологии относится все, что связано с повреждением или распадом личности, ее смертью как це­лого. В основу данного подхода положены биологически ориенти­рованные взгляды, характерные для обоснования естественного от­бора. Однако нс все психические расстройства носят для больного

угрожающий характер или укорачивают его жизнь, т.с. соответ­ствуют основному критерию биологической дизада![тированпости.

1. Функциональная норма. Кс идея заимствована из физио­логии и может рассматриваться как частный случай адаптацион­ного подхода. Одним из наиболее глубоких представлений о норме для живых систем, изложенных в отечественной литературе, яв­ляется характеристика ее как функционального оптимума. В выд­винутой концепции оптимального состояния норма трактуется как интервал функционирования живой системы с подвижными границами, в рамках которых, применительно к человеку, обес­печивается: 1) наилучшая связь со средой и 2) согласование всех функций организма при учете уникальности и неповторимости пути развития каждого индивида, а также при сопоставлении предположительных отклонений с его «персональным» трендом. Данный подход несет н себе некоторое противопоставление ин­дивидуальных характеристик срсднегрупповым. Очевидно, что при переходе от физиологического к социальному уровню регу­лирования и оценивании психики под углом зрения адаптирован­ное™, могут возникать и дополнительные трудности, поскольку приспособление к одной стороне социальной жизни вполне может комбинироваться с дизадантапией к другой. В некоторых случаях характеристика функциональной нормы дастся с позиции обеспе­чения достижения цели.
2. Предписывающий (морально-этический) подход к понятию нормы предполагает существование в обществе системы офици­альных и неофициальных правил, которые предписывают человеку некий достаточно широкий коридор поведения, выход за пределы которого может интерпретироваться как ненормальность. Пове­дение в рамках данного подхода может рассматриваться в диа­пазоне конформности девиантности. Проблема подобной трак­товки нормы заключается в частой противоречивости требований различных социальных групп и слоев, а также в том, что медико­биологические нормы обычно задаются как «данные», а морально­этические и правовые как «должные» и имеющие довольно размытые границы. Применительно к психопатологии, например, наличие правонарушения может объясняться результатом невме­няемости, не несущей в себе последствий обвинения. По сути, речь идет о сопоставлении поведения человека с внешней для него си­стемой ценностей.
3. Идеалъностный подход. Нормативность поведения может за­даваться не только «от противного», но и позитивными средствами путем либо прямого указания па конкретного человека, воплоща-

**ющсго желаемые чсрп»**1**, к которым следует стремиться, либо вы­работки сложного, но возможности непротиворечивого эталона, указывающего вектор развития общества. Наиболее ярко подобная тенденция выражается в системе религиозных представлений, в не­давнем прошлом — в «кодексе строителя коммунизма», в предла­гаемых через средства массовой информации образцах «преуспева­ющего благородного бизнесмена» и т.п. Во всех подобных случаях имеется некоторая унификация нормы, пренебрегающая индивиду­альными се вариантами.**

**В отношении ребенка известный польский патопсихолог Ла- дислав Пожар выделяет следующие критерии его нормального раз­вития, когда:**

1. **уровень его развития соответствует уровню большинства детей его возраста или старшего возраста с учетом развития об­щества, членом которого он является;**
2. **ребенок развивается в соответствии с его собственным общим трендом (тенденцией, вектором), определяющим развитие его ин­дивидуальных свойств, способностей и возможностей, ясно и одно­значно стремясь к полному развитию отдельных составных частей и их полной интеграции, преодолевая возможные отрицательные влияния со стороны собственного организма и срсдового окружения;**
3. **ребенок развивается в соответствии с требованиями об­щества, определяющими как его актуальные формы поведения, так и дальнейшие перспективы его адекватного творческого со­циального функционирования в период зрелости |Л. Пожар, 1996].**

**Г.М. Дульнсв и А.Р. Лурия | Принципы..., 1973| условиями нор­мального развития считают:**

* **нормальную работу головного мозга и его коры;**
* **нормальное физическое развитие ребенка;**
* **сохранность органов чувств;**
* **систематичность и последовательность обучения ребенка**

**в семье, детском саду и в общеобразовательной школе.**

**По мнению В.М. Сорокина [2003|, в число факторов, учиты­ваемых при оценке нарушенного или нормального развития ре­бенка, входят континуальность, т.с. отсутствие четкой границы между ними, многовариантность развития и многоуровневый подход в оценке характера развития.**

**В более общем случае доминирующие современные представ­ления о норме человеческого организма и психики предполагают объективное существование их нормального развития и функ­ционирования как интервала, оптимальной зоны психофизио­логических изменений, в границах которой сохраняются онти-**

малыше же в данных конкретных условиях жизнедеятельность и работоспособность [Корольков, Пстлснко, 1977|. Помимо со­циального обусловливания, здесь важную роль играет и сохран­ность морфофункционального субстрата психики — головного мозг а. Однако высокая его пластичность как архисложной, прежде всего нейронной, системы допускает возможность некоторой дис­социации между степенями его структурного развития, функцио­нальными возможностями и отдельными сторонами психики, а также между объективно определяемыми состояниями нормы и здоровья и субъективными их критериями.

Огромное разнообразие проявлений и сочетаний личностных особенностей приводит к тому, что у заведомо психически здо­ровых людей могут наблюдаться неадекватные поступки, вызыва­ющие подозрение в возникновении у них психической патологии. Н то же время у психически больных на протяжении какого-то периода времени может присутствовать вполне адекватное пове­дение. Л это значит, что индивидуальная норма всегда конкретна, специфична и динамична, хотя и сопоставима с общими, существу­ющими в данной сфере критериями.

Категория нормы обычно соотносится с понятием здоровья, ко­торое также неоднозначно описывается в современной науке. Часто пользуются его определением (также допускающим критику), предлагаемым Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

Общее здоровье, определяется как состояние человека, которому свойственно нс только отсутствие болезней или физических недо­статков, но и полное физическое, душевное и социальное благопо­лучие. Основными критериями общего здоровья являются:

* структурная и функциональная сохранность органов и систем;

■ свойственная организму индивидуально достаточно высокая

приспособляемость к изменениям в типичной для него при­родной и социальной среде;

* сохранность привычного самочувствия.

Может возникнуть допущение, что норма и здоровье — это сов­падающие категории, по в реальной практике это нс так. Наличие здоровья нс обязательно означает оптимальный уровень функцио­нирования, необходим лишь достаточный уровень жизненного, в том числе социального приспособления и адаптации. С этой точки зрения, аномалии в некоторых пределах (например, извращенное расположение органов), имеющие с нормой нс только различия, но и общие черты, могут не нарушать биологической и социальной жизни, тем самым нс исключать здоровья и рассматриваться как варианты индивидуальной изменчивости.

Таким образом, патология (отклонение от нормы в строении, функционировании и адаптации) не означает болезни, поскольку здоровье нс исключает патологию, не достигающую степени забо­левания, но норма (идеальное состояние оптимального функциони­рования) — это всегда здоровье. Некоторые ученые в связи с этим считают уместным говорить о «практическом здоровье». Вышепри­веденные соображения в полной мере приложимы и к психическим заболеваниям.

Важнейшим составляющим общего здоровья является здоровье психическое. Нго критериями по ВОВ считаются:

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 ее результатам;

Л) соответствие психических реакций (адекватность) силе и ча­стоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситу­ациям;

1. способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
2. способность планировать и реализовывать собственную жиз­недеятельность;
3. способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненньix ситуаций и обстоятельств.

Но отношению к ребенку эта достаточно известная в отношении здоровья позиция ВОЯ должна быть дополнена тремя критериями:

1. оптимальностью уровня достигнутого развития — сомато- физичсского, психического и личностного, его соответствием хро­нологическому возрасту;
2. позитивной психической и социальной адаптацией, опреде­лен ной толерантностью к нагрузкам, сопротивляемостью по отно­шению к неблагоприятным воздействиям;
3. способностью к формированию оптимальных адаптационных и компенсаторных реакций в процессе роста |Дмитриева, 1998|.

В современной клинической психологии, равно как и истори­чески, допускается существование различных «степеней здоровья», в которых реализован вероятностный подход к оценке степени «риска», «состояния дизадаптации», «предболезни» и т.п. Довольно часто, даже при расхождении в диаг нозе, в качестве основного кри­терия здесь выступает потребность в помощи психолога или специ­ализированного медицинского персонала. Соответствующие пере-

**ходныс ступени здоровья, представляющие интерес в работе пато­психолога, с наибольшей полнотой описаны С.Б. Ссмичевым 11986|.**

1. Без отклонений от нормы
2. **Идеальная или абсолютная норма (полное здоровье). Это нулевая вероятность болезни, которая практически означает не­возможность установить предрасположенность к какому-либо за­болеванию вообще, что, в частности, может быть связано и с от­сутствием достаточно чувствительных диагностических средств. Идеальная норма предполагает и «чистый анамнез», т.с. отсутствие тех или иных ограничивающих моментов в прошлом, способных явно или неявно отразиться на душевном состоянии индивида в на­стоящее время.**
3. **Диссимуляция отражает реально встречающиеся факты от­каза обследуемого от сотрудничества (например, психодиагности­ческая методика заполняется формальным образом). Диссимуля- тивнос поведение может быть направлено и на то, чтобы скрыть явную патологию.**

2. Типологическая норма

1. **Конституциональная норма устанавливается отнесением ин­дивида к тому или иному конституциональному типу. Отличается от предыдущей группы тем, что означает предрасположенность к тому или иному достаточно широкому кругу заболеваний, по­скольку всякая конституция — это всегда некоторая уязвимость в отношении одних и устойчивость в отношении других заболе­ваний. Конституция как почва для развития тех или иных забо­леваний, разумеется, не предполагает фатальной неизбежности их в будущем. Основоположниками конституционального подхода являются немецкий психиатр и психолог Эрнст Крсчмер и амери­канский врач и психолог Уильям Шелдон (1898-1977).**
2. **Акцентуации характера или личности. Понятие акцентуаций введено немецким неврологом, психиатром и психологом Карлом Дсонгардом (1904 1988) [Дсонгард, 20001. Отличаются особой вы­раженностью тех или иных психологических черт, что и предопре­деляет специфику уязвимости психики и увеличивает но сравнению с конституциональной нормой вероятность того или иного круга заболеваний. Пока акцентуант остается адаптированным, нет осно­ваний говорить об отклонениях от нормы, которые бы требовали специализированного психопрофилактического вмешательства. Сам К. Дсонгард рассматривал наличие акцентуации как вариант нормы, а никакой вариант нормы не может быть ущербным.**

К области акцентуаций следует отнести всевозможные ано­малии личности, а также одностороннюю одаренность, если они нс сопровождаются снижением адаптации. Мри необходимости они MOiyr стать предметом забот воспитателей или педагогов, но по сути своей — это нс медицинская проблема.

1. Потенциальный повышенный риск

Для этой группы пока отсутствуют какие-либо признаки диза- даитации или нарушения функционального оптимума, но опреде­ленные предпосылки для возникновения болезни уже имеются.

1. Ситуативный спектр подразумевается психологическая си­туация повышенного риска, те. экстремальные или крайне небла­гоприятные условия (например, стихийные или социальные бед­ствия). Лицо, находящееся в данной ситуации и подвергающееся воздействию исихотравмирующих факторов, продолжает функцио­нировать нормально, что нс должно служить основанием для отказа от настороженности. Труднее установить ситуацию, когда речь идет об обыденной психотравмирующей обстановке (например, внутрисе­мейный конфликт) в совокупности с особенностями самой личности.
2. Временной спектр (частный случай ситуативного). Сюда относятся временные периоды, на протяжении которых человек становится особенно подверженным тем или иным стрессовым влияниям или заболеваниям (вступление в брак, освоение новой социальной роли, траур, призыв в армию и т.н.).
3. Возрастной спектр — критические или переходные воз­растные периоды (пубертатный, климактерический, инволюци­онный), где необходим учет и эндокринных сдвигов, и психосоци­альных факторов, присущих тому или иному возрастному периоду.

\. Спектр соматогенных расстройств. Предполагается наличие какого-то соматического заболевания, особенно отличающегося предпочтительной склонностью к образованию нервно-психиче­ских осложнений. Сюда же относятся и так называемые психосо­матические заболевания. В частности, может иметь место сомати- зация жалоб (тенденция откликаться на внешние психогенные сти­мулы болезненными реакциями со стороны внутренних органон) без достаточных к тому органических оснований.

1. Спектр пограничных расстройств, к которому относятся тс или иные формы невротического или личностного реагирования по данным анамнеза.
2. Г-Экзогспный спектр предполагает наличие того или иного воздействия безотносительно состояния самого индивида (шум, вибрация, токсины и т.п.).
3. Эндогенно-психотический спектр включает случаи с наслед­ственной отягощен костью психическими заболеваниями, а также на указания в анамнезе на психотические эпизоды (например, гал­люцинации).
4. Органический спектр, к которому относятся данные о пере­несенных менингитах, энцефалитах, родовых травмах, судорожных припадках и т.д.
5. Спектр сосудистых расстройств
6. Алкогольный (и наркотический) спектр.
7. Психическая дизадаптация
8. Нснатологичсская психическая дизадаптация. Такие со­стояния, которые могут проявляться, как захватывая лишь от дельные формы жизнедеятельности, так и тотально. Обычно рас­стройства проходят сами но себе, их психологическая картина включает типичное превалирование проблемы над симптоматикой. Помощь клинического психолога желательна, но вмешательства специального медицинского персонала необязательны. При «за­стревании» и неоказании бытовой помощи возможно скатывание в болезнь.
9. Прсдболсзпспнос психическое расстройство. Здесь симпто­матика доминирует над «проблемпостыл». Симптоматика отли­чается более тяжелыми формами, но носит мозаичный характер с плохо очерченными рамками (невротизация, поведенческие расстройства). Однако человек раньше нс обращался за помощью и продолжает трудиться, а также не нуждается в больничном листе и не готов к социальной роли больного. Он способен усилием воли подавить имеющиеся у него расстройства. Помощь врача-психи атра делается желательной, но при согласии самого пациента.
10. Вероятно болезненное состояние. Есть основание предпола­гать наличие конкретного психического заболевания, но ставить заочный клинический диагноз (без непосредственного контакта с человеком, например, по анкетному опросу) не корректно. Сам человек активно предъявляет жалобы и считает, что он болен, согласен лечиться. В анамнезе часто обращения к врачам иного профиля, у которых был признан здоровым, либо переадресован к другим специалистам. В отличие от всех остальных степеней, па­циента можно считать «практически больным».
11. Верифицированная (подтвержденная] болезнь

/(ля более строгого, стандартного описания рамок привлекаемых показателей состояния здоровья в 2001 г. ВОВ была разработана

Классификация функционирования, ограничений жизнедеятель­ности и здоровья (МКФ), в которой важное место занимают так называемые домены (функционально объединенные компоненты) «активности» (исполнения задач) и «участия» (вовлеченности в ситуацию), проявляющие себя на разных уровнях жизнедеятель­ности, т.с. в контексте социальных аспектов жизни, а не только се медицинских или биологических сторон. Например, эти домены включают в себя такие разделы, как «Общение», «Мобильность», «Самообслуживание», «Бытовая жизнь», «Межличностные взаимо­действия и отношения», «Главные сферы жизни», «Жизнь в сооб­ществах, общественная и гражданская жизнь». Для патопсихолога представляют интерес и многочисленные критерии, заложенные в разделы «Умственные функции» (включая функции сознания и ориентированности), «Сенсорные функции и боль», а также учет при сборе психологического анамнеза параметров, присутствующих в разделе «Факторы окружающей среды».

Параллельно разрабатывалась и уточнялась версия, предусмат­ривающая критерии здоровья для детей и подростков до 18-лстнсго возраста (МКФ-ДП), где, помимо оценки анатомических структур организма, основной акцент был сделан на проблеме прогрессив­ного развития ребенка, его формах самореализации и отношениях с окружающей средой, прежде всего с «семейной системой».

Благодаря фактическому отсутствию понятия диаг ноза в этих концептуальных схемах, характеристика здоровья нездоровья лежит в рамках одной универсальной шкалы жизнедеятельности.

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Какие теоретические подходы существуют но отношению к понятию нормы н психологии?**
2. **Перечислите преимущества и недостатки статистического подхода к норме.**
3. **Каковы особенности интерпретации нормы в отношении психической деятельности ребенка?**
4. **Приведите критерии ВОЗ в отношении понятия психического здо­ровья.**
5. **Каковы переходные ступени здоровья к подтвержденному психиче­скому расстройству?**
6. **К чему сводится основная идея МКФ?**
7. ПОНЯТИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Термин «патология» (от грсч. pathos — страдание, болезнь) может трактоваться под двумя углами зрения. В нервом случае он

обозначает болезненное отклонение в функционировании орга­низма (часто с акцентом на биологические компоненты), которое приводит к нарушению процесса развития и негативно сказывается на здоровье, подчиняет работу организма и психики каким-то ка­чественно новым и своеобразным законам. Во втором случае пато­логия это название науки, изучающей закономерности возникно­вения, течения и исхода заболеваний, а также отдельных патологи­ческих процессов в организме человека и животных.

Болезнь — специфическое состояние всего организма в целом, отрицательно влияющее на функционирование всех его частей. В клинической медицине существует понятие нозологической формы. Когда говорят о ней, то подразумевают, что эта болезнь (патологическое состояние) отличается от других патологических состояний по ряду критериев. Такими критериями выделения ка­кого-либо состояния в самостоятельную нозологическую форму, как правило, служат: знание причины (этиологии) данной болезни, физиологических механизмов ее развития (патогенеза), внешних и внутренних проявлений (симптомов), которые, будучи связаны друге другом патогенетически, объединяются в устойчивые и зако­номерные симптомокомплсксы синдромы, совокупность которых, в свою очередь, формирует клиническую картину болезни, а также се течения (времени появления и исчезновения симптомов и син­дромов, закономерности их смены, изменения под влиянием сопро­тивляемости организма и лечения) и исхода (выздоровление, рс- миссионное течение, хронизация, смерть). Причем если для физио­логических параметров работы организма могут быть установлены относительно четкие диапазоны их количественных характеристик, то для психической деятельности, в силу ее оценочной интерпре­тации, этого сделать нс удастся.

Основной причиной профессионального интереса патопсихолога к тому или иному человеку является наличие у последнего психи­ческих отклонений или психического расстройства (заболевания), т.с. наличие того, что является содержанием патологии. И в этом случае возникает неизбежный вопрос о том, какими качествами должна обладать подобная патология, чтобы рассматриваться как психическое расстройство (предпринимаются даже попытки диф­ференцировать понятия «заболевание» как относящееся к объ­ективной физической патологии и «болезнь» как совокупность субъективных недомоганий). Например, взятые изолированно проблемы с сенсорным функционированием или дефекты в ре­шении мыслительных задач, даже если они имеют заметную вы раженность, термином «психическое расстройство» обычно не мар­

кируются. Это значит, что для подобной квалификации необходим еще какой-то фактор, наличие которого переводит квалификацию феномена отклонения от нормы с одного уровня на другой. Таким фактором является включенность в болезненные процессы того, что традиционно рассматривается как личность, а но существу вовлекасмость многоуровневой системы мотивации и отношений человека с биологическими и социальными аспектами внешней среды. Соответствующая мысль звучит и в указаниях Российского общества психиатров: «...изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции нс должны вклю­чаться в группу психических расстройств» [Психические..., 1998, с. 9|. В известной степени приведенная формулировка созвучна взгляду на болезнь как на процесс ослабления или даже срыва адаптационных механизмов человека |Мссрсоп, 1981; Агаджанян, Баевский, Берсенева, 20061. Ситуация осложняется тем, что пси­хические отклонения могут сопровождаться наличием страдания со стороны самого индивида на почве осознания своей истинич- ности (эгодистоничности) либо ее приятием (эгосинтоничности).

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) понятие «психическая болезнь» вообще заменено на термин «психическое расстройство», которое определяется как «болезненное состояние с психопатологическими или поведенче­скими проявлениями, связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химических факторов. Оно определяется степенью отклонения от взятого за основу понятия «психическое здоровье» (в настоящее время ВОВ опубликован проект МКБ-11, после окончательной редакции которого от­дельные дефиниции могут быть изменены). Рекомендованное использование понятия расстройства обусловлено и этическими соображениями тем, что в его содержании предполагается обра­тимость болезненного явления, по сравнению с болезнью, которое субъективно многими воспринимается как своеобразный при говор.

Но мнению НЛ. Белопольской [2000], ставить вопрос об откло­нении от психической нормы можно в том случае, если обнаружи­вается соответствие трем критериям:

1. неадекватности эмоциональных реакций, поступков, речевых высказываний, мимики, жестов и поведения в целом;
2. снижению или отсутствию критичности к своим поступкам, физическому и психическому состоянию;
3. непродуктивности деятельности.

Очевидно, что эти индикаторы в качестве обратной стороны во многом созвучны аналогичным критериям ВОЗ для психиче­ского здоровья. Кроме того, в качестве критериев психического расстройства упоминаются и такие, как: заметно большая частота тех или иных нетипичных реакций на протяжении заданного от­резка времени; наносящая ущерб неспособность реализовывать же­лаемые цели; наличие собственных или чужих страданий на почве поведения индивида. В целом речь идет о присутствии комплекса специфических признаков (соотношения симптомов), обеспечи­вающих необходимую достоверность диагноза.

Квалификация психических расстройств у детей сталкивается с целым рядом дополнительных трудностей, к числу которых от­носится неразвитость самой психики ребенка, неотчетливость и ру­диментарность внешних проявлений симптомов, плохая осознава- смость расстройства, а часто в силу нссформировапности речевой деятельности неумение выразить фактически имеющиеся пере­живания. Нельзя не учитывать и такой фактор, как особенности воспитания ребенка в семье, делающих его уязвимым по отношению к тем или иным психогенным воздействиям. Р. Гудман и С. Скотт 120081 считают, что большинство синдромов в детской психиатрии состоит из комбинаций симптомов в четырех основных сферах: эмоциональной, поведенческой, развития и взаимоотношений.

При патопсихологической оценке текущего состояния больного необходимо учитывать, что различные психические расстройства отличаются по типу своего течения:

* процессуальный тип — постепенно развивающееся «с нуля» расстройство, закапчивающееся дефектом психической дея­тельности (например, деменция, шизофрения и т.п.), при этом процессуальный характер течения нс исключает временные остановки развития патологии или влияния компенсаторных мсхан измов;
* приступообразный, фазовый тип характеризуется чередованием периодов обострения расстройства и «светлых промежутков» (например, маниакально-депрессивный психоз или биполярное аффективное расстройство по МКЬ-10);
* реактивный тип определяется прямой зависимостью возник­шего психического расстройства от влияния внешней причины (например, невротические расстройства);
* смешанный тип.

В отношении исхода именно психических расстройств, ссы­лаясь на Zcrsscn, Майнрад Пере и Урс Науманн [20071 приводят следующие его варианты:

1. **исцеление, выздоровление (индивид здоров). Достигается тот же уровень, что и перед вспышкой расстройства, причем расстройство больше нс появляется в течение определенного минимального про­межутка времени. Структура личности перед вспышкой описыва­ется понятием «преморбидная личность». Исцеление предполагает какое-то минимальное время полной ремиссии;**
2. **полная ремиссия. Никаких признаков или симптомов рас­стройства уже нет, но при этом остается открытым вопрос, ис по­явится ли расстройство снова. Решение об этом может быть при­нято только спустя некоторое время на основании комплексного процесса принятия решения: заключение «здоров» или «диагноз X с полной ремиссией»;**
3. **частичная ремиссия. Кщс имеются отдельные симптомы или признаки, однако они не удовлетворяют критерию рас­стройства;**

**Л) переход в хроническую форму. Расстройство держится на ми­нимальном уровне (критерии выполнены) довольно долгое время, иногда до самой смерти;**

1. **изменение личности. Мосле улучшения изначальный лич­ностный уровень уже нс достигается (например, при некоторых формах шизофрении). Здесь используют понятие постморбидной личности.**
2. **смерть. Мри психических расстройствах существует повы­шенный риск смертности, причем особенное значение имеют суи­циды и несчастные случаи.**

***Контрольные вопросы и задания***

1. Сформулируйте основные критерии, позволяющие отличать одну бо­лезнь от другой.
2. Каковы основные типы течения психических расстройств?
3. Перечислите основные варианты исхода психических расстройств.
4. ФОРМЫ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

**Особое место среди нежелательных психических феноменов за­нимают тс их формы, которые возникают на почве различных от­клонений онтогенеза.**

**Онтогенез в основном постепенное индивидуальное развитие организма и психики от менее совершенного к более совершенному структурному устройству и функционированию. Онтогенез в ши­роком понимании должен быть отнесен ко всему периоду жизни че­ловека от рождения до смерти, а это значит, что он может включать**

нс только прогрессивные, но и регрессивные, инволюционные из­менения, на определенном этапе жизни сочетающиеся между собой. Каждая ступень онтогенеза представляет собой качественные и ко­личественные преобразования функционирования, в том числе и психики, которые предусматривают не только выработку новых форм интеграции отдельных се ветвей, но и надстраивание над ча­стично сохраняющимися более ранними вариантами.

Онтогенез как процесс находится под влиянием двух основных факторов: исходно биологически заданной генетической прог­раммы, в основном выражающейся видовыми и конституцио­нальными особенностями индивида, и столь же мощными прижиз­ненными влияниями как природной, так и социальной среды.

Анализ онтогенеза в его более распространенном понимании при­менительно к детскому возрасту, когда динамика изменений наи­более интенсивна, должен учитывать факт «закономерной неравно­мерности» в развитии психических процессов и соответствующих им систем головного мозга, обозначаемый как гетерохроппостъ развития, а также наличие относительно кратковременных крити­ческих {сенситивных) периодов возрастного становления, на протя­жении которых, с одной стороны, происходит накопление дисгар­моничных изменений, требующих революционных, экстренных пе­рестроек в сторону качественно нового уровня функционирования, а с другой возникает диалектически противоречивый феномен как исключительно высокой чувствительности к усвоению новых стратегий психической деятельности, так и высокой податливости в отношении патогенных факторов (в ряде работ сенситивные пе­риоды трактуются как благоприятные для развития, тем самым нротивоноставляясь критическим как неблагоприятным). Гетеро­хрония в этом отношении выступает как один из механизмов, обу­словливающих формирование критических периодов. Разработка основных понятий и представлений, связанных с онтогенезом и его расстройствами, принадлежит Л.С. Выготскому.

Сам Л.С. Выготский |1984| обращает внимание на следующие возрастные кризы: кризис новорожденности, кризис 1 года, кризис 3 лет, кризис 7, 13 и 17 лет.

Дизонтогенез — достаточно стойкое отклонение от условно нормального развития. Сам этот термин был введен в 1927 г. не­мецким анатомом и антропологом Густавом Швальбе (Cuslav Albert Schwalbe, 1МА 191 fi) применительно к отклонениям во вну­триутробном развитии организма ребенка, но позднее стал исполь­зоваться в расширительном значении, причем преимущественно в отношении развития психики.

Вели понятия «расстройство» и «болезнь» в строгом значении уместны в отношении тех случаев, когда повреждается и перестает нормально осуществляться функция, которая ранее была сохранна и находилась на обычном для возраста се носителя уровне раз­вития, то отклонения в онтогенезе, нарушения индивидуального развития (дизоптогенез) в полной мерс иод этот критерий нс под­падают. Н последнем случае имеет место не разрушение «постро­енного», а исходно неверное «строительство».

Психический дизонтогенез выделяется как компонент общего дизонтогенсза | Ковалев, 1979, 1981 |, связанный с реализацией таких механизмов, как: ретардация (незавершенность, запазды­вание отдельных периодов развития, перехода от простых, преиму­щественно природно-психических свойств к более сложным — со­циально-психическим, что сочетается с отсутствием инволюции более ранних форм), акселерация (избыточно раннее, ускоренное, несоответствующее возрасту развитие функции) и асинхропия (диспропорциональное, искаженное психическое развитие при вы­раженном опережении развития одних психических функций и от­ставании темна и сроков развития других функций и свойств). Ре­тардацию и акселерацию обычно рассматривают как частные случаи асинхронии, хотя последняя может приобретать и каче­ственно новые черты, выражающиеся в особом способе органи­зации психических процессов и соответствующих им клинических проявлений.

Для характеристики общих форм дизон- тогспсза чаще всего пользуются их эмпири­ческой по характеру классификацией, пред­ложенной Виктором Васильевичем Лебе­динским (1927 2008) |1985|. В соответствии с этой классификацией выделяются:

1) общее стойкое недоразвитие на почве генетических пороков развития и ранних диффузных повреждений мозга (умственная отсталость);

В.В. Лебединский 2) задержанное развитие, причиной кото­рого могут являться разнообразные факторы как органического, так и социально-психологического происхож­дения (хронические соматические заболевания, неблагоприятные условия воспитания, инфекции, интоксикации, травмы мозга внутриутробного, натального и раннего постнатального периода и т.н.); психика такого ребенка характеризуется мозаичностью, парциальностью поражения, сохранностью многих высших регу-



ляторных систем, что и позволяет, при соответствующих условиях воспитания и обучения, рассчитывать на благоприятный прогноз (задержка психического развития);

1. поврежденное развитие, при котором основное отличие данной категории детей от предыдущих групп связано с более поздним (после 2-3 лет) патологическим воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформирована и их недостаточность проявляется в признаках по­вреждения; в подобных случаях, в первую очередь, имеют место разрушения уже сложившихся функций и недоразвитие онтоге­нетически более молодых новообразований, имеющих отношение к работе поздно созревающей лобной коры (деменция);
2. дефицитарное развитие возникает на основе дефектов зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, а также хрони­ческих ипвалидизирующих соматических заболеваний, поро­ждающих депривацию и вторично приводящих к недоразвитию более поздних и зависимых от этих систем функций (депривация (от лат. deprivatio — потеря, лишение) — психическое состояние, возникновение которого обусловлено жизнедеятельностью лич­ности в условиях продолжительного лишения или существенного ограничения возможностей удовлетворения жизненно важных ее потребностей); искаженное развитие, при котором наблюда­ется сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, по­врежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящее к ряду качественно новых патологических образований, не присущих каждому из входящих в клиническую картину виду нарушенного развития (синдром раннего детского аутизма);
3. дисгармоническое развитие своей основой имеет вро­жденную либо рано приобретенную и стойкую диспропорцио­нальность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере, смещающую акцент данного нарушения развития в соци­альную плоскость при отсутствии заметных прогрессирующих на­рушений развития (психопатии и так называемые патологические формирования личности).

Данные клинического анализа показывают, что перечисленные выше варианты дизонтогенеза нс являются абсолютно самосто­ятельными образованиями, а нередко выступают как синдромы аномального развития, которые могут сочетаться друг с другом при преобладании какого-либо ведущего. Важную роль, опреде­ляющую характер психического дизонтогенеза, играют следующие факторы:

1. **соотношение между повреждением частных, конкретных функций (гнозиса, нраксиса, речи, сложных эмоциональных обра­зований) и общих (энергорегулирующих, инстинктивных), что во многом отражает два вектора деятельности корковых и подкор­ковых структур мозга;**
2. **время поражения мозговых морфофункционалышх систем, от которого зависит преобладание в картине дизонтогенеза явлений недоразвития или повреждения — чем раньше произошло пора­жение, тем более вероятно явление недоразвития и чем позднее возникло нарушение нервной системы, тем более характерны яв­ления повреждения с распадом структуры психической функции;**
3. **взаимоотношения между первичными (непосредственно вы­текающими из биологического характера болезни) и вторичными дефектами (возникающими в процессе аномального социального развития), совпадение времени воздействия повреждающего фак­тора с сензитивпым периодом;**
4. **нарушения межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогснеза, обусловленные различными отклоне­ниями в естественной гетерохронии (упоминавшимися выше ретар­дации, акселерации и асинхронии), при которых одна из функций в процессе своего развития либо лишается необходимого воздей­ствия со стороны других психических функций, либо оказывается иод фактически вредным влиянием патологически рано созревшей.**

**Пограничными между симптомами болезни и проявлениями дизонтогенеза выступают так называемые возрастные симптомы, отражающие патологически искаженные и утрированные прояв­ления нормального возрастного развития. Данные симптомы не­редко более специфичны для возраста, чем для самого заболевания, и могут наблюдаться при самой разнообразной патологии.**

**Уточняющие изменения в классификацию В.В. Лебединского были внесены Н.Я. и М.М. Семаго [2003|, которые при се пере­смотре опирались и на нсйропсихологичсскис подходы к отклоняю­щемуся развитию. Понимая достаточную условность предлагаемой классификации, авторы предусматривают в ней четыре больших класса: недостаточное, асинхронное, поврежденное и дсфицитарнос развитие, каждый из которых включает в себя виды или подгруппы этих расстройств.**

Контрольные вопросы *и* задания

1. **Что такое онтогенез и под влиянием каких факторов находится его реализация?**
2. **Какое содержание песет понятие гетерохронпости?**
3. **Череп какие мехамипмм может реализовываться дипоитогеиеп?**
4. **Охарактеризуйте оснокные формы дизоитогепеза** по В.В. **Лебедин­скому.**
5. ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ СИМПТОМЫ

Понятие патопсихологического «симптома» и «синдрома» в оте­чественную практическую патопсихологию было введено Б.Ф. Зсй- гарпик. Под первым понимались конкретные нарушения психиче­ских функций и эмоционально-личностной сферы, наблюдаемые у больных при экспериментально-психологическом исследовании. При этом изолированный симптом нс специфичен для того или иного заболевания (может быть обусловлен разными механизмами), но оказывается индикатором разных заболеваний и должен быть оценен только в комплексе с другими проявлениями расстройства, данными целостного патопсихологического исследования, т.е. с по­мощью большого числа диагностических инструментов.

Внешне регистрируемые признаки заболевания традиционно классифицируются на первичные и вторичные, что позволяет пра­вильно понять механизмы патологического процесса и грамотно построить лечебные или коррекционные мероприятия. Кщс К. Яс­перс [ 1997] указывал на разнообразие смыслов, вкладываемых в понятия первичности и вторичпости, что побудило его вычленить наиболее существенные стороны этих двух явлений.

Он писал, что первично то, что непосредственно обусловли­вается болезненным процессом, а вторично то, что уже затем обу­словливается этими первыми, непосредственными воздействиями и носит побочный по отношению к ним характер. В современной трактовке отношения между первичными и вторичными симпто­мами объясняются причинно-следственными отношениями, суще­ствующими между функциональными системами или их звеньями, которые обеспечивают протекание психического процесса или их комплексов. Признак побочности при этом утрачивает свою смы­словую нагрузку, поскольку регистрируемые вторичные нарушения и их симптомы также являются органической составляющей общего патологического контекста. Наличие сложных взаимоотношений внутри организма и центральной нервной системы во многих слу­чаях позволяет говорить и о третичных симптомах, которые свое­образно надстраиваются над вторичными и часто отсрочены во вре­мени. В некоторых случаях третичные симптомы рассматриваются как попытки организма и психики адаптироваться к возникшей патологии и как-то ее компенсировать.

**Под несколько иным углом зрения первичность и вторичность трактуется Л.С. Выготским, который применительно к дефекто­логии предложил аномальное развитие ребенка рассматривать как сложный по структуре процесс, в котором повреждение од­ного анализатора, либо одного вида интеллектуальной деятель­ности не сопровождается выпадением только одной ограниченной функции, а в силу причинно-следственных отношений приводит к последовательному разворачиванию целого комплекса генети­чески взаимосвязанных психических изменений, складывающихся в целостную картину такой) развития, что и даст ключ к методике его исследования. В подобном процессе созревания дефекта Выгот­ский призывал видеть первичное по происхождению ядро, обуслов­ленное биологическим фактором и вторичные, иногда третичные, даже четвертого порядка признаки — часто социально ориентиро­ванные нарушения, имеющие отношение к высшим психическим функциям, реализующимся в социальной среде и находящимся под се влиянием. Например, первичное но природе органическое пора­жение мозга, сопровождающееся снижением умственного развития, в последующем усугубляется чувством неполноценности ребенка, в свою очередь накладывающим отпечаток на его позицию в со­циальной сфере.**

**Л.С. Выготский в «Основах дефектологии» [200.'!| писал, что слепота или глухота есть нормальное, а нс болезненное состояние для слепого или глухого ребенка, и указанный порок ощущается им лишь опосредованно, вторично, как отраженный на него са­мого результат его социального опыта. При этом вторичному не­доразвитию у ребенка подвергаются тс функции, которые непо­средственно связаны с исходно поврежденной (например, глухота порождает нарушения в развитии речи) и те, которые на момент повреждения находились в сенситивном периоде своего развития.**

**Механизмы, стоящие за первичными и вторичными симпто­мами, могут взаимодействовать друг с другом, т.е. вторичные де­фекты в свою очередь могут накладывать отпечаток на протекание первичных. Например, при ранних поражениях слухового анали­затора недостаточное использование вторично недоразвитой речи будет приводить к ослаблению первично остаточного слуха.**

**Но мнению Н.К). Максимовой и К. Л. Милютиной 120001, особое место в группе вторичных дефектов занимают следующие лич­ностные реакции на первичный дефект:**

**• игнорирование — часто встречается при олигофрении (умст­венной отсталости), оно связано с недоразвитием мышления**

**и недостаточной критикой к успешности своей деятельности;**

* вытеснение относится к некротическому типу реагирования на дефект и проявляется в сознательном непризнании его су­ществования при подсознательном конфликте, накоплении не­гативных эмоций;
* компенсация — такой тип реагирования, при котором проис­ходит осознание дефекта и замещение утраченной функции за счет более сохранных;
* гиперкомпенсация — усиленное развитие сохранных функций, сочетающихся со стремлением доказать, что дефект не приводит к каким-либо проблемам;
* астенический тип реагирования приводит к возникновению за­ниженного уровня притязаний, низкой самооценке, фиксации на осознании своей неполноценности.

Кроме деления на первичные и вторичные, психопатологиче­ские симптомы делятся на позитивные и негативные. Позитивные обозначают признаки патологической продукции психической деятельности, появление признаков, которые нс встречаются при нормальной психической деятельности (сснсстопатии, галлю­цинации, бред и т.д.). Негативные соответствуют признакам обра­тимого или стойкого ущерба, изъяна, потери, дефекта, утраты того или иного психического процесса из целостной психической дея­тельности (амнезия, абулия, апатия и т.п.) [Обухов, 2007[. Пози­тивные и негативные симптомы в клинической картине болезни вы­ступают в единстве и сочетании [ Носачсв, Баранов, 2006], а иногда их противопоставление вообще ставится под сомнение | Морозов, 1988] и позитивные, и негативные расстройства нс только пе­реплетаются между собой, по и имеют целый ряд общих свойств: могут быть обратимыми, стойкими, стационарными и прогрессиру­ющими, относительно простыми и сложными.

Концепция исрвичиости-нторичности может быть рассмотрена и нод углом зрения работы мозга. Гипотезу об устойчивом пато­логическом состоянии при различных заболеваниях мозга выдви­нула Н.П. Бехтерева с сотрудниками [Бехтерева, Камбарова, Поз- десв, 1978|. В соответствии с предлагаемой концепцией адаптация организма к изменившимся в результате болезни «внутренним условиям» происходит нс только путем «восполнения» пораженных систем мозга его «здоровыми резервами», но и за счет формирования нового гомеостаза, нового устойчивого патологического состояния. Последнее формируется путем функциональной перестройки многих систем мозга, как пораженных болезнью, так и здоровых. Нели патологический процесс прогрессирует, то функциональные системы вначале претерпевают количественные изменения, а затем, пройдя фазу дестабилизации, качественные, вызывающие пора­жение новых структур мозга и истощение компенсаторно-гиперак­тивных систем. Так возникает новое (вторичное), устойчивое пато­логическое состояние.

Очевидно, что разные симптомы в структуре синдрома играют различную роль: одни оказываются ведущими, обязательными, а друг ие — встречаются вероятностно.

Применительно к детям чрезвычайно важным также представ­ляется различение симптомов, связанных как с повреждением, так и с недостаточной функциональной зрелостью того или иного участка мозга |Микадзс, 2008|.

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Что такое патопсихологический симптом и патопсихологический син­дром?**
2. **Дайте краткое описание основных патопсихологических регистр-сим­птомов.**
3. **В чем суть первичных, вторичных и третичных симптомов?**
4. **Охарактеризуйте особенности трактовки первичности и вторичиости симптомов по Л.С. Выготскому.**
5. **Каковы основные типы психического реагирования на первичный де­фект?**
6. СООТНОШЕНИЕ РАСПАДА И РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ

Категория развития психики является одной из центральных в современной психологии, а соотношение развития психики и ее распада при различных формах патологии оказывается ключевой проблемой для специальной и патопсихологии.

Л.С. Выготский неоднократно отмечал, что вопросы распада высших психических функций такой же неотъемлемый элемент общей теории развития психики, как и вопросы их формирования, а эти процессы приложимы нс только к индивидуальной психике в целом, но и к каждому психологическому образованию. Одной из стартовых позиций, позволяющих понять роль и значение пра­вильной оценки соотношения распада и развития психики, стала теория рекапитуляции немецкого естествоиспытателя Эрнста Генриха Геккеля (1834 1919), перенесенная на психологическую почву американским психологом Гренвиллом Стэнли Холлом (1844-1924). Согласно концепции Г. Холла становление инди­видуального сознания рассматривается как сокращенное повто­рение исторических этапов развития общечеловеческого сознания. При этом последовательность и содержание этих этапов задаются

генетически и потому ни уклониться, ни миновать какую-то стадию своего развития ребенок нс может.

Анализируя процесс развития и роль в этом процессе различных факторов, Л.С. Выготский пишет о двух его линиях: «Одна — это линия естественного развития поведения, тесно связанная с про­цессами общеорганического роста и созревания ребенка. Другая линия культурного совершенствования психологических функций, выработки новых способов мышления, овладения культурными средствами поведения» | Выготский, 2005, с. 191|. Но высшие пси­хические функции в своем генезе подчиняются иным но сравнению с «натуральными» закономерностям, и если «выяснение природ­ного состава какой-либо высшей психической функции или опе­рации есть совершенно законное и необходимое звено в полной цепи исследования», то ошибка предшественников, по мнению Выготского, заключалась в том, что «одно звено выдавалось за всю цепь, что анализ культурных форм поведения со стороны их со стана подменял выяснение генезиса этих форм и их структуры» | Выготский, 2005, с. 2211.

В филогенезе органическая и орудийная система активности представлены порознь, а в онтогенезе оба плана развития живот­ного и человека — сведены воедино и развиваются одновременно и совместно, обнаруживая двойственную обусловленность. Переход от одной стадии развития ребенка к другой происходит с первого момента жизни и совершается не по биологическим законам адап­тации организма к среде, а под действием системы обучения, обу­словленной конкретной культурой. А.Р. Лурия 12001 ] поданному поводу писал, что для формирования человеческого мозга потре­бовались миллионы лет, а история человечества насчитывает лишь тысячи лет, и теория мозговой организации высших психических функций должна объяснять такие процессы, как процесс письма, чтения, счет и т.д., зависящие от исторически обусловленных сим­волов.

В процессе психического развития ребенка происходит нс только внутреннее переустройство и совершенствование отдельных функций, но и коренным образом изменяются межфункцио­нальные связи и отношения. В результате создаются новые психо­логические системы, объединяющие в сложном сотрудничестве ряд отдельных элементарных функций. Эти психологические системы, заступающие на место элементарных функций, Л.С. Выготский и определял высшими психическими функциями. С его точки зрения, каждый период умственного развития характеризуется опреде­ленной структурой психических процессов, в центре которой стоит

наиболее интенсивно развивающаяся в этот период функция, ока­зывающая влияние на все умственное развитие.

Но в случаях дизонтогенеза, одновременно в процессе дезадап­тации не просто происходит расстройство нормальных механизмов функционирования, но и возникают различные новообразования, которые, с одной стороны, играют роль компенсаторных, защитных механизмов, а с другой — могут представлять собой и негативные личностные свойства. При этом главной особенностью аномальной психики ребенка 71.С. Выготский считал расхождение биологиче­ского и культурного процессов развития.

Распад психических функций при ряде патологических про­цессов, как это отмечалось еще со времен 'Г. Рибо и X. Джексона, а позднее подтверждалось и работами И.П. Павлова, начинается с высших, наиболее поздних и сложных функций, т.е. этот порядок обратен порядку их построения. Сам 71.С. Выготский, анализируя одно из исследований Э. Крсчмера, писал: «Мы видим, таким образом, что в самых разнообразных болезнях может обнажиться генетически более ранний механизм, который на известной стадии развития является нормальной ступенью... В этом отношении мы снова приходим к основному положению нашей методики пони­манию единства закономерностей, обнаруживаемых в патологиче­ском и нормальном состоянии» [Выготский, 198'!, с. 278].

Высшие психические функции тем самым обнаруживают свою повышенную «травмоопасность» по сравнению с функциями «при­митивными», формирующимися ранее. В силу этого на существо­вавшем тогда этапе развития психологии и дефектологии сфера высших психических, как более поздних функций, признавалась навсегда закрытой и недоступной для ненормального ребенка.

Именно данный тезис и вызывал наибольшие возражения 71.С. Выготского, который указывал, что недоразвитие высших про­цессов нс первично, а вторично обусловлено дефектом, и следова­тельно, именно они представляют собой то звено, которое является слабым местом всей цепи симптомов ненормального ребенка и ко­торое может быть разорвано через процессы, в которых формиру­ются высшие психические функции, через процессы социальные («коллективные»). Первичная симптоматика, напротив, часто по­рожденная мозговым дефектом, коррекции практически нс подда­стся. В процессе культурного развития у ребенка происходит за­кономерное замещение одних функций другими, прокладывание «обходных путей» в тех случаях, когда ребенок не может достичь чего-нибудь прямым путем. Ва счет этого и может быть сформи­рован социальный вектор компенсации дефекта аномального ре бенка. «Без преувеличения можно сказать, что в спадании обходных путей культурного развития заключается ее альфа и омега» [Выгот­ский, 198ф с. 2'!2|.

Спецификой данного обстоятельства развивающаяся, пла­стичная психика (даже умственно отсталого) ребенка отличается от распадающейся, но уже ранее сформировавшейся психики боль­ного взрослого, для которого система отношений с внешним миром уже сложилась. Таким образом, картина распада психики взрослого больного человека имеет лишь внешнюю аналогию и внешние па­раллели с обратной этапностью в развитии психики ребенка.

«Даже в тех случаях, когда болезнь поражает наиболее молодые, специфически человеческие отделы мозга, психика больного чело­века не принимает структуру психики ребенка на ранней ступени его развития. Тот факт, что больные утрачивают возможность ду­мать и рассуждать на более высоком уровне, означает лишь, что ими утрачены более сложные формы поведения и познания, по по­добная утрата нс означает еще возврата к этапу детства. Распад не является негативом развития. Разные виды патологии приводят к качественно различным картинам распада». Эта мысль В.В. Дей- гарник [ 1986, с. 2711 иллюстрируется сю несколькими примерами:

* содержательными различиями в мышлении больных с грубыми органическими поражениями мозга и детей (общим для которых являлась замена обобщенных форм систематизации предметов на конкретно-ситуативные, по при том, что больной взрослый, владея запасом прошлых знаний, не в состоянии овладеть си­стемой новых связей, а ребенок принципиально обучаем);
* различиями в «откликасмости» («отвлскасмости») взрослых больных и детей (для взрослых это расстройство, нарушающее нормальное течение мысли, а у ребенка форма ориентиро­вочной деятельности, обогащающая его развитие);
* различиями в некритичное™ больного и беззаботностью ре­бенка (ребенок, в силу слабого запаса знаний и неумения вы­страивать причинно-следственные связи, нс в состоянии преду­сматривать последствия своих поступков, хотя сами поступки носят мотивированный характер, а у больного взрослого рас­стройства поведения, напротив, обусловливаются нестойкостью установок и намерений).

Специфическим системным образом выражается распад высших психических функций вследствие локальных поражений головного мозга. Он заключается в появлении «первичных» дефектов и их системных следствий, т.с. в возникновении единого нейропсихо- логичсского синдрома, в основе которого лежит нарушение онре-

деленного фактора (структурно-функциональной единицы работы мозга) | Хомская, 1996|.

Таким образом, н психике ребенка с ограниченными возмож­ностями здоровья сложным образом сочетаются процессы раз­вития, недоразвития, а норой и распада, некоторая часть которых лежит в створе биофизиологичсских аспектов деятельности мозга, а часть отражает социокультурный слой интсриоризирусмых зна­ковых отношений ребенка со средой. Различать, но нс отделять вот краткая формула, выведенная Л.С. Выготским относительно сплетения биологического и культурного в оценке своеобразия каждой возрастной ступени в развитии поведения и своеобразия тина детского развития.

*Контрольные вопросы и задания*

1. **В чем суть теории рекапитуляции Геккеля — Холла?**
2. **Какие линии развития психических функций выделял Л.С. Выгот­ский?**
3. **Дайте определение высшим психическим функциям.**
4. **Охарактеризуйте позицию Л.С. Выготского по вопросу соотношения распада и развития психических функций у ребенка.**
5. ПРИЧИНЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

По мнению В.М. Влсйхсра и И.В. Крук [ 198в|, ссылающихся на работы А.Р. Лурия и Ю.Ф. Полякова, в системе иерархии моз­говых процессов различают следующие уровни:

1. патобиологический, характеризующийся нарушениями мор­фологической структуры тканей мозга, протекания в них биохими­ческих процессов и т.н.;
2. физиологический, заключающийся в изменении течения фи­зиологических процессов;
3. пато- и нейропсихологический, для которых характерно нару­шенное протекание психических процессов и изменение связанных с ними свойств психики;
4. психопатологический, проявляющийся клиническими син­дромами и симптомами психической патологии.

Помимо указанных зон приложения, качество, характер и уро­вень психических процессов, равно как и их расстройств, обуслов­ливаются и факторами социальными, информационными но своему характеру, включающими позицию субъектов, отношение смысла и значения воздействующих на него стимулов и событий.

Наличие подобной иерархии в организации психики человека порождает требование мультидисциплипарного подхода нс только к со изучению, но и к пониманию мпогонричинности возможных неблагоприятных изменений со стороны психических процессов и личности в целом.

Считается, что примерно 20% всего населения земного шара страдает психическими расстройствами [Петраков, Петракова, 19841. Причем нс менее 5% населения страдает от серьезных пси­хических расстройств, поддающихся клинической квалификации (диагнозу), и еще нс менее 16% населения «от менее серьезных», но потенциально инвалидизирующих их форм. Общий показатель распространенности психической патологии среди детей колеб­лется между 3,0-3,8% [Пронина].

В большинстве случаев современная наука нс располагает точ­ными данными о происхождении психических расстройств, но су­ществует несколько тенденций, усматриваемых в их обусловли­вании, что нс предотвращает споров о надежности подобных при­чинно-следственных отношений. Основные из них следующие:

* наследственная предрасположенность;
* биохимические нарушения в работе мозга, интоксикации;
* иммунные и эндокринные нарушения;
* инфекции и паразитарные инвазии;
* психотравма и депривационные факторы;
* физическая травма мозга и его органические заболевания;
* соматические заболевания.

При этом часть психических болезней мпогопричинна (поли- этиологична). Возникновение заболевания зависит от индивиду­альных особенностей организма, массивности патогенного (болез­нетворного) фактора, места его воздействия и т.п. Одно и то же воздействие может быть патогенным для одного организма и без­вредным для другого. Волос тог о, реакция организма на патогенный агент может изменяться в зависимости от условий внешней, в том числе социальной, среды; а один но качеству фактор может вызвать различные но форме и механизмам развертывания психические за­болевания.

Клинические наблюдения показывают, что психическое рас­стройство может начать развиваться спустя недели, месяцы и даже годы после патогенного воздействия.

В большинстве случаев в психиатрии принято деление заболе­ваний на эндогенные, т.с. возникшие вследствие внутренних причин (шизофрения, биполярное аффективное расстройство и т.п.), и эк­зогенные, спровоцированные воздействием окружающей среды (инфекции, интоксикации, вследствие заболеваний внутренних органов, эндокринных заболеваний, опухолей головного мозга,

**черепно-мозговых травм и вследствие травм психических). Обу­словленность экзогенных выглядит более очевидной, хотя пато­генез большинства психических болезней может быть представлен только на уровне гипотез.**

**Среди эндогенных выделяются так называемые эндогенно-орга­нические психические заболевания, которые возникают вследствие органических поражений головного мозга обычно атрофического или сосудистого характера, т.с. формально под влиянием вну­тренних факторов. И число подобных патологий входит болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера и некоторые другие.**

***Контрольные вопросы и задания***

1. Каковы иерархические уровни организации психических процессов?
2. Назовите наиболее распространенные причины психических рас­стройств.
3. Как терминологически обозначаются внешние и внутренние причины психических расстройств?

1.9. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

**Одной из ключевых концепций в отечественной медицинской психологии стало введенное Романом Альбертовичем Лурия (187'1-19'И) в 1929 г. понятие «внутренняя картина болезни» (ВКВ) [Лурия, 19771. Она понималась нс только как реакция лич­ности па болезнь или все то, что связано для больного с его при­ходом к врачу, но и как потенциально патогенетический фактор.**

**В психологическом плане ВКБ может рассматриваться как эле­мент самосознания | Березовский, Крайнова, Бондарь, 2001]. Кс можно трактовать и как сложный комплекс представлений, пере­живаний и идей, своеобразно отражающих в психике больного па­тологические изменения в организме, и изменения условия суще­ствования личности, определяемые патологией.**

**В основе ВКБ, по-видимому, лежит особым образом перерабаты­ваемая информация о проявлениях болезни и о механизмах и путях их преодоления, которая накапливается в долговременной памяти. Мри этом опыт организма и личности, полученный в условиях бо­лезни, формируется на фоне доминирующей мотивации и эмоций, обусловленных представлениями о заболевании. Существенную роль здесь играет «схема тела», которую можно рассматривать как психофизиологический информационный аппарат, где постоянно формируются и сопоставляются динамический и статический образы тела, а также образы будущего движения [Смирнов, Резни­кова, 1983].**

Однако образы тела используются не только в механизмах управления движениями, они становятся предметом самопознания и самосознания. При нарушении или ослаблении таких процессов может возникать недооценка или переоценка значения проявлений заболевания. На физиологическом базисе схемы тела формируется личностная надстройка, с помощью которой образуются психоло­гические и эстетические образы тела, несущие уже и оценочную функцию (красиво — некрасиво, плохо — хорошо и т.н.). Эти образы связаны с такими процессами, как представление, вообра­жение, мышление и т.и. (Подробнее проблемы, связанные с поня­тием «схема тела», рассматриваются в параграфе 2.2 «Восприятие и его расстройства».)

Формирование модели болезни, связанная с ней осознанная или неосознанная потребность избавиться от ее проявлений, угрозы инвалидизации или смерти ведут к формированию программ и целей личности, направленных на преодоление болезни. При этом образуются модель прогноза заболевания и модель ожидаемых ре­зультатов лечения. Первая выступает как эмоционально напря­женный комплекс представлений больного о его вероятном течении и исходе. В зависимости от жизненного опыта, интеллекта, эмоцио­нальной структуры личности больные по-разному проецируют те­чение своего заболевания во времени. При этом полярными пара­метрами являются полное выздоровление и смерть, между ними могут быть «промежуточные модели» — результаты с частичным выздоровлен исм.

Модель ожидаемых результатов лечения — образ или набор образов, предвосхищающих такой результат лечения, па который рассчитывает больной или который был внушен ему окружаю­щими или врачом. Это эмоционально окрашенные представления, отражающие как реальные, так и мнимые изменения нарушенных функций в сторону улучшения или ухудшения. На личностном уровне оценка результатов лечения осуществляется путем сли­чения модели ожидаемых результатов лечения и модели полу­чаемых результатов лечения [Смирнов, Резникова, 198'5|.

Ьолыпую роль в формировании ВКВ играет тип эмоциональных отношений больного к своей болезни, ее проявлениям, прогнозу и др. Существуют различные тины подобных отношений.

1. Гипонозогностичеасий тип. Вольные игнорируют свою бо­лезнь, пренебрежительно относятся к лечению и т.д. Человек может иметь отчетливые представления о серьезности своего заболевания и о негативных последствиях своего к нему равнодушия, по нс реа­гирует на это ни эмоционально, ни поведенчески. У таких больных иногда легко образуется неадекватно завышенная модель ожида­емых результатов лечения и избыточно оптимистичное видение прогноза своего статуса.

1. Гиперпозогпостический тип. У больного имеется преувели­ченно яркая эмоциональная окраска переживаний, связанных с бо­лезнью, переоценивается значимость отдельных симптомов и бо­лезни в целом, может формироваться заниженная модель ожида­емых результатов лечения.
2. Прагматический тип. Вольной находится в деловом контакте с врачами, стремится к реальной оценке болезни и прогноза, уде­ляет внимание оптимальной организации лечебных и профилакти­ческих мероприятий.

В отличие от ранних исследований этого феномена, в последние годы выделяют четыре уровня внутренней картины болезни, ко­торые также могут быть названы ее информационными слоями: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный, мотивационный.

1. Сенситивный (чувственный), или уровень ощущений пред­ставлен различными видами болей, их локализацией, интенсив­ностью, продолжительностью, а также ощущением дискомфорта, качественными нарушениями чувствительности и всем тем, что становится базой для оценки себя как нездорового.
2. Эмоциональный включает различные виды реагирования на отдельные симптомы заболевания, доминирующими среди ко­торых являются: депрессивный (подавленность, пессимизм вслед­ствие реальных или воображаемых утрат сил и возможностей) и тревожно-фобический (переживание угрозы, утраты безопас­ности).
3. Интеллектуальный, или рациональный, представлен, в свою очередь, двумя слоями информации — тем, который определяется полученными из разных источников знаниями и представлениями больного о своих соматических расстройствах, и тем, который связан с проекцией возникших медицинских проблем на соци­альную жизнь человека, отношения с окружающими, на роль по­следних в объяснении причин своего заболевания.

А. Мотивационно-волевой, во взаимодействии с эмоциональным определяет усилия, направленные на борьбу с болезнью. Варианты реагирования на заболевания включают следующие типы [Личко, Иванов, 1980(a); 1980(6) |:

■ гармоничный или нормальный — трезвая оценка тяжести со­стояния, активное участие в лечении, сохранение интереса

к жизни и деятельности;

* тревожный непрерывное беспокойство и мнительность, поиск новых способов лечения и авторитетов, интерес к объективным данным о болезни;
* ипохондрический — сосредоточение на субъективных болез­ненных ощущениях и стремление постоянно рассказывать о них, преувеличивая болезни, страдания, побочные действия лекарств, неверие в успех лечения. Вольной может назвать предполагаемое соматическое заболевание, по убежденность в наличии заболевания обычно раз от раза меняется, больной называет то одно заболевание, то другое, то два или более;
* меланхолический — удрученность болезнью и неверие в эффект лечения, депрессивность и пессимистичность вплоть до суи­цидных мыслей;
* апатический — полное безразличие к своей судьбе и результатам лечения, пассивное подчинение процедурам, утрата прежних ин­тересов;
* неврастенический — раздражительная слабость, непереноси­мость болевых ощущений, нетерпеливость, раскаяние за несдер­жанность;
* обсессивно-фобический — тревожная мнительность, опасение возможных осложнений в болезни и неудач в жизни, ритуалы и вера в приметы;
* сенситивный — чрезмерные опасения негативного отношения к себе в связи с болезнью, боязнь стать обузой;
* эгоцентрический — уход в болезнь, демонстративность стра­даний, требования исключительной заботы или особого поло­жения в связи с болезнью;
* эйфорический — необоснованно повышенное настроение, легко­мысленное отношение к болезни и лечению, желание получать от жизни все, несмотря на болезнь;
* апозогпозический — отрицание факта заболевания и возможных последствий, отказ от обследования и лечения, желание «обой­тись своими средствами»;
* эргопатический — уход в работу, повышение интенсивности труда и его приоритет над здоровьем;
* паранояльпый - уверенность в том, что болезнь является ре зультатом чьего-то злого умысла, крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам, обвинение медицинского персонала в халатности и враждебности.

Перечисленные типы реагирования на болезнь были положены

Л.Е. Личко и HJI. Ивановым в основу специальной методики, на-

**пранлснной на оценку степени их выраженности — Ж)БИ (лич­ностного опросника Ьехтеревскога института).**

**В зарубежной литературе также, но под названием «аутопласти­ческая картина болезни» [Конечный, Боухал, 198,'i[ описывается субъективная сторона болезни. Помимо уже перечисленных, в ней предлагаются следующие тины реагирования:**

* **нозофильная (больной получает удовлетворение от того, что бо­лезнь освобождает его от обязанностей);**
* **утилитарная (получение известной выгоды от болезни — мате­риальной или моральной).**

**Возможны и такие реакции, как регрессия, уход в прошлое, фан­тазирование. Наблюдается определенная динамика внутренней кар­тины болезни с различным соотношением ее элементов на разных этапах заболевания и в связи с возрастом. В детском и пожилом возрасте имеет место максимальный разрыв между субъективной и объективной оценками болезни.**

**Особый оттенок проблема ВКБ приобретает для психических расстройств, где рассматривается в двух аспектах:**

1. **измененности своего психического и физического «Я» на почве собственно психической) расстройства;**
2. **под углом зрения критического отношения к изменениям в собственной личности или критики болезни.**

**Сложилась практика оценки критики болезни как полной, ча­стичной или отсутствующей. Например, И.И. Кожуховская [ 1972, 1985] в понятие критики к психическому заболеванию вкладывает следующее:**

* **критичность к своим суждениям, действиям, высказываниям;**
* **критичность к себе в более глубоком личностном смысле;**
* **критичность к своим психопатологическим переживаниям, что часто рассматривается как критерий выздоровления. Формирование внутренней картины болезни и многообразие**

**типов реакций на нее обусловлено целым спектром факторов - на­личием конкретных нреморбидных и актуальных признаков (воз­раста, степени чувствительности, темперамента, особенностей лич­ности больного, характером заболевания, обстоятельств, в которых протекает болезнь). Известную роль играют механизмы защиты и компенсации. Большое значение имеют также социальный статус личности больного, его роль в семейных и служебных отношениях, степень его трудоспособности, общественное положение, цен­ностные ориентации, вызванное болезнью ограничение поведения, сужение интсрисрсональных связей, сужение жизненной перспек­тивы и т.д., которые могут создавать дополнительные, помимо**

самой болезни, стрессовые ситуации, накладывать свой отпечаток на структуру психологических перестроек личности больного, что следует учитывать при его реабилитации.

Иногда раньше, а иногда одновременно с ВКБ создается другая, противоположная модель внутренняя картина здоровья (ВЮ) |Орлов, 19911, своеобразный эталон здорового человека или здоро­вого органа, части тела и т.д. Этот эталон может быть достаточно сложным и включать различные элементы в виде образных пред­ставлений и логических обобщений. Он также является регуля­тором поведения. По мнению ИВ. Цветковой 120121, В КВ нельзя рассматривать как нечто обратное ВКБ, поскольку «это самостоя­тельный продукт познавательной и личностной активности субъ­екта, который можно определить как совокупность субъективных представлений о нормальном и патологическом состоянии, как переживание человеком статуса и динамики своего здоровья, осо­знание своих душевных и физических возможностей и ресурсов».

Существует целый ряд обстоятельств, при которых В КВ претер­певает изменения. Например, смена эталона здоровья неизбежно происходит с возрастом. Бессознательное или сознательное выте­снение идеала здоровья или «уход в болезнь» или подавление идеала здоровья довольно типично для неврозов, что в определенной жиз­ненной ситуации является адаптивной реакцией. При изменении ситуации идеал здоровья может возрождаться. В случае анозо- гнозии, наоборот, образ здоровья становится жестким стереотипом, а динамический образ болезни либо не формируется, либо разру­шается. «Образ здоровья» начинает доминировать над «образом болезни».

По мнению В.К. Кагана |1993|, человек считает себя больным лишь тогда, когда его переживания своего состояния не вписыва­ются в картину его ВКЗ и, напротив, представления о здоровье могут быть настолько широкими, что охватывают широкий круг па­тологических состояний. Это не может нс сказываться на формиро­вании образа жизни, своевременности обращения за помощью, ожи­даниях в отношении нес и удовлетворенности сю. В этом смысле ВКБ предстает как частный случай ВКЗ, так как болезнь практи­чески никогда не воспринимается и нс пережинается сама но себе, но всегда в контексте жизненного пути личности, т.с. в соотне­сении со здоровьем, как оно дано в прошлом и видится в будущем. В известном смысле, ВКБ это ВКЗ в условиях болезни.

Знание ВКБ представляет интерес с точки зрения се учета при разработке мер психотерапевтического и коррекционного воз­действия.

***Контрольные вопросы и задания***

1. Кто и когда ввел понятие «внутренняя картина болезни»?
2. Каковы психологические предпосылки формирования 1ЖН?
3. Охарактеризуйте уровни психической ор|>анизации 1ЖБ.
4. Какой отпечаток могут накладывать психические расстройства на формирование 1ЖВ?
5. От каких факторов зависит специфика ВКВ и внутренней картины здоровья?

1.10. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

**Ключевое место в патопсихологическом исследовании занимает анализ содержания того общего звена или патологического фак­тора, который обусловливает порождение и развитие конкретных симптомов, обнаруживаемых у индивида. Диагностическое иссле­дование при психической патологии, как на этом настаивают пред­ставители школ Л.Р. .Лурия и В.В. Зсйгарник, требует установ­ления не только нарушенных звеньев психической деятельности, но и ее сохранных элементов, обеспечивающих успешность восста­новления или перестройки функциональных систем. Очевидно, что корректный учет всех имеющихся феноменов невозможен без реализации личностного подхода, при котором каждый симптом или признак расстройства функции рассматривается в контексте биографии человека, его мотивов, поступков и оценок, личностного отношения больного к ситуации эксперимента (например, активное, настороженное, формально-ответственное, пассивное, негативное). Роль системы отношений личности как фактора, опосредующего формы и направленность поведения, была проанализирована в ра­ботах В.Н. Мясищева (1998).**

**Патопсихологическое исследование должно быть комплексным, так как его цель — выявление нс отдельных компонентов, а це­лостной структуры психической деятельности психически больных людей. Решение этой задачи возможно только путем сочетанного использования традиционных для экспериментальной психологии количественных (формализованных, стандартизованных, тестовых) диагностических методов и системного качественного анализа на­рушенной психической деятельности или се распада.**

**Многочисленность параметров, которые могут определять по­зицию конкретной диагностической методики среди остальных, порождает и многочисленность их классификаций |1Пванцара, 1978; Гайда, Захаров, 1982; Дюк, 1994; Бодалев, Столин (ред.), 2000 и др.|, а соответственно, и понимание се роли в исследовании.**

Несьма распространенным основанием деления психодиагно­стических процедур является степень их стандартизации (регла­ментированности) или формализованное™.

Эксперимент

Среди нсстандартизованных (или относительно стандарти зованпых, часто индивидуально программируемых) основным (но необязательным | Вассерман, Щелкова, 200'f]) методом пато­психологии является эксперимент, в рамках которого создаются или моделируются искусственные условия, целенаправленно про­воцирующие человека на выражение качеств и особенностей пси­хической деятельности, недоступных для наблюдателя в обычных ситуациях. Иногда иод экспериментом в современной психологии понимается использование любой диагностической процедуры для моделирования целостной системы познавательных процессов, мотивов и особенностей личности, для проверки психологических гипотез, в рамках которых должны быть отслежены каузальные (причинно-следственные) связи | Корнилова, 20021. Основные принципы построения патопсихологического эксперимента были разработаны В.В. Зейгарник 11988] и С.Я. Рубинштейн |1998|.

Строго говоря, эксперимент вообще связан с поиском связи между зависимой и независимой переменными, он отличается от других исследовательских процедур возможностью точного контроля над ними и целенаправленным вмешательством в ис­ходные параметры воздействующих раздражителей или факторов. Н частных случаях связь между переменными может выражаться прямолинейными (корреляции) и криволинейными зависимо­стями. Однако обратное возможно нс всегда — установление факта корреляции вовсе нс обязательно указывает на наличие связи, а может являться следствием влияния на обе переменные какого- то третьего, неучтенного фактора | Аткинсон и др., 20021, а порой и вообще артефактом.

Спецификой патопсихологического эксперимента является то, что вызывание психических процессов происходит в строго опре­деленных, учитываемых исследователем условиях и предполагает возможность запланированного влияния на ход эксперимента. Цен­ность такого эксперимента в том, что он может многократно повто­ряться и позволяет отделить причину явления от тех условий, в ко­торых она развивается.

Описываются три основных способа влияния на степень пато­психологических проявлений в течение эксперимента:

1. варьирование его условий или изменение всей ситуации;
2. изменения характера деятельности (как это, например, имеет место при проведении тестирования);
3. воздействие фармакологических средств, обычно возбужда­ющих или тормозящих.

Всякое экспериментально-психологическое исследование тре­бует анализа взаимодействия человека и окружающей ситуации |Всйгарник, 19711. Спецификой патопсихологического экспери­мента по сравнению с обычным экспериментально-психологиче­ским исследованием является то, что в первом случае он проводится с человеком, который уже страдает психическим заболеванием, что само может рассматриваться как «природный эксперимент». Нельзя не учитывать и того, что в любом эксперименте иод конт­ролем экспериментатора в принципе могут оказаться нс все суще­ствующие и воздействующие условия, а лишь доступные для учета. Причинно-следственная связь регистрируется, если эксперимен­тальная процедура исключает иные возможные объяснения.

Однако, по мнению Б.С. Братуся [1988|, применение экспе­риментального метода в трактовке Б. В. Ясйгарник, перенесшей на психологическое изучение больного многие принципы лсвинов- ской школы (внимание к процессу, а нс только к результату вы­полнения, варьирование условий внутри одной и той же ситуации, постоянное общение экспериментатора и испытуемого и т.п.), обнаруживает и ряд недостатков, «тормозов», важнейший из ко­торых оторванность от реальных смысложизненных контекстов, фононость личности по отношению к познавательным, интеллек- туально-мнестичсским способностям испытуемых. Что касается экспериментальной детской психологии, то она, но свидетельству американского психолога Ури Бронфснбрсннсра (1917 2005), по­степенно превратилась в «науку об искусственном поведении детей, помещенных в искусственные ситуации с необычно ведущими себя взрослыми» [цит. по: Братусь, 1988|.

Помимо патопсихологического эксперимента, в качестве полно­правных используются и такие клиника-психологические (но сути, экспертные) приемы, как наблюдение, беседа, анализ продуктов дея­тельности, анализ истории жизни заболевшего человека (анамнез), сопоставление экспериментальных данных (результатов тестов, проб) с историей жизни. В последнее время в патопсихологии ак­тивно используются проективные, а также психоссмантическио психодиагностические методы и методики. Во всех перечисленных случаях, как указывалось выше, акцент ставится на индивидуаль­ности и неповторимости анализируемой личности.

Качественный подход позволяет патопсихологу не столько определять, каков уровень развития той или иной психической функции, насколько он соответствует или нс соответствует норма­тивному стандарту, сколько ответить на вопрос, как осуществлялся сам психический процесс, чем были обусловлены выявляемые при обследовании ошибки и трудности.

В отличие от клинико-психологических стандартизованные ме­тоды предполагают одинаковую форму предъявления специально подобранного, регламентированного стимульного материала, взве­шенного по трудности и времени выполнения каждому испытуе­мому, что связано с основным требованием к подобного рода мето­дикам — количественной сопоставимости способа и уровня выпол­нения задания с ранее разработанными нормативными данными (например, для оценки интеллектуальных функций). Кроме того, к этой группе методик предъявляются обязательные требования валидности и надежности, без реализации которых сам диагности­ческий прием теряет всякий смысл. Следует учитывать, что даже формализованные количественные оценки, полученные при при­влечении как стандартизованных, так и нестандартизонанпых ме­тодов, носят предположительный характер, т.с. нс гарантируют обязательного наличия того или иного психологического качества, а лишь характеризуют его вероятность. Это касается и наличия у индивида какого-то отклонения в психическом функциониро­вании.

Тесты

Тесты — специфические измерительные инструменты, от­личающиеся высоким уровнем стандартизации разработанной инструкции, предъявляемого стимульного материала, времени предъявления, регламентированностью количественной обработки и интерпретации результатов. Тестам также часто приписывается такая их отличительная черта, как заведомое знание — какой ответ или какие действия должны трактоваться как верные или неверные, какое количество ошибок или какое время работы со стимульным материалом необходимо расценивать как критические. В силу по­следних обстоятельств, опросники и проективные методики в ка­честве тестов классифицированы быть не могут.

Основным преимуществом тестов перед другими психодиагно­стическими приемами является сопоставимость результатов по ко­личественным параметрам, что позволяет сравнивать между собой различных испытуемых, их индивидуально-психологические осо­бенности, в том числе лежащие и в сфере интеллекта (тесты ин-

**тсллскта) или развития навыков, сопоставлять полученные данные с нормативными значениями, предварительно разработанными для соответствующего показателя. 'Гем самым достигается более высокий уровень объективности диагностических выводов, мало за­висящих от произвольных суждений экспериментатора. II. Клайн, ссылающийся на работы Р. Кеттелла, считает, что объективный тест — это тест, цель которого скрыта от испытуемого (а поэтому результаты нельзя фальсифицировать), и данные, полученные с его помощью, могут быть оценены независимо от лица, проводящего тестирование и интерпретацию | Клайн, 199-11.**

**Решение вопроса о диагностическом значении тестов в пато­психологии по ряду причин неоднозначно. Основная претензия, предъявляемая им в контексте данной клинической сферы, — это плохая чувствительность к качественной стороне психических процессов, привлекаемых для исполнения заданий теста, неумение уловить индивидуальные оттенки психической деятельности, ко­торые, как правило, нс поддаются количественному определению. Детальное описание тенденций современной) психологического те­стирования представлено в известной работе Л. Лнастази и С. Ур­бина 12007].**

Опросники

**Опросники — большая группа психодиагностических методик, стимульным материалом которых выступает совокупность объеди­ненных какой-то темой (фактором) вопросов или утверждений, требующих от испытуемого, как правило, альтернативного со­гласия — несогласия (в других случаях предусматривается и про­межуточный или уклончивый ответ, либо группа уже готовых от­ветов, из которых необходимо произвести выбор). Теоретической основой данного метода можно считать интроспскциоиизм. Смы­слом работы с опросником является выражение испытуемым своего отношения к тому, что сформулировано в вопросе. Это отношение может быть спроецировано или на себя, или на какие-то аспекты социального окружения. Формулировки большинства вопросов та­ковы, что в них нет прямого указания на реально изучаемую харак­теристику, а подход к ней достигается путем кумуляции смыслов ответов, вероятностно связанных с интересующей чертой.**

**Способ обработки большинства опросников стандартизован и предусматривает сведение исходных «сырых» результатов к какой-то шкале, хорошо согласующейся с нормальным законом распределения (колоколообразной кривой Гаусса) или частотой**

встречаемости разной выраженности признака в той или иной по­пуляции.

Другими словами, опросники в значительной степени отражают самооцсночный компонент испытуемых, что делает весьма акту­альным решение вопроса достоверности получаемых с их помощью данных. Нс снимается со счета и влияние таких обстоятельств, как искренность испытуемого, его критичность, потребность выгля­деть в глазах экспериментатора наилучшим образом (проблема социальной желательности) либо, напротив, непреднамеренное или преднамеренное желание привлечь к себе внимание тяжестью симптомов, глубина понимания задаваемых вопросов, тревожность, заинтересованность в конкретных результатах, влияние па резуль­таты поведения психолога и многое другое.

Поэтому выявленные в исследовании индивидуальные лич­ностные особенности должны сопоставляться с данными анамнеза, историей жизни и с конкретными ситуациями, в которых они фор­мируются и проявляются, а без этого патопсихологическая диаг­ностика утрачивает свою глубину и содержательность.

Спектр опросников чрезвычайно широк: опросники черт личности, типологические опросники, опросники мотивов, цен­ностей и т.д. Несколько особняком стоят опросники анкеты, в ко­торых, как правило, не предусматривается получение информации о собственно личностных особенностях испытуемого, а основной акцент делается на сопутствующих, например социальных, аспектах его жизни, позволяющих лишь уточнять результаты тестирования и других форм исследования.

Проективные методики

Проективные методики — группа методик качественного по ха­рактеру исследования личности, работа с которыми испытуемого, а позднее интерпретация результатов по которым эксперимента­тором, проводятся в рамках проективного диагностического под­хода (применительно к психодиагностическим методикам термин «проекция» впервые был использован американским психологом Леопольдом Франком в 19.49 г., хотя ранее он широко применялся в контексте психоанализа, обозначая одну из форм психологи­ческих защит). Согласно этому подходу нсопределенпый, расплыв­чатый, неоднозначный или слабоструктуриронанный стимульный материал при соответствующей инструкции, часто маскирующей реальные цели исследования, должен порождать желание испы­туемого неким образом упорядочивать и трактовать его, исходя из собственного опыта, мотивов и системы ценностей, что по-

зволяст выявлять наиболее глубокие, персонально значимые пе­реживания и проблемы, сугубо индивидуальные особенности лич­ности, не улавливаемые никакими иными диагностическими при­емами.

Важным преимуществом проективных методик является меньшая по сравнению с опросниками подверженпость фальсифи­кации их результатов со стороны испытуемого. Но работа с проек­тивными методиками требует исключительного мастерства, знаний и интуиции экспериментатора. Обычно проективные методики условно относят к числу стандартизированных, хотя но целому ряду признаков они таковыми не являются.

Поэтому в отношении проективных методик высказывается и ряд замечаний, касающихся отсутствия формализованных кри­териев оценки, отсутствия статистических норм, плохо проверя­емой валидности, высокой зависимости результатов интерпретации от субъективного опыта психолога. Приходится также принимать в расчет, что уникальные преимущества проективных методик, ре­ализуемые в клинической практике, оборачиваются отрицательной стороной в научных доказательствах, требующих опоры на матема­тический аппарат (наличие измерения, психомстрики, статистики).

Имеете с тем, но мнению ряда специалистов [Влейхер, Крук, 1986; Бодалев, Столиц (рсд.), 20001, разделение психодиагности­ческих методов и методик на качественные и психометрические, г.е. служащие для измерения тех или иных психических функций, недостаточно обосновано, поскольку результаты методик, направ­ленных на выявление качественных закономерностей психической деятельности больных, при известной изощренности но многих случаях становятся доступными для статистической обработки, а использование психометрических тестов без качественного ана­лиза получаемого с их помощью материала некорректно и при­водит к ошибочным выводам.

Еще более размытым выглядит традиционное деление методов на «объективные», «субъективные» и «проективные» [Ьурлачук, 1989, 19971, поскольку в рамках первой одноуровневой дихотомии остается открытым вопрос о балансе, мере персональной вовлечен­ности в диаг ностическую процедуру испытуемого и эксперимента­тора. Н тестах интеллекта и в методах оценки отдельных психиче­ских функций, предусматривающих верный ответ либо фиксацию времени работы и аналогичных параметров, если нет попыток си­муляции, уровень «объективности», действительно, оказывается достаточно велик, хотя и нс «стопроцентен», но в методах иссле­дования личности (иногда нс вполне корректно обозначаемых как тесты личности), обычно построенных на отражении мнения о себе, субъективном самого испытуемог о абсолютен и в принципе не может редуцироваться ни процедурами нормализации, ни про­цедурами шкалирования.

Реально объективным оказывается лишь факт ответа, а не его содержательно-психологическая сторона. Кумуляция по существу субъективных ответов в рамках какой-то шкалы, выражающаяся числом, создаст лишь иллюзию объективности. В крайнем случае провозглашаемая объективность может быть определена только как ее весьма условная форма, указывающая исключительно на от­сутствие наслаивающегося на ответы (но не их интерпретацию) мнения экспериментатора. «Субъективными» в данной классифи­кации считаются тс диагностические процедуры, где доминирует самоописанис личности, плохо или вовсе нс поддающееся коли­чественному оцениванию. Таким образом, критерий «объектив­ности субъективности» начинает подменяться способностью ре­зультатов представать в количественной или качественной форме, стандартизирован пастью или отсутствием таковой.

При заданном подходе проективные методы и но уровню «субъ­ективности» испытуемого, и по степени влияния па конечные ре­зультаты опыта системы ценностей и личностной позиции экспе­риментатора дважды субъективны. На противоположном, «объек­тивном» полюсе, по-видимому, расположены лишь аппаратурные методы исследования, результаты которых практически нс коррек­тируются ни со стороны обследуемого, пи со стороны эксперимен­татора.

Принципиально важно при проведении патопсихологического обследования умение экспериментатора не просто зарегистриро­вать тс или иные нарушения психических процессов, но и ответить на вопрос о причинах произошедших изменений (т.с. не только на вопрос «что?», по и на вопрос «почему?»), увидеть патологию в контексте личности и к динамике се развития. Н какой-то степени это и объясняет разнообразие применяющихся в клинике методов исследования, позволяющих в таких случаях оценить все многочис­ленные слои происходящих системных и причинно-следственно обусловленных психических расстройств.

При этом один и тот же методический прием, одна и та же мето­дика может обнаружить самые разные варианты расстройств психи­ческого функционирования, а характер исполнения разных методик может позволить уловить одну общую и, возможно, поврежденную черту, процесс или свойство. Например, нарушения мотивации, ее ослабление будут нс только сказ!>шаться на общей активности испы- тусмого в процессе обследования, но и влиять на эффективность гно­стических функций, на упорядоченность деятельности, отражаться на избирательности эмоционального реагирования.

Важнейшей стороной патопсихологической диагностиче­ской деятельности является учет динамической стороны осуще­ствляемых испытуемым операций и мыслительных, и маиинуля- торнмх. Учет этой стороны может предусматривать констатацию ускорения или замедления темпа соответствующих процессов но сравнению с нормой, избыточную их лабильность и нсрсключа- смость, прерывистость либо вязкость и тугоподвижность.

По отношению к мыслительным действиям и их проявлениям вовне значимым становится качественный но характеру анализ способов осуществления задания, а тем самым, косвенно, и качества мыслительных операций (сравнения, абстрагирования и др.).

Главная задача системного подхода заключается нс только в том, чтобы определить составляющие того или иного патологического явления, но и характеризовать способ их организации, увидеть, как тс или иные патологические феномены вписываются в контекст об­щего развертывания психики, как один поврежденный психический процесс или функция влияют на другие. Результаты, полученные при исследовании каждого из выделенных аспектов, должны в этом случае взаимно дополнять друг друга, /(ругой важный принцип - не­обходимость рассматривать явление в его развитии, поскольку раз­витие выражает суть самого существования психики как системы, где психические состояния являются лишь моментами этой динамики.

В связи с этим воплощение системного подхода в рассматри­ваемых исследованиях предполагает существование четырех этапов анализа [Кудрявцев, 1999]:

1. установление на основе проведенных исследований соответ­ствующих психиатрических и психологических феноменов;
2. соотнесение этих феноменов между собой, интерпретация клинических нарушений поведения в понятиях современной пси­хологии и обратное концептуальное движение — определение кли­нической формы проявления тех или иных психологических содер­жаний, процессов, механизмов;
3. восстановление, реконструкция внешней логики развития изучаемого явления посредством нахождения закономерных связей между отдельными фактами, поступками, особенностями поведения;

Л) уяснение внутренней логики изучаемого поведенческого фе­номена, раскрытие движения лежащих за ним психических меха­низмов, смыслов, установок, субъективных отношений, позиции ( м и ровозз ре н ия)л и ч п ости.

Патопсихологическое исследование детей

Патопсихологическое исследование детей имеет свою спе­цифику. Исследуя нарушения психической деятельности ре­бенка, необходимо учитывать нс только характер нарушений, но и ту возрастную фазу, в которой отмечалось вредоносное воз­действие, а также влияние первичного дефекта на возникновение вторичных образований, которые проявляются на момент иссле­дования. При патопсихологическом обследовании подростков желательны определение наличия и типа акцентуации, характе­ристика мотивационной структуры личности, ее направленности и самооценки.

Выделение возрастных периодов жизни человека может про­исходить на разных основаниях как апеллирующих к опреде­ленным этапам созревания центральной нервной системы и орга­низма в целом, так и ориентирующихся на психологические и со­циально-психологические критерии. Указанные обстоятельства и порождают многочисленность отечественных и зарубежных ва­риантов возрастной периодизации.

Например, Н.Г. Ананьев |1968| наиболее пригодной для целей периодизации жизненного цикла признавал классификацию Д.В. Вромлсй | Bromley, 1966|, охватывающую психологические и социальные характеристики, имеющую в своей основе смену спо­собов ориентации, поведения и коммуникации во внешней среде и включающую пять возрастных циклов (внутриутробный, детство, юность, взрослость, старость), каждый из которых предусматривает и деление на определенное число стадий - от уровня зиготы (опло­дотворенного яйца) до «болезненной старости».

В последние годы наиболее распространена следующая схема этапов развития человека:

Новорожденный - Грудной возраст Раннее детство - Первое детство (дошкольный) - Второе детство (ранний школьный)

от рождения до 28 дней 28 дней — 11 мсс. 29 дней 1 -3 года 3-6 лет

7 12 лет (мальчики); 8-11 лет (девочки)

13-16 лет (мальчики); 12- 15 лет (девушки)

16-21 год (юноши); 16-20 лет (девушки)

Подростковый возраст (старший школьный)

Юношеский возраст

**Зрелый возраст (1-й период) -**

**Зрелый возраст (2-й период) -**

**Пожилой возраст -**

**Старческий возраст Долгожители - 22-35 лет (мужчины); 21-35 лет (женщины)**

**36-60 лет (мужчины); 36-55 лет (женщины)**

**61-74 года (мужчины); 56-74 года (женщины)**

**75-90 лет 90 лет и старше**

**В связи с увеличением продолжительности жизни, а также ори­ентируясь на результаты исследования субъективного мироощу­щения современных людей, ВОЗ расширила диапазон молодого возраста до 44 лет.**

**Л.С. Выготским в 1930 е\ по отношению к детям была сфор­мулирована идея социальной ситуации развития, «системы отно­шений между ребенком данного возраста и социальной действи­тельностью как «исходного момента» для всех динамических из­менений, происходящих в развитии в течение данного периода и определяющих целиком** И ПОЛНОСТЬЮ ТС **форм** ЕЯ **и тот путь, следуя по которому ребенок приобретает новые** и **новые свойства личности» | Выготский, 19841. Составной частью этого подхода является мел ель о том, что каждой возрастной степени развития присуще центральное, ведущее новообразование, вокруг которот группируются все остальные частные новообразования, характери­зующие развитие** отдсльнеях **сторон личности ребенка. Ведущему новообразованию соответствуют центральные линии развития дан­ного возраста. С частными новообразованиями связаны побочные линии развития, которые на более поздних этапах могут стать цен­тральными с соответствующими изменениями отношений между собой.**

**При этом возрастные измспения, как уже указывалось, преду­сматривают наличие двух чередующихся типов перехода между своими этапами: литического (плавного, постепенного, накапли­вающего) и критического (скачкообразного, переломного, отчасти связанного с отмиранием, снсртЕяваписм или распадом** тое'о, что **являлось ключевым для более раннего возраста). Итогом критичс- ского периода становятся существенные перестройки но всей лич­ности ребенка. Конкретные возрастные периоды кризисов могут быть определены лишь весьма условно (см. выше).**

**Пребывание ребенка в критическом периоде накладывает от­печаток на интерпретацию патопсихологического исследования,**

**поскольку заведомо предполагает наличие закономерных сбоев в психической деятельности и в социально-психологическом функ­ционировании, а кроме того, может скачаться на характере взаимо­действия между экспериментатором и ребенком в процессе самой диагностической процедуры.**

**Достаточно популярна разработанная в контексте детской и пе­дагогической психологии и опирающаяся на взгляды Д.С. Выгот­ского периодизация Даниила Борисовича Эльконина (19(М 198-1) 119711, в соответствии с которой в зависимости от ведущей деятель­ности ребенка периоды детского развития делятся на две группы. Первая реализуется в системе «ребенок — вещь» («ребенок — об­щественный предмет»), а вторая — в системе «ребенок — взро­слый» (взрослый как носитель определенных видов общественной по своей природе деятельности).**

**Расположенные в хронологической последовательности, вы­деленные Д.Б. Элькониным ведущие виды деятельности ребенка образуют следующий ряд:**

**Непосредственно-эмоциональное первая группа (от рождения**

**общение -**

**Прсдмстно-манипулятивная деятельность - Ролевая игра - Учебная деятельность - Интимно-личное общение - Учебно-профессиональная деятельность -**

**до 1 года)**

**вторая (от 1 года до 3 лет)**

**первая (от 3 до 7 лет) вторая (от 7 до 12 лет) первая (от 12 до 15 лет) вторая (от 15 до 17 лет)**

**Вместе с тем возрастная классификация, построенная по подоб­ному принципу, подвергалась и критике | Петровский, Ярошевский, 1998], указавшей на известную подмену понятия «социальная си­туация развития» понятием «ведущий тип деятельности» и на не­сводимое™ динамической системы многих деятельностей на каждом возрастном этапе лишь к одной, хотя и, казалось бы, важной. Один из аргументов, приводимых авторами критики, — всякое отсутствие подтверждающего экспериментального материала.**

**Также широко известны периодизация Ж. Пиаже 11986], вы­страиваемая на ступенях эволюции детского мышления: 1) сснсо- моторный период (от 0 до 15 мес.); 2) период недеятельного ин­теллекта (2 8 лет); 3) период конкретного интеллекта (9-12 лет); 4) период логических операций (с 13 лет); комплексная пс-**

риодизация Н.С. Мухиной |1999|, включающая два основных этапа: 1) детство (младенчество — от 0 до 12-14 мсс.; ранний возраст — от 1 до 3 лет; дошкольный возраст — от 3 до fi-7 лет; младший школьный возраст — от fi-7 до 10—11 лет); 2) отрочество (от 11 -12 до 15-1 fi лет).

Периодизация Л.В. Петровского | Петровский, Ярошснский, 1998), ориентированная на вхождение ребенка в различные ти­пичные для его возраста социальные г руппы, благодаря чему и вы­деляются три основных процесса, определяющих ход развития:

1. адаптация как присвоение индивидом социальных норм и ценностей при субъективно переживаемых утратах некоторых своих индивидуальных отличий (раннее детство, детсадовский воз­раст и младший школьный возраст преобладание адаптации над индивидуализацией);
2. индивидуализация мобилизация внутренних ресурсов для самоутверждения (подростковый возраст — преобладание ин­дивидуализации над адаптацией);
3. интеграция как согласование собственной индивидуальности с потребностями общности и наоборот трансформация потреб­ностей общества в соответствии с позицией индивида (юношеский возраст — преобладание интеграции над индивидуализацией).

Для патопсихологических целей существенный интерес пред­ставляет периодизация возрастных уровней, предложенная Н.В. Ко­валевым 11979, 1985], учитывающая нс только различные формы нервно-психического реагирования детей на тс или иные пато­генные факторы, но и возрастную предрасположенность к прояв­лениям различного вида расстройств:

1. соматовегстативный (0-3 года) — расстройства вегета­тивных функций (нарушения смены сна и бодрствования, аппетита и функций пищеварения, повышенная вегетативная и моторная возбудимость), тесно связанные с ними нарушения инстинктивных проявлений (понижение или повышение влечений, страх новизны, боязнь контактов с окружающими) и обусловленные ими патоло­гические формы поведения;
2. психомоторный (4 10 лет) — расстройства психомоторики и экспрессивной речи - синдром гиперактивности, системные не­вротические и неврозоиодобные двигательные расстройства: тики, заикание, мутизм и некоторые другие (причина интенсивная дифференцировка функций двигательного анализатора);
3. аффективный (7 12 лет) — синдромы страхов, повышенной аффективной возбудимости, уходов и бродяжничества (возможная причина формирование самосознания);

А) эмоционально-идеаторпый (12 16 лет) психогенные си­туационные реакции (протеста, эмансипации и др), сверхценный ипохондрический синдром, синдромы дисморфофобии, нервной или психической анорексии (отказа от приема нищи), синдромы снсрхцснных увлечений и интересов, в том числе синдром «фило­софической интоксикации» и некоторые другие.

Но мнению В.В. Ковалева, симптоматика, свойственная каждому уровню нервно-психического реагирования, не исключает прояв­лений предшествующих уровней, однако отодвигает их на второй план и, так или иначе, видоизменяет. Преобладание психических расстройств, свойственных онтогенетически более ранним уровням, чаще всего свидетельствует об общей или парциальной ретардации.

Вместе с тем, характеризуя усилия специалистов по разработке возрастной периодизации психического развития детей, В.В. Лебе­динский [1985| писал, что при всей важности выделения отдельных уровней нервно-психического реагирования и последовательности их смены в онтогенезе необходимо учитывать известную условность такой периодизации, поскольку отдельные проявления нервно-пси­хического реагирования нс только сменяют и отодвигают друг друга, но на разных этапах сосуществуют в новых качествах, формируя новые тины клинико-психологической структуры нарушения. На­пример (в отношении периодизации В. В. Ковалева), роль соматове- гстативных нарушений велика нс только в возрасте 0-'} лет, когда идет интенсивное формирование данной системы, по и в подрост­ковом периоде, когда эта система претерпевает массивные изменения.

Ряд патологических новообразований пубертатного возраста (основной уровень которых квалифицируется в рамках «эмоцио- налыю-идсаторного») связан и с расторможением влечений, в ос­нове которых лежит дисфункция эндокринно-вегетативной системы. Но нарушения развития аффективной сферы имеют большое зна­чение и в младшем возрасте. Особое место среди них занимают рас­стройства, связанные с эмоциональной депривацией, приводящие к различной степени задержки психического развития. В возрасте от 'Л до 7 лет в клинической картине различных заболеваний большое место занимают такие аффективные расстройства, как страхи. Пси­хомоторные расстройства тоже могут занимать большое место в ди- зонтогенезе самого ран пего возраста (нарушения развития стати­ческих, локомоторных функций). Интенсивные изменения психо­моторного облика, как известно, характерны и для подросткового периода. Наконец, разнообразные нарушения интеллектуального и речевого развития разной степени выраженности являются пато­логией, «сквозной» для большинства уровней развития.

**Очевидно, что но мере возрастного дистанцирования отобщеби- ологичсскихформ реагирования на патогенные иди дискомфортные раздражители и но мерс становления личности, ее индивидуали­зации и дифференциации в картине возможных психических изме­нений все в большем объеме будут присутствовать специфические признаки, очерчивающие абрис конкретного расстройства.**

**Учет возраста и его психологической специфики, а также условий социального развития, теснейшим образом связан с другой проблемой — адекватностью подбора методик для исследования детей. Во многих случаях допустимо применение адаптированных методов и приемов исследования, традиционных для диагностики различных сторон психики взрослых, но наиболее корректно при­менение методов, специально разработанных для конкретных воз­растных групп, хотя бы потому, что подобные инструменты, как правило, предполагают и наличие количественных ориентиро­вочных норм.**

**Проведение патопсихологического эксперимента, применение тестовых но характеру или проективных методов, конечно же, должны учитывать стартовые позиции ребенка:**

* **степень сохранности анализаторных систем, через которые по­дастся инструкция и стимульиый материал;**
* **степень развития произвольных волевого регулирования как предпосылки принципиальной возможности работы с методи­ками;**
* **общий уровень владения речью, как в плане се понимания, так и в способности ребенка продуцировать ответы в вербальной форме;**
* **степень сохранности моторики, обеспечивающая нормальное но возрасту выполнение методик, предусматривающих прило­жения графических навыков (если только состояние моторики не является специальным предметом исследования).**

**А это значит, что оценка указанных факторов должна быть про­изведена еще до планирования экспериментального этапа.**

**Широко используемыми приемами при работе с детьми, в том числе и в рамках патопсихологического обследования, является многократное повторение инструкции до ее понимания, показ выполнения задания-образца, начало работы с методик, гаран­тирующих успешность их выполнения, такое сочетание диагно­стических инструментов, при применении которых востребованы и произвольный, и непроизвольный уровни регуляции когнитивной сферы, до определенного возраста (примерно до 4-5 лет) ограни­чение методик, ориентированных на самооценку и акцент на экс-**

портные и проективные способы характеристики ребенка, поиск дополнительных источников мотивации ребенка, ограничение вре­мени работы с методикой, предусматривание перерывов и смены вида деятельности, использование игровых форм тестирования и др.

Достаточно специфический слой детской популяции состав­ляют подростки, отличающиеся, с одной стороны, дисгармонич­ностью в строении личности, неустойчивостью эмоционального реагирования, свертыванием прежде установившейся системы интересов, протестующим характером поведения но отношению к взрослым |Фсльд111тсйп, 1988|, а с другой началом осознания себя в социальной среде (ростом самосознания), формированием новой системы ценностей, критичности мышления, потребности в самоутверждении. Нельзя снимать со счета усиленный, а порой и аксслсрированиый рост организма подростка и выраженные пе­рестройки в его эндокринной системе.

Л.К. Дичко [1988] выделяет целую группу подростковых мо­делей поведения (специфических реакций), характерных для дан­ного возраста: реакции эмансипации, группирования со свер­стниками, реакция увлечения (хобби-реакция) и реакции, обу­словленные формирующимся сексуальным влечением, а также переносимые из детства в подростковый возраст реакции отказа, оппозиции, имитации, компенсации и гиперкомпенсации. В ряде случаев при осложненной социальной ситуации возможны суици­дальные формы поведения, бродяжничество и некоторые другие.

Подобные модели могут быть вариантами поведения в норме или представлять собой патологические нарушения повеления (не- психотичсскис и даже психотические). Это положение было сфор­мулировано В.В. Ковалевым [1988| в отношении поведенческих реакций оппозиции, имитации и др. в детском возрасте. По его мнению, последние становятся патологическими, если распростра­няются за пределы той ситуации и микрогруппы, где они возникли, если к ним присоединяются невротические расстройства, а также если они затрудняют или нарушают социальную адаптацию. В ряде случаев вся совокупность преходящих психических изменений (патологических и нспатологичсских), свойственных данному воз­расту, обозначится как пубертатный криз.

Исследования подростков в связи с упомянутыми обстоятель­ствами требуют от патопсихолога большего внимания к особен­ностям формирующейся личности и к особенностям межлич­ностных отношений, в пределах которых возникают и реали­зуются конфликты подростка. Благодаря развитию самосознания у старших подростков становится возможным во многих случаях

применять методы и методики исследования, к частности опро­сники и другие самооценочныо но сути процедуры, традиционные для взрослого возраста. Расширяется и доступность методов ис­следования конкретных психических функций (памяти, вни­мания, разных форм мышления и т.д.), продолжают оставаться актуальными и проективные способы получения информации. Подавляющее большинство специалистов, занимающихся во­просами подростковой психологии, рекомендуют в качестве весьма желательных использовать методики оценки принадлежности подростка к тому или иному типу акцентуаций, что позволяет не только выявить наиболее рискоопасныс зоны личности и харак­тера на данный момент, но и, благодаря типологическому подходу, сделать вероятностное заключение о возможном векторе поведения в будущих критических ситуациях.

Среди методов исследования детей с дизонтогенстическими отклонениями особое место занимает обучающий эксперимент, который можно рассматривать как особый принцип построения эксперимента, приложимый для видоизменения процедуры ра­боты с любой из методик | Иванова, 1976|. В его основе лежит идея У1.С. Выготского о необходимости при изучении интеллектуального уровня детей учитывать зону ближайшего развития и сопоставлять ее с актуальным уровнем. Актуальный уровень умственного раз­вития определяется как запас знаний и умений, которые сформиро­вались у ребенка к моменту исследования на основе уже созревших психических функций, а понятие «зоны ближайшего развития» У1.С. Выготский раскрывает как большую или меньшую «возмож­ность перехода ребенка от того, что он умеет делать самостоятельно, к тому, что он умеет делать в сотрудничестве» [1999, с. 2291.

Эта возможность оказывается самым чувствительным сим­птомом, характеризующим динамику развития и успешности ре­бенка. Именно она и является основным предметом исследования в обучающем эксперименте: для детей одной возрастной группы подбирается такое задание, которое может быть выполнено через подражание или взаимодействие со взрослыми (эксперимента­тором), например, с помощью показа, наводящего вопроса, начала решения и т.п. Успешность — нсуспсшность выполнения задания будет определяться количеством помощи, которая необходима для его правильного завершения. Таким образом, с помощью ди­агностического обучающего эксперимента исследуется не акту­альный уровень умственного развития ребенка, а оцениваются его потенциальные возможности в отношении овладения новыми способами умственных действий («зона ближайшего развития» но Л.С. Выготскому функции, «находящиеся в процессе со­зревания, функции, которые созреют завтра, которые сейчас на­ходятся еще в зачаточном состоянии, функции, которые можно назвать нс плодами развития, а почками развития, цветами раз­вития, т.с. тем, что только созревает» [ 1991, с. -iOO]. Другой аспект обучающего эксперимента связан с необходимостью отследить, способен ли ребенок перенести только что выработанные навыки и приемы на решение другой аналогичной, доступной по возрасту задачи.

Сходная ситуация исследования вполне пригодна и для работы со взрослыми при решении вопросов восстановления нарушенных функций — патопсихологическое исследование, выявив структуру измененных форм психической деятельности больного, должно также предусматривать информацию, касающуюся ее сохранных сторон и учитывать готовность больного самостоятельно произво­дить поиск решения, либо эффективно пользоваться помощью эк­спериментатора [Клиническая..., 20021.

При выборе методик для исследования предлагается учитывать следующее:

1. специфику цели исследования, например, дифференци­альную диагностику, определение глубины дефекта, изучение эф­фективности терапии и т.д.;
2. возраст, образование и жизненный опыт больного;
3. фактор или факторы, способные повлиять на эффективность контакта с больным (например, дефекты анализаторных систем) или на его способность понять декларируемые цели эксперимента.

По мнению Т В. Корниловой [Методы..., 1988], наиболее суще­ственное отличие экспериментальных патопсихологических ме­тодик от обычных задач и схем индивидуальных экспериментов их нацеленность на проверку специального рода гипотез. Они по­строены на предположениях о механизмах регуляции, основанных на причинных и структурно-функциональных связях изучаемых свойств. Показатели любого испытуемого в той или мной методике зависят от общей структуры и индивидуальных особенностей акту­ализируемого в них базисного процесса. Таким образом, в гипотезе предполагается общепсихологическая закономерность, а прове­дение эксперимента дает картину се единичного проявления.

/(ля того чтобы избежать искажающего результаты обследования воздействия внешних факторов, организация патопсихологического обследования должна учитывать наличие на данный момент вре­мени осложняющих соматических заболеваний, приема фармако­логических средств (например, психотропных), усталости, нсдосы-

мания, выраженного чувства голода или, напротив, расслабляющей сытости и др.

Подбор комплекса методик обусловливается той конкретной задачей, которую собирается решать патопсихолог при взаимо­действии с врачом (именно он, как правило, и является основным «заказчиком» диагностически полезной информации). Эта инфор­мация собирается в результате патопсихолог ического обследования и передастся ему в форме заключения по обследованию. Поэтому заключение всегда должно быть ответом на вопрос, поставленный клиницистом. Кстсствснно, что контакт психолога с врачом предпо­лагает и получение части полезных сведений от последнего, равно как и из материалов истории болезни.

По вопросу о форме заключения С.Я. Рубинштейн писала, что «подобно тому, как нет и не может быть стереотипного построения исследования, стереотипного подбора методик, нс может быть и стандарта в составлении заключения» [1998, с. Н2|. Однако общая схема такого заключения может быть примерно описана.

Оно включает:

1. паспортную часть;
2. краткую характеристику условий обследования;
3. предположительный или верифицированный диагноз;
4. характер запроса, по поводу которого проводится исследо­вание (причина исследования, гипотеза исследования);
5. анамнестические и биографические данные (следует ном нить, что в отличие от клинических условий, в которых иод анам­незом понимают совокупность сведений о болезни и отдельных аспектах жизни (перенесенные в прошлом болезни, профсссио налыгый путь, развитие семейных и интимных отношений, система межличностных отношений вне семьи, тяжелые события прошлой жизни, вредные привычки и т.н.), получаемых главным образом от самого больного, в отношении детей это понятие расширяется и начинает включать и историю развития ребенка (условия раз­вития, способность к научению, соответствие имеющихся знаний и навыков возрасту и т.н.), вмещающую в себя и историю болезни);
6. описание актуальных жалоб больного и / или лиц, его сопро­вождающих, опекающих (жалоб, связанных с психическими функ­циями, а ис с соматическим здоровьем);
7. перечень отобранных для исследования методик и показа­телей (шкал), ключевых для понимания механизмов предположи тельного расстройства;
8. описание того, как больной работал с методиками (отношение к проводимому обследованию, сотрудничество с экснсримснта-

тором, понимание инструкций к методикам, поведение при испол­нении различных проб, отношение к совершаемым ошибкам, вос­приимчивость к помощи, наличие установочного поведения и т.п.);

1. 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 выявленных 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, способные наложить отпечаток на исполнение пси­ходиагностических проб;
* особенности эмоциональной и мотивационной сфер;
* характеристика произвольного нолевого регулирования, на­личие признаков истощасмости;
* 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);
* специфика моторики, как общей, так и мелкой; динамический праксис;
* специальное указание на степень сохранности компонентов со­ответствующих функций;
* для подростков (желательно) — их принадлежность к тому или иному типу акцентуации;
* сопоставление экспериментальных данных с историей жизни испытуемого;
* 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).

Н отношении детей Н.Ю. Максимова и ЕЛ. Милютина [2000] рекомендуют включать в резюме и следующие пункты:

* дифференцирующие нарушения психической деятельности са­мого ребенка от последствий влияния неблагоприятной микро- социальпой ситуации развития;
* указынающис па преобладающий тип нарушения и характер его механизмов (ретардация, асинхрония и т.д.);
* указывающие на необходимость вмешательства в выявленные в качестве психологического диагноза феномены;
* рекомендующие кем и на каком уровне может быть проведена коррекция нарушений развития ребенка.

71.И. Вассерман и О.Ю. Щелкова (20041 также указывают на не­обходимость систематизации результатов разных методик на ос­нове какой-либо теории.

Вся информация, связанная с проведением патопсихологического обследования, протоколируется, причем объем, качество и логика записей в протоколе должны позволять любому заинтересован­ному лицу но прошествии времени легко возвращаться к полу­ченной информации и видеть аргументированность сделанного окончательного заключения. Технические и организационные ас­пекты деятельности патопсихолога, в том числе деятельности пси ходиагностичсской, отражены в методическом письме Минздрава РСФСР [Зухарь, Рубинштейн, Поперечная, 19751 и в ряде других документов (см. приложения 1-7), а также в работе ГЛ. Воронкова,

В.М. Влсйхсра, С.II. Гарницкого 11980|'.

По существу, содержательная часть заключения представляет собой развернутый функциональный диагноз данного испытуемого или больного человека.

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Что такое патопсихологический эксперимент, каковы его преиму- щестпа и ограничения?**
2. **Какие методы исследования относятся к клинико-психологическим и в чем их общая специфик;!?**
3. **Каковы основные формы стандартизованных психодиагностических методов?**
4. **В чем преимущества и недостатки проективных методов исследо­вания?**
5. **Опишите проблему соотношения объективною и субъективного фак тора в классификации психодиагностических методов и методик.**
6. **В чем суть системного подхода в патопсихологической диагностике?**
7. **Какие обстоятельства должны быть учтены при патопсихологическом обследовании детей и подростков?**
8. **Какие подходы встречаются при попытках возрастной периодизации человека?**
9. **Охарактеризуйте такой метод исследования, как обучающий экспе­римент.**

**1 См. также информационный ресурс: URL: [hllp://www.p.syinsl.ru](http://www.psyinsL.ru).**

1. **Какими обстоятельствами обусловливается выбор методик в пато­психологии?**
2. **Каковы основные структурные элементы эаключения по пато­психологическому обследованию?**

1.11. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Диагноз в переводе с древнегреческого означает распознавание, определение, а диагностика особый вид деятельности, имеющий много общих черт с научным познанием. Установление и анализ признаков заболевания позволяют сравнить и идентифицировать полученную модель патологии с эталоном, в качестве которого вы­ступает ранее описанная и общепринятая нозологическая форма (определенная болезнь).

Кщс в 1936 г. Л.С. Выготский [2003|, опираясь на работы Л.Л. Невского, вслед за ним выделил три ступени в развитии ди­агноза: симптоматический (эмпирический), этиологический и ти­пологический. Первый ограничивается лишь констатацией фак­тически имеющихся признаков заболевания, подменяя сущность болезни ее симптомами. Второй — не только учитывает внешне демонстрируемые психологические особенности, но и пытается вскрыть их причины, что может быть затруднено динамикой симптомов и искажено излишней обобщенностью и малой содер­жательностью при указании источника. Третий типологиче­ский — связан с определением пути, по которому пойдет развитие психики (в частности, психики ребенка), с его прогнозом и общей логикой развития расстройства. При этом Выготский предостере­гает от отождествления психолог ического измерения и психологи­ческого диагноза, обосновывая это тем, что измерение относится к области установления симптома, а диагноз — к окончательному суждению о явлении в целом, обнаруживающем себя в этих сим­птомах, нс поддающемся непосредственно восприятию и оценива­емом на основании изучения, сопоставления и толкования данных симптомов.

Развитие во второй половине XX в. теоретических представ­лений о природе психических расстройств сопровождалось форми­рованием двух основных направлений обоснования психиатриче­ского диагноза — нозолог ического (этиопатогснетичсского) и пра­гматического (или эклектического, зависимого от объяснимое™ или необъяснимости причин психического расстройства).

Но традиционный нозологический диаг ноз, находящийся в ком­петенции врача (психиатра, психоневролога и т.д.) в силу своей аб­страктности не в полной мере удовлетворяет запросы практической психотерапии и реабилитации. В большей степени интересам и целям патопсихологии отвечает так называемый функциональный диагноз, способный учитывать компенсаторные образования, обес­печивающие адаптацию личности, дальнейшее течение и прогноз заболевания. Данное понятие ввел в клинический обиход Сергей Петрович Боткин (18.42-1889) для оценки приспособительных ре­акций и компенсаторных возможностей больного и установления патологической зависимости, а также как средство, раскрывающее механизм болезней. Это диагноз нс болезни, а больного в болезни, учет самочувствия больного в целом. Позднее функциональный ди­агноз стал рассматриваться в качестве одного из элементов клини­ческого диагноза.

Основные принципы структурной организации функцио­нального диагноза были разработаны В.М. Воловиком [1975] и позволили рассматривать в качестве системообразующего фак­тора функционального диагноза адаптационно-компенсаторные возможности больного, определяющие в конечном счете его био­логический, психологический и социальный уровни адаптации. Акцент в этом случае начинает смещаться на личность больного и ситуацию, в которой он существует.

Функциональный диагноз традиционно предполагает отражение трех наслаивающихся аспектов психической жизнедеятельности:

1. клинике-психопатологического, изучающего характеристики заболевания и структуры психического дефекта с позиции возмож­ного компенсаторного воздействия и влияния па социальную сто­рону адаптации больного;
2. психологического, определяющего личность больного и его систему отношений, значимую для социальной и профессио­нальной адаптации;
3. социального, отражающего фактическую жизненную си­туацию и позицию в ней больного с учетом его преморбидного (до болезни) опыта. Предметом психодиагностики в этом случае становится построение вероятностной модели состояния человека.

Особенно велика роль функционального диагноза при коррек­ционной работе с детьми [Корсакова, Микадзе, Балашова, 2000; Лхутина, Пылаева, 200.'?|, которые имеют существенные отличия в мозговой (динамической) организации психических процессов, выражающиеся известной незавершенностью в становлении многих управляющих процессов. Важнейшими из них являются продолжающийся процесс кортикализации психических функций

и возрастная диффузность и пластичность функциональных моз­говых органов детей.

С позиции критики функциональный диагноз не лишен и ряда недостатков, важнейшим из которых является то, что на практике реальное содержание «функционального диагноза» стало представ­лять собой набор самых разных феноменов | Коцюбинский, Зайцев, 20(М| и может достигать 660 различных признаков, как, например, в монографии В.Д. Вида [1993]. Подобный подход существенно размывает границы функционального диагноза и превращает его в систему тщательно фиксируемых различных внснозологичсских характеристик.

По мнению тех же авторов, при постановке функционального диагноза, прежде всего, нужно ответить на вопрос о том, чего не­достает в информации, содержащей разнообразные и разнородные сведения о больном.

Дли практических целей наиболее существенным дефицитом будет отсутствие данных:

* об особенностях компенсаторно-адаптационных возможностей

пациента;

■ о пределе его психологических защитных сил;

* об особенностях социальной поддержки и в связи с этим о мак­симуме его социальных возможностей, на которые может рас­считывать врач.

В более поздней своей работе A.II. Коцюбинский и соавторы 120111 предлагают к пределах функционального диагноза сосрс доточивать внимание на следующих четырех блоках, включающих данные об особенностях:

1. клинико-биологического адаптационного потенциала;
2. психологического блока функционального диагноза;
3. социального блока функционального диагноза;

Л) интегративных характеристиках бионсихосоциальпого функ­ционирования.

В клинико-биологическом блоке, отражающем особенности про­явления заболевания, фиксируются семь характеристик:

1. показатель прсморбидного биологического адаптационного потенциала (субклиничсскис нервно-психические расстройства, свидетельствующие о недостаточности адаптационно-компенса­торных возможностей организма и его готовности реагировать па­тологическим образом на внутренние и внешние стрсссорныс фак­торы, обозначаемые авторами как психопатологический диатез);
2. психопатологические расстройства (когнитивные, нега­тивные, аффективные и позитивные симптомокомнлсксы);
3. тип течения заболевания;

А) скорость нарастания негативных проявлений (прогредиен­тность) заболевания;

1. острота состояния на момент диагностического обследо­вания;
2. стадия заболевания (или характер его исхода) на момент ди­агностического обследования;
3. результирующий показатель адаптационно компенсаторных особенностей текущего состояния клинический диагноз.

Н психологическом блоке функционального диагноза выделяются пять характеристик:

1. особенности различных сфер психологического функциони­рования:

* познавательной (патология внимания, памяти, расстройства мышления);
* эмоционально-волевой;

1. личностные особенности пациента:

* индивидуально-личностные, характерологические особенности, социальные свойства (неврозы, психопатии, а также личностные нарушения, происходящие в результате эндогенных психиче­ских расстройств);
* ценностно-смысловые ориентации (содержательная сторона на­правленности личности);

1. механизмы психологической адаптации:

* копинг (механизм адаптации, при помощи которого человек осо­знанно осваивается в новой для него ситуации или социальной роли при вторжении в жизнь стрессовых обстоятельств, которые невозможно устранить);
* психологическая защита (бессознательный процесс, регули рующий уровень эмоционального напряжения, тревоги);
* внутренняя картина болезни (основным компонентом внут­ренней картины болезни является отношение к факту заболе­вания, которое определяет стратегию формирования адантив ного или дезадаптивного поведения пациентов);

5) психологические конфликты (мера осознания):

* конфликтогенные особенности личности;
* наличие конфликта в системе копинг-мсханизмов и механизмов психологической защиты;
* конфликт в системе ценностей личности.

Социальный блок функционального диагноза включает:

1. социальный статус больного (образование, характер тру­довой деятельности);
2. характеристики социальной поддержки (внешние фак­торы) семья и ннсссмсйное окружение — на эмоциональном и ин­струментальном уровнях, качество работы социальных институтов;
3. результирующая характеристика психосоциальных адап­тационно-компенсаторных особенностей пациента (социальные проблемы могут касаться материального положения, жилищных условий, медицинского обслуживания, юридических вопросов, взаимодействия с государственными органами и т.н.; межлич­ностные конфликты отсутствие согласия в сложившейся системе взаимодействия между людьми, столкновение противоположных целей, мотивов, точек зрения, интересов участников взаимодей­ствия).

Из оценок личности, представленных через описанные блоки функционального диагноза, вытекают интегративные характе­ристики биопсихосоциалъного функционирования.

1. Тин приспособительного поведения:
2. конструктивный — наличие у пациента установки на созна­тельную мобилизацию своих жизненных ресурсов при решении по­ставленных задач, готовность к принятию ответственности за разре­шение трудной ситуации, наличие достаточной самостоятельности и преимущественного расчета на собственные силы в преодолении повседневных трудностей, стремление к удержанию достигнутых социальных позиций вплоть до ригидной одержимости в дости­жении целей;
3. регрессивный пассивная жизненная позиция, отступление от достигнутых социальных успехов, отказ от борьбы за социально значимые цели, фиксация ограниченного числа поведенческих сте­реотипов, преобладание индивидуалистических и эгоцентрических интересов, ориентированных преимущественно на достижение фи­зического и психологического комфорта;
4. морбидный — актуальная психопатологическая симптоматика достигает такой выраженности, когда в основном она (а не особен­ности личности) определяет поведение.
5. Уровень функционирования в различных социальных сферах мера успешности функционирования индивидуума в со­циуме с точки зрения общественных норм.
6. Качество жизни субъективное восприятие человеком раз­личных факторов, отражающих его психологическую адаптиро­ван кость (физическое, психическое и социальное благополучие), которая при потерях здоровья больше зависит от особенностей личности больного, способности справиться со стрессовыми ситу­ациями, чем от выраженности психопатологических расстройств.

Помимо трактовки функционального диагноза, в которой ос­новной смысловой акцепт делается на умете обстоятельств, бла­гоприятно или неблагоприятно влияющих на протекание психи­ческого расстройства, в патопсихологии широко распространено и его понимание как перечня доказательно выявленных с помощью психодиагностических приемов и интегрированных в систему ка­чественных и количественных отклонений различных психиче­ских функций в различных сферах личности. Жизненный путь больного объединяет эти отклонения причинно-следственными связями, а между частью из них возникают и иерархические отно­шения, также обусловленные принципом первичности вторич­ное™. Весь объем подобной информации, инструментально под­твержденной, систематизированной, указывающей на функцио­нальное место каждого симптома и описанной патопсихологом, но существу, и является функциональным диагнозом, выводящим исследователя на представление об имеющемся у больного пато­психологическом синдроме.

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Охарактеризуйте ступени, которые выделяются в развитии диагноза.**
2. **В чем различия между нозологическим и функциональным диаг­нозом?**
3. **Какие аспекты традиционно выделяются в рамках функционального диагноза?**
4. **Какие основные информационные блоки предлагается рассматривать при формулировке функционального диагноза в практическом отно­шении?**

1.12. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Содержанием функционального диагноза выступает пато­психологический синдром. Любой диагностический эксперимент должен быть направлен на выяснение его структуры. Симптомы никогда не проявляются изолированно, в силу чего в психиатриче­ской клинике большое значение имеет именно системный анализ, отражающий нарушения различных уровней функционирования центральной нервной системы. Подобные представления позволяют прогнозировать возникновение наиболее типичных для данного за­болевания расстройств.

Большинство толкований понятия синдрома, несмотря на внеш­ние различия, имеют довольно большое общее содержание. На­пример, В.Х. Василенко определяет синдром вообще как «устойчиво наблюдаемую совокупность симптомов, объединенных общим па- тогснсзом» 11985, с. М7|, примем одни и тс же синдромы могут на­блюдаться при различных нозологических формах. Н.К. Корсакона даст более конкретное определение клинико-психологического синдрома: «закономерное нозпикающее сочетание симптомом нару­шения познавательных процессов или личности, в основе которого лежит вызванная болезненным процессом недостаточность объ­единяющего их звена в системно-структурном строении психики» |1999, с. М2]. Ю.М. Антонян и В.В. Гульдан считают, что «пато­психологический синдром представляет собой неразрывную в ре­альности совокупность взаимосвязанных нарушений, сохранных сторон и индивидуально-типических особенностей психической деятельности личности» |1991, с. 33|. И.А. Кудрявцев |1988] ха­рактеризует патопсихологические синдромы как специфические комплексы внутренне связанных, родственных по происхождению (патогенезу) психологических симптомов признаков нарушения поведения, эмоционального реагирования и познавательной дея­тельности, несущих информацию об уровне (глубине), объеме (тя­жести) психического поражения и некоторых его нозологических характеристиках (диагностической «окраске»).

Психопатологический синдром В.М. Влейхер и И В. Крук [1986| рассматривают как завершающий этан сложной патогенетической цепи, в принципе понимая под синдромом патогенетически обуслов­ленную общность внутренне взаимообусловленных, нзамоснязанных признаков психических расстройств. Ю.И. Зинченко, К.И. Иервичко видят в синдроме «открытую саморазвивающуюся систему, облада­ющую качествами самоорганизации, саморегуляции и самодетер­минации, способную эффективно решать задачи адаптации, как из­меняя свои собственные структурные параметры, так и воздействуя на окружающую социальную среду» [2013, с. 11].

Разведение патопсихологического и психопатологического синдромов по их определению встречается с серьезными трудно­стями, поскольку феноменология и механизмы возникновения тех и других идентичны. Различия же сводятся к направленности ана­лиза этой феноменологии: если психопатолог констатирует наличие в клинической картине тех или иных симптомов или синдромов психической патологии и специфику их течения, то патопсихологу предлагается снос исследование направить «на раскрытие и анализ определенных компонентов мозговой деятельности, ее звеньев и факторов, выпадение которых является причиной формирования наблюдаемой в клинике симптоматики» |Влейхер, Крук, 1986, с. 26]. Подобный подход к раскрытию патопсихологического син­дрома сближает его содержание с целями нейропсихологии.

Патопсихологический синдром ис является непосредственно данным. Для синдромального подхода в патопсихологии, как и в психиатрии, важно определение существенных особенностей нарушения психической деятельности, что обеспечивает полноту характеристики и обоснованность выводов исследователя, его вы­ведение на нозологическую принадлежность заболевания. 'Го есть набор признаков, включаемых в подобный синдром, изначально неочевиден, а предполагает известный путь их анализа, обобщений и факторного мышления. Выделение синдрома сопровождается структурированием и интерпретацией получаемого в ходе иссле­дования материала. При этом важно помнить, что характер нару­шений нс специфичен для того или иного заболевания или формы его течения. Он лишь типичен для них и должен быть оценен в ком­плексе с данными целостного патопсихологического исследования [Зеигарник, 198fi|. Поскольку каждое заболевание имеет свою дина­мику, то столь же динамичны и синдромы, которые могут меняться с течением заболевания в зависимости от таких характеристик заболевания, как форма, время возникновения, длительность те­чения, качество ремиссии, степень дефекта. Но с внешней стороны описание патопсихологического синдрома может выглядеть как своеобразный портрет непротиворечивых симптомов, помимо про­чего отвечающий требованиям целесообразности в перспективе бу­дущей коррекционной работы, психо- и фармакотерапии.

Систематика патопсихологических симптомов не является в до­статочной степени разработанной. Первые попытки в этом направ­лении в рамках судебно-психиатрической практики были пред­приняты Л И. Кудрявцевым |1988|, который в качестве основных выделил следующие: шизофренический, органический, психопати­ческий и симптомокомнлскс психогенной дезорганизации психи­ческой деятельности.

/[ля шизофренического патопсихологического симптомокомплекса наиболее характерны симптомы распада мыслительных процессов, признаки диссоциации личностно-мотивационной и операцио­нальной сфер мышления, специфические нарушения динамики мыслительной деятельности. Эти основные расстройства проявля­ются при патопсихологическом исследовании в нсцслснапранлен- ности мыслительного процесса, непоследовательности суждений, специфическом эмоционально выхолощенном и бесплодном резо­нерстве, символике, искажении процессов обобщения с разнопла­новым подходом к выделению ведущих признаков, в актуализации слабых и латентных признаков предметов и понятий, феноменах патологического полисемантизма (многосмыслия), причудливости, несоответствия, выхолощепности ассоциаций, фрагментарности восприятия, своеобразных изменениях внимания и умственной ра­ботоспособности, связанных с мотивационными расстройствами, в нарушениях критичности мышления, неправильной самооценке. Дополнительно наслаиваются расстройства в эмоциональной (обеднение эмоций, их неадекватность) и коммуникативной (аути­стические тенденции) сферах.

«Ядро» патопсихологических нарушений органического сим- нтомокомнлекса имеет качественно иной характер. Преобладают изменения операциональной сферы мышления и процессов па­мяти но тину снижения интеллектуальных и мнестичсских воз­можностей, исследуемых в сочетании с относительной сохранно­стью личностно-мотивационной сферы мышления, достаточной адекватностью эмоциональных реакций. Отмечаются выраженная тенденция к образованию конкретно-ситуационных связей, обсто­ятельность суждений, снижение всех видов запоминания, замед­ленность, примитивность, стереотипность ассоциаций, нарушения умственной работоспособности с истощасмостью, лабильностью внимания, субъективной утомляемостью и колебаниями качества ответов но мере увеличения интеллектуальной нагрузки, снижение критичности мышления при относительно верной самооценке.

Психопатический симптомокомплекс патопсихологических рас­стройств складывается из характерных явлений нарушений са­мооценки, неадекватного уровня притязаний (чаще завышенного), аффективной обусловленности поведения, расстройств прогно­стической и регуляторной функций мышления со своеобразным эмоционально насыщенным рассуждатсльством (резонерством), неустойчивостью мотивации в процессе обобщения, выраженной аффективной логикой суждений при затрагивании наиболее лич- ностно значимых тем, явлениями парциальной (частичной) не­критичное™ при оценке своего противоправного поведения и си­туации.

Основу патопсихологического симптомокомплекса психогенной дезорганизации психической деятельности, свойственного реак­тивным психозам, составляют характерные признаки специфи­ческой хаотичности, ненаправленное™ деятельности, своеобразные «искажения» процесса обобщения с выделением аффективно зна­чимых признаков предметов, с аффективно обусловленными задер­жками, затруднениями, нарушениями в операциях опосредования, абстрагирования. Отмечается снижение уровня обобщений, чаще динамического характера (выделение конкретно-ситуационных признаков). Обнаруживаются затруднения при понимании логи-

чсских связей событий, неспособность осмысления относительно несложных наглядно-образных ситуаций с искаженной перера­боткой сюжета, вытеснением эмоционально значимого (отрица­тельно окрашенного) компонента. Характерны также динами­ческие нарушения конструктивных способностей («праксиса»), привычных навыков, памяти (всех се видов оперативной, крат­ковременной, отсроченной, механического и смыслового запоми­нания), сочетающиеся с трудностями переключения внимания, за­медленным и неравномерным темном психической деятельности. Большинство из вышеописанных признаков психогенной дезорга­низации психической деятельности обусловливается исходными расстройствами сознания.

Проведенное динамическое сопоставление повторных пси­хиатрических нозологических и патопсихологических синдро- мальных диагнозов выявило высокую степень их соответствия, подтвердив диагностическую надежность и информативность пато­психологических симптомокомплсксов.

В.М. Нлейхер и И.В. Крук 119861 дополнили вышсрассмо тронный перечень, выделив в рамках органического экзогенно-ор­ганический и эндогенно-органический синдромы, в рамках психо­генного психотический и невротический, а в круге эндогенных психозов шизофренический и аффективно эндогенный. В итоге эти авторы предлагают оперировать следующими синдромами.

1. Шизофренический в основном совпадает с характеристикой синдрома по Л.И. Кудрявцеву.
2. Аффективно-эндогенный — в клинике ему соответствуют би полярное аффективное расстройство (бывш. мапиакалыю-дспрсс сивный психоз) и функциональные аффективные психозы позд­него возраста. В депрессивном состоянии характерно безрадостное, подавленное и безысходное настроение, снижение скорости мысли­тельных операций, суицидальные тенденции, расстройства со сто­роны вегетативных функций, сна и аппетита. В маниакальном со­стоянии неадекватно ситуации приподнятое или эйфоричнос настроение, сопровождаемое ускорением темна мыслительной деятельности, психомоторным возбуждением, переоценкой соб­ственной личности, повышением инстинктивных видов деятель­ности, снижением дифференцированности внимания.
3. Олигофренический (соответствует умственной отсталости) складывается из неспособности к обучению, формированию по­нятий, абстрагированию, из дефицита общих сведений и знаний, примитивности и конкретности мышления, повышенной внушае­мости и эмоциональных расстройств.

А. .Экзогенно-органический — в клинике ему соответствуют эк­зогенно-органические поражения головного мозга: церебральный атеросклероз, последствия черепно-мозговой травмы, интокси­кации различной природы инфекционные процессы и т.п. Типичны явления астении в гиперстенической или гииостсничсской форме, некоторые потери со стороны мнсстичсских функций, ослабление способности к сосредоточению внимания и снижение произволь­ного контроля за внешними проявлениями эмоций. В более тя­желых случаях начинает страдать «верхний эшелон» психической деятельности, имеющий отношение к нравственной составляющей личности (утрачивается деликатность, стыдливость, чувство ди­станции), в интеллектуальной сфере — к сложным видам мысли­тельной деятельности, к процессам обобщения и отвлечения, до­ходя до уровня слабоумия.

Экзогенно-органический, в свою очередь, может быть структу­рирован в зависимости от локализации очага поражения головного мозга, что переводит вектор анализа содержания таких синдромов в нсйропсихологичсскую плоскость. С достаточной полнотой ос­новные нсйропсихологичсскио синдромы у взрослых (синдромы повреждения) и детей (синдромы незрелости) описаны в работах Н.К. Корсаковой, Л.И. Московичутс |2003| и Л.В. Семенович **120021**.

1. Эндогенно-органический — в клинике - истинная (так назы­ваемая генуинная) эпилепсия, первичные атрофические процессы в головном мозге, /(ля эпилепсии, прежде всего появление инерт­ности и вязкости во всех видах психической деятельности, в мыш­лении снижение уровня обобщения, склонность к застреванию на отрицательно окрашенных переживаниях, периодическая аф­фективная взрывчатость, повышенная озабоченность собственным здоровьем и болезненный педантизм. При атрофических процессах ведущей симптоматикой становится нарушение когнитивной функции и интеллекта с потерей ранее приобретенных навыков. На ранних стадиях со склонностью к эмоциональной неустойчи­вости и депрессии, а на поздних стадиях к апатии и абулии, по­терей критики к своему состоянию, нарушениям координации дви­жений, склонностью к немотивированным поступкам, постепенной деградацией личности, развитием деменции и маразма.
2. Личностно-аномальный — в клинике — акцентуированные и психопатические личности и обусловленные в значительной мерс аномальной почвой психогенные реакции. Ключевым фак­тором для этого варианта синдрома выступает дисгармония эмоционально-волевой сферы, которая подчиняет себе все остальные проявления расстройства. Степень разнообразия кон­кретных признаков специфических расстройств личности (со­временное обозначение психопатий) велика и во многом зависит от формы психопатии. Но для большинства лиц, отнесенных к данному варианту синдрома, типичны недостатки прогнози­рования последствий своих поступков, социальная дезадаптиро- нанность, слабость самокритики, отсутствие учета опыта (в том числе и негативного) при относительной сохранности интел­лекта.
3. Психогенно-психотический — в клинике — реактивные пси­хозы, возникающие как ответ на сверхсильную психическую травму и принимающие форму:

* аффективно-шоковых реакций, сопровождающихся сужением сознания, неупорядоченностью поведения, «мнимой смертью» (оцепенением, безразличием и апатией) или «двигательной бурей» (бессмысленной и эмоционально насыщенной двига­тельной активностью, ярко выраженными вегетативными реак­циями) но Кречмсру;
* истерических психозов с псевдо деменцией (имитацией слабо­умия), амнезией, ступором (обездвиженностью и мутизмом) или пуэрилизмом (регрессом психической деятельности, появ­лением в речи и в действиях детских черт);
* реактивных депрессий с бредовыми идеями, суицидальными мыслями или без них;

■ реактивных парапоидов образование свсрхцснпых или бре­довых идей (воздействия, отношения, преследования), при ко­торых любые нейтральные события начинают трактоваться тен­денциозно, порождая насыщенные эмоциональные реакции. Методической основой выделения психогенных расстройств (в том числе и невротических) считаются критерии, предложенные Карлом Ясперсом и известные под названием «триады»: 1) болезнь возникает вслед за психической травмой (однако в конкретных случаях подобное соотношение событий во времени нс означает на­личие причинности); 2) содержание болезненных переживаний от­ражает содержание психотравмирующей ситуации; 3) психические расстройства редуцируются и исчезают после дезактуализации пси- хотранмирующей ситуации.

1. Психогенно-невротический — в клинике — неврозы и невро­тические реакции, в клинической и патопсихологической картине которых доминируют эмоциональные и всгстосоматичсскис рас­стройства на почве преимущественно впутриличностного кон­фликта, который, согласно концепции Н.Н. Мясищева 119в0, 20051 и ориентируясь на взгляды отечественных психиатров |Карвасар- ский, 1990|, может выражаться: противоречивостью собственных тенденций (характерно для обссссивно-психастсничсского не­вроза), противоречивостью завышенных требований к себе, со­четаемых с ограниченностью личностных ресурсов (типично для неврастении) и завышенными претензиями к окружающим при игнорировании объективных реальных условий (специфично для истерического или конверсионного невроза).

Ь.Д. Карнасарский к числу основных невротических синдромов причисляет: астенический (собственно астения, вегетативные про­явления и расстройства сна); обсессивный (навязчивые сомнения, размышления, воспоминания, страхи, действия, ритуалы); фоби­ческий (выделенный из обссссивпых: переживание навязчивого страха с четкой фабулой и преимущественно сохранной критикой к своему состоянию); ипохондрический (избыточная озабоченность своим здоровьем) и синдром невротической депрессии (сниженный фон настроения, нс доходящий до степени тоски).

Поскольку указанные синдромы выступают как значимые при­знаки соответствующего психического расстройства, они часто обо­значаются как регистр-синдромы.

Ориентируясь на отечественную психиатрическую классифи­кацию, Носачсн [20(М] дифференцирует несколько отличающиеся виды патопсихологических синдромов, каждый из которых может быть рассмотрен под углом зрения расстройств когнитивной, эмоциональной и мотивационной сфер:

1. Шизофренический.
2. Аффективный (гипер- и гипотимический).
3. Психотической дезорганизации.

Л. Органический (ригидный, лабильный, мнсстический).

1. Эпилептический.
2. Олигофренический.
3. Личностно-аномальный (возбудимый и торпидный).

При этом решение проблемы обобщения визуально и экспери­ментально регистрируемых данных может идти не только об очер­чивании смысловых границ синдромов, но и о принципиальных подходах к их выделению. Например, И.А. Горьковская [20101, в отличие от предыдущих авторов, предлагает сконцентрировать внимание прежде всего на патопсихологических проявлениях пси­хических расстройств в зависимости от их формы, стадии и течения заболевания, что действительно не лишено смысла в дифференци­альной диагностике.

***Контрольные вопросы и задания***

1. Раскройте содержание понятия «синдром».
2. В чем разница между психопатологическим и патопсихологическим синдромами?
3. Какона классификация патопсихологических синдрамои?
4. Приведите критерии выделения психогенных расстройств по К. Яс­персу.

Глава 2

ПАТОПСИХОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ  
ПРОЦЕССОВ

1. СЕНСОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Сенсорные процессы — это самые элементарные психические явления, результатом которых становятся ощущения «сенсорные эффекты и есть ощущения» [Всккср, 1998, с. 78|. Ощущения форма непосредственного отражения в сознании человека от­дельных свойств предметов и явлений реальной действительности, воздействующих в данный момент на органы чувств человека, а также и состояния самого организма. Это самая элементарная форма психического отражения, благодаря которой организм иден­тифицирует качество (модальность) раздражителя, длительность и интенсивность его воздействия, а также его локализацию по от­ношению к органам чувств или но отношению ко всему организму. В физиологическом аспекте термином «ощущение» обозначают начальные процессы обнаружения и кодирования энергии физиче­ского мира |1Ииффмап, 200.'}|, а это значит, что ощущения могут классифицироваться не только по своей модальности (качеству воспринимаемого свойства), по и по своей интенсивности.

Ощущение является исторически первой формой психического. Возникновение ощущения связано с развитием раздражимости нервной ткани. На определенном этапе эволюционного процесса у организма элементарная раздражимость перерастает в чувстви­тельность, т.с. способность реагировать не только на жизненно важные раздражители, но и на раздражители, имеющие сигнальное (в известном смысле предупреждающее) значение, что заканчи­вается ответами на них дифференцированными формами реакций.

Получение первичной психической информации осуще­ствляется через органы чувств анализаторные системы, состо­ящие из периферических рецепторов, выполняющих роль детек­торов (определителей) но отношению к воздействующим раздра­жителям и роль преобразователей энергии внешнего раздражителя в энергию нервного импульса, проводящих путей (афферентных), некоторых подкорковых инстанций и центральной части пред­ставительства в коре больших полушарий мозга. Иногда в струк­туре анализаторной системы выделяют и нисходящие волокна

**(эфферентные), через которые осуществляется настраивающая регуляция деятельности нижних уровней анализатора со стороны высших, в особенности корковых, отделов.**

**Расположение рецепторов в пространстве организма нс явля­ется случайным, это результат продолжительного эволюционного процесса, оптимизирующего структуру всей рецепторной системы сообразно вероятности встречающихся раздражений и сообразно функциональным отношениям органов, с которыми ощущения не­посредственно или опосредованно ассоциированы. При этом име­ется сочетание двух факторов, обеспечивающих формирование сенсорного образа — способности к одновременной активации многих рецепторов, воспринимающих сигналы разных модаль­ностей и относительной функциональной их независимости друг от друга. Интеграция получаемой таким образом информации про­изводится лишь в высших отделах ЦНС. В принципе, человеческое тело в целом можно рассматривать как единый, хотя и сложно диф­ференцированный анализатор сигналов — воздействий на человека со стороны окружающей его среды | Гинсцинский, 19971. Таким образом, для возникновения ощущения необходимыми условиями являются: источник раздражения, его энергетическое воздействие и среда, через которую это воздействие достигает рецепторного ап­парата.**

**Другая закономерность, распространяющаяся на работу вос­принимающих систем, — это процесс сенсорной адаптации (лат. sensus — чувство, ощущение и adapto — приспособляю) — разнооб­разные изменения чувствительности анализатора, которые служат для его подстройки к интенсивности раздражителя. С одной сто­роны изменение пороговых характеристик анализатора обес­печивает предохранение органов чувств от избыточно сильных раздражителей, с другой — не позволяет маскировать новые ин­формационно важные раздражители постоянно действующими, гася последние, а в-третьих — обеспечивает восприятие слабых, но субъективно значимых для поведения сигналов. Имеет место перестройка абсолютной и дифференциальной чувствительности. Патологическая утрата какого-либо сенсорного потока обычно со­провождается компенсаторными перестройками в деятельности других анализаторных систем.**

**Сенсорная организация ребенка характеризуется целым рядом особенностей. В силу слабой дифференцированности анализа­торной чувствительности (незрелости коры) для новорожденного характерны генерализованные (преимущественно подкорковые) реакции на воздействия, причем эти реакции побуждаются**

нс столько внешними, сколько внутриорганизменными раздра­жениями. Л позднее у детей начинают доминировать ярко выра­женные ориентировочные реакции на явления уже окружающего мира, сопровождаемые высокой двигательной активностью, в свою очередь определяющей возможности ребенка в познании происхо­дящего. Онтогенез, отражающий логику приспособления ребенка к внешней среде, обусловливает и неравноценную полезность различных анализаторов на разных этапах созревания, причем функциональное совершенствование позднее активирующейся ана­лизаторной системы опирается на другие, уже зрелые анализаторы. После рождения рапсе всего рефлексы начинают вырабатываться на вкусовые (жизненно важные) и вестибулярные (сопровожда­ющие кормление) раздражители, затем созревают обонятельные и тактильно-кинестетические функции (хотя реакции на раз­дражение кожи обнаруживаются еще в эмбриональном периоде) а позднее — акустические и зрительные. В основных своих чертах сенсорная организация ребенка складывается примерно к 5-6-му месяцу, по се совершенствование продолжается годами, опреде­ляясь такими внутримозговыми процессами, как мислипизация проводящих путей, совершенствование синаптической системы, а также изменениями со стороны глиальной ткани и рядом других.

В соответствии с классификацией английского нейрофизиолога Чарльза Шерринггона (Charles ScoLl Sherrington, 1857 1952), вы­деляются следующие виды ощущений:

* жстероцептивные возникают при воздействии внешних раздра­жителей из внешней среды); они, в свою очередь, делятся на ди­стантные (слуховые, зрительные и, условно, обонятельные) и контактные (вкусовые и осязательные);
* проприоцептивные (кинестетические) при помощи рецепторов, расположенных в мышцах, сухожилиях и суставных сумках от­ражают и регулируют исполняемые движения, принимаемую позу и относительное положение частей тела в целом. Они также совместно с вестибулярным аппаратом сигнализируют о положении тела относительно направленности сил гравитации (ощущения равновесия);

\* интероцептивпые (органические) возникают при отражении обменных процессов и состояния внутренних органов (наличия в организме биологически полезных или вредных веществ, хи­мического состава имеющихся в нем жидкостей, температуры тела, давления и многого другого). Сигналы, поступающие из внутренних органов, в большинстве случаев менее осозна­ваемы и относятся к субсснсорпой области психики, имея тс-

**снос отношение к обусловливанию эмоциональных состояний (патология функционирования интсроцснтивных систем имеет определенное значение в развитии ипохондрического фено­мена |Орбели, 1949; Ксрбиков, 1955 и др.|). Причиной пере­хода этих «органических» раздражений в область отчетливых ощущений служат патологические изменения во внутренней среде организма. Таким образом, интсроцсптивныс ощущения по отношению к параметрам гомеостаза выполняют сигнальную функцию. Однако в клинической практике нередко можно встретить феномен субъективно выраженных интсроцснтивных ощущений, для которых соответствующие материальные при­чины отсутствуют.**

**Английский невролог Генри Гсд(Хэд) (Henry Head, 1861 1940) в эволюционном плане предложил различать протопатические и эникритичсские ощущения.**

**Протопатические (подкорковые, витальные, ноцицептивные) — малодифференцированные, лишенные четкой локализации древние ощущения, тесно связанные с эмоциями и жизненно важными про­цессами. Вызываются угрожающими организму и его тканям раз­дражителями (например, при контакте сильными стимулами, вы­зывающими боль, при резких температурных воздействиях и т.и.). Ноцицентивная чувствительность кроме собственно боли субъек­тивно может быть представлена также в виде различных непри­ятных интсрорсцсптивных ощущений, таких как изжога, тошнота, головокружение, зуд, онемение и т.п.**

**Эпикритические (корковые, гностические), или дискримина- тивные ощущения — эволюциоино более молодые, четко диффе­ренцированы, организованны для восприятия внешних стимулов и непосредствен но связаны с процессами мышления. Они дают возможность организму ориентироваться в окружающей среде, вос­принимать слабые раздражения, на которые организм может отве­чать реакцией выбора (произвольным двигательным актом). Пони­жение или выпадение функции эникритичсской чувствительности приводит к растормаживанию функции системы протопатичсской чувствительности.**

**Каждая анализаторная система имеет существенные огра­ничения в своей работе, т.с. эффект ощущения возникает лишь при определенном диапазоне интенсивности и качества раздра­жителя, определяемом нижним и верхним порогами раздражения. Даже полный комплекс анализаторных систем человека (равно, как и всех животных) способен отразить не всю информацию, гипоте­тически воздействующую на организм, а лишь ее небольшой спектр,**

**обеспечивающий эффективную адаптацию к внешней среде. Чув­ствительность постоянно изменяется в процессе развития и жизне­деятельности организма, приспосабливая его к раздражениям раз­личной интенсивности.**

**Информация, прошедшая процесс переработки и анализа, далее либо осознается, либо остается на неосознаваемом уровне, но в любом случае влияет на поведение человека (например, через сосудистые, трофические вегетативные, секреторные реакции). Таким образом, понятие чувствительности уже, чем понятие ре­цепции.**

**Традиционно различают количественные (понижение, повы­шение интенсивности ощущений, их потеря) и качественные (из­вращения) нарушения чувствительности. Первые характеризуются тем, что при них сохраняется правильность ощущения по существу (общий обзор вариантов симптоматики нарушений телесной пер­цепции см.: |В.И. Крылов, 20061).**

Количественные расстройства чувствительности

**Гиперестезия — усиление восприимчивости, интенсивности ощущения. Раздражители, обычно располагающиеся в зоне физио­логического комфорта, вызывают чрезвычайно интенсивную ре­акцию в связи с резким уменьшением нижних абсолютных порогов соответствующих рецепторов: обычный свет кажется ослепительно ярким, звуки ощущаются оглушительно громкими, случайные при­косновения грубыми и т.п. В крайних случаях своего проявления гиперестезия может приводить к раздражению, несдержанности и дискомфорту. Этот вид расстройстна может возникать при асте­нических состояниях, неврастении и истерии, при некоторых пси­хозах и интоксикациях.**

**Гипестезия {гипопатия) — ослабление интенсивности ощу­щения вследствие резкого возрастания их нижних абсолютных порогов. Нарушение чувственного тона может касаться различных видов ощущений — зрительных, слуховых, тактильных, проприо­цептивных, висцеральных.**

**Приведем примеры жалоб больных с гипсстсзисй [Жмуров, 1994).**

**Снижение остроты зрительных ощущений проявляется в том, что интенсивность освещения окружающего кажется значительно меньшей, чем это свойственно нормальному восприятию. Яркое освещение воспринимается тусклым, матовым, вечерним, цвета ка­жутся угасшими, блеклыми, пастельными, оттенки цвета различа­ются с трудом, контуры предметов видятся неясными, размытыми,**

лишенными четких очертаний, иногда слегка колеблющимися, не­определенными. Все вокруг воспринимается «как в тумане, через вуаль, пелену, дымку, занесу», как если бы глаза были «задернуты пленкой, зашторены».

Ощущение притупления слуховых восприятий проявляется в том, что звуки кажутся ослабленными, приглушенными, неот­четливыми, плохо модулированными — «уши как заложены, будто вата в них». Кинестезия кожного чувства выражается жалобами на снижение ясности ощущений осязания, боли, холода, тепла: «Щипаю себя, колю и плохо это чувствую, как будто это нс я... Трогаю предметы и не понимаю, холодные они, горячие, твердые или мягкие... Щека как замороженная, ничего нс ощущает... Кожа над коленными чашечками будто одеревенела... Руки ниже локтя как онемели, ничего не чувствуют...».

Ослабление яркости обонятельных и вкусовых ощущений часто наблюдается одновременно. Пища кажется безвкусной, пре­сной, однообразной, не возбуждает аппетита: «Будто траву жуешь или резину, если не посмотреть, не разберешь, что во рту...». Плохо ощущаются запахи, как приятные, так и неприятные, их от­тенки не различаются.

Встречаются жалобы на снижение остроты или утрату кинесте­тических ощущений: «Ноги как ватные, плохо чувствую их... Руки онемели, как будто отлежал их...».

Иногда больные с беспокойством отмечают потерю ощущения движений своего тела: «Движения легкие, незаметные, будто су­ставы смазаны... Все делаю с какой-то необычной легкостью...». На­рушается восприятие положения частей тела: «.Чакрою глаза и теряю представление, как лежат руки, согнуты или вытянуты ноги, сжимаю кулак или нет... Не чувствую, в какую сторону повернула голову, лежу я или сижу...». Теряется ощущение веса предметов. Больные могут обратить внимание на чувство утраты или ослабления ощу­щений, исходящих изнутри: «Пусто в груди, животе, будто я полый... Внутри все замерло, затихло, точно там ничего нет...».

Причины синестезии разнообразны начиная от органических поражений мозга различной этиологии, депрессивных состояний, астенических синдромов и заканчивая алкогольным опьянением.

Анестезия — полная утрата чувствительности, в частности бо­левой, даже при значительных по силе раздражениях (например, при медицинском наркозе).

Количественные изменения чувствительности начинают влиять на протекание других психических процессов, прежде всего вни­мания и зависимых от него.

Качественные расстройства чувствительности

Сенестопатии — аморфные, в большинстве своем неприятные, сенсорно новые и необычные ощущения со стороны внутренних органов, для описания которых больные часто прибегают к сравне­ниям, метафорам или аналогиям. Локализация сенестопатии крайне изменчива, иногда носит мигрирующий характер. Они чрезвычайно разнообразны: человек может чувствовать жжение, давление, боли, распиранис, перемещение жидкостей, натяжение и т.п. [Эглитис, 1977|. В отличие от соматических болей, которые всегда локализо­ваны, имеют стереотипное содержание, связаны с анатомическими границами и расположением органов, для сснсстопатий характерно отсутствие такой предметности переживаний. В большинстве слу­чаев появление сснсстопатий сопровождается эмоциональным напряжением, тревогой, тягостным чувством неопределенной ви­тальной угрозы, ипохондрическими тенденциями. Наиболее причуд­ливые сенестопатии встречаются на почве органических поражений головного мозга, а также при шизофрении.

В дошкольном возрасте (4-5 лет) впервые появляющиеся сс- нсстопатии выступают в виде псевдоболсвых ощущений преиму­щественно в животе и конечностях, и носят преходящий характер. В младшем школьном и нрепубертатном возрасте возникают более очерченные сснсстопатичсские и сснестоипохондрические состояния | Обухов, Шустер, 20041, иногда сосредоточенные в области сердца.

Парестезии более или менее элементарные кожные ощущения, возникающие без всякого внешнего раздражения: ползание мурашек, онемение, покалывание, жжение, пульсация, охлаждение, разогре­вание, боли в корнях волос, ощущение влажности кожи, движения но ней капель жидкости. Парестезии являются признаками заболе­ваний нервной системы, в том числе се периферического отдела.

Извращение восприятия внешних раздражений, например: воз­никновение ощущения боли при холодовом или тепловом раздра­жении; ощущение большей величины ощупываемого предмета; ощущение множества предметов или раздражений вместо од­ного (полисстсзия); ощущение боли в другой зоне по отношению к месту укола; ощущение раздражения не в месте его нанесения; ощущение раздражения в симметричном участке с другой стороны; неадекватное восприятие различных раздражений.

1'иперпатия (от греч. hyper — над, сверх и pathos — страдание) по своей симптоматике и происхождению напоминает гипере­стезию, но отличается от псе тем, что здесь имеют место нс коли­чественные нарушения процессов ощущения, а их качественные преобразования, т.с. переход от собственной модальности обычного

**раздражителя к боли и другим неприятным ощущениям тина зуда, тяжести и т.н. Из-за этого гипернатия иногда описынастся как из­вращение** ЧуВСТВИТСЛЬНОСТИ.

**В норме соматическая сфера функционирует непроизвольно или автоматически, большинство физиологических процессов нс со­провождается возникновением телесных ощущений. Наиболее ча­стое проявление телесной гипернатии — ощущение более сильных и / или более частых сердцебиений при объективно рс**1**истрирусмой нормальной частоте сердечных сокращений, ощущение движения пищевого комка но пищеводу, каловых масс но толстой кишке. Более редкий вариант гипернатии — обостренное восприятие ощущений, связанных с овуляцией и менструальным циклом | Крылов, 2006]. Иногда раздражения плохо локализуются больным, иррадиируют в другие зоны орЕ'анизма, отмечается длительное их последействие. Больные стараются уменьшать приток раздражителей: жмурятся, затыкают себе уши ватой, натягивают на голову одеяло, если лежат в постели, вздрагивают от ничтожного неожиданного звука или при­косновения, иногда сбрасывают с себя одежду, нс перенося ее прико­сновения к телу |Демьянов, 20(М|. Проявления висцеральной гипер- натии наблюдаются при невротических расстройствах.**

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Что такое ощущение и какова их классификация?**
2. **Каковы структурно-функциональные особенности анализаторных систем?**
3. **Охарактеризуйте количественные расстройства чувствительности.**
4. **Опишите качественные расстройства чувствительности.**
5. **В чем различие парестезий и сенестонатий?**
6. ВОСПРИЯТИЕ И ЕГО РАССТРОЙСТВА

**В соответствии с самым распространенным определением, вос­приятие (перцепция) — это психический саморегулирующийся процесс отражения предметов и явлений действительности в со­вокупности их различи ел х свойств и частей при не посредствен пом воздействии их на органы чувств. Результатом восприятия стано­вятся два автономных или сочетайных феномена:**

1. **формирование субъективного образа (психической копии воспринимаемого объекта, их совокупности, пространства и вре­менной последовательности событий, включая и мир в целом) в пер в ел е встречаем ел х предметов и явлений;**
2. **узнавание ранее знакомого объекта, что происходит как итог сопоставления реально воспринимаемого объекта с его идеальной**

**моделью, которая хранится в долговременной памяти. Полно­ценное восприятие завершается категоризацией, т.е. отнесением воспринятого к определенному классу объектов или явлений. Это значит, что к перцептивным процессам привлекается и вербальный фактор — номинация (называние) узнанного.**

**Образ восприятия выступает как результат синтеза ощущений, возможность которого, но мнению Л.Н. Леонтьева 120001, возникла в филогенезе в связи с переходом живых существ от гомогенной, предметно неоформленной среды к среде, предметно оформленной, дискретной. Выступая как сложная система процессов приема и переработки информации, как качественно новая ступень чув­ственного познания, восприятие становится предпосылкой и более совершенной формой ориентировки организма во внешней среде.**

**Восприятие невозможно без участия двигательной активности, которая сама находится иод его коррекцией и контролем, в итоге образуя цени обратных связей (рефлекторные кольца) | Берн­штейн, 1990|. Благодаря им происходит настраивание восприятия па объект и обеспечиваются аффективные необходимые манипу­ляции (например, зрительное обследование контура невозможно без перемещения глаза — аккомодации, конвергенции и дивер­генции, слежения; в слуховом восприятии активную роль играют слабые движения артикуляционного аппарата и т.д.). Формиро­вание образа может обусловливаться как внутрианализаторными ассоциациями ощущений, так и межанализаторными в различных их комбинациях, но в любом акте восприятия обязательное участие принимают двигательные (кинестетические) ощущения.**

**В целом восприятие как психический феномен отражения харак­теризуется относительной яркостью и четкостью, проекцией субъ­ективного образа в реальное пространство, отчуждением объекта восприятия и его образа от воспринимающего субъекта, а также невозможностью произвольного изменения образа | Бухановский, Кутя вин, Литвак, 1998|.**

**В соответствии с тем, какой анализатор играет в восприятии преобладающую роль, различают зрительное, слуховое, тактильное, кинестетическое, обонятельное и вкусовое восприятие. Возможен и другой тип классификации, основой которого являются формы существования материи. В соответствии с ней выделяют воспри­ятие пространства (объема, формы, величины, удаленности), вос­приятие времени (последовательности, длительности, ориенти­ровки во времени) и восприятие движения.**

**Восприятие также делят на два класса или уровня:**

**1) непроизвольное, которое может быть вызвано как выражен­ными особенностями окружающих предметов, так и случайным со-**

ответствием этих предметов интересам личности. В нем нет аарансс поставленной цели и отсутствует волевая активность;

2) произвольное исходно роллируется ранее возникшей задачей или ясной целью. Оно может быть включено в какую-либо деятель­ность, но может выступать и как самостоятельная деятельность, например, наблюдение. Эта форма восприятия в достаточно закон­ченной форме появляется в дошкольный период.

И в том и в другом случае речь фактически идет о внимании, которое реализуется через процессы восприятия. Предметы и яв­ления, которые становятся центром перцептивного внимания, на­зываются объектами восприятия, а все прочее — фоном.

Восприятие, как и любой другой психический процесс, обладает рядом свойств, существенные изменения которых могут составлять предпосылку патологии.

1. Целостность — представлена образом предмета или простран­ственной предметной ситуации. В процессе восприятия отдельные качества предмета, информация о которых поступает через ощу­щения, интегрируются, обобщаются в единое системное целое (геш­тальт, символизирующий стремление к завершенности). При этом возникает новое свойство — независимость образованного целого от качества составляющих его элементов, которые могут воздей­ствовать на воспринимающие системы как одновременно, так и по­следовательно. Степень отчетливости результирующего восприятия зависит от предвосхищения, которое всегда является функцией опыта, приобретаемого в результате перцептивной практики.
2. Структурность — это предпосылка целостности восприятия, благодаря которой отдельные воздействующие стимулы объеди­няются в целостные и сравнительно простые структуры, обеспечи­вающие отождествление воспринимаемого. Различные объекты на­чинают узнаваться благодаря устойчивой структуре их признаков, вычленению взаимоотношений частей и сторон предмета. И на­оборот — изменение соотношения одних и тех же элементов будет сопровождаться преобразованием объекта к нечто иное (из одних и тех же деталей детского конструктора могут быть собраны разн ыс игрушки). Но под структурностью может пониматься и способ­ность человека при известных усилиях со стороны внимания выч­ленять из целого отдельные его элементы. Например, при про­слушивании музыки возможно уловить отдельные звуки, тембры инструментов, но при обычных обстоятельствах все же восприятие мелодии или ее законченного фрагмента носит целостный характер. Н известном смысле структурность является производной от пере-

**хода сукцессивных (последовательных) перцептивных процессов в симультанные (одномоментные).**

**3. Константность — сохранение соответствия образа отражае­мому объекту даже при изменении условий восприятия. Внешний мир находится в состоянии постоянного изменения. В частности, внешние объекты непрерывно меняются относительно воспринима­ющего субъекта, который сам подвержен возрастным и другим изме­нениям. Меняются и сигналы, поступающие на органы чувств. Это явление компенсируется активной работой перцептивной системы: многократное восприятие одних и тех же объектов при разных условиях позволяет выделить относительно постоянную (инвари­антную) структуру отражаемого объекта — при восприятии объекта под разными углами, с разного расстояния, при разном освещении и т.и. он все равно идентифицируется как один и тот же. Кроме тот, образ, формируемый в процессе отражения действительности, имеет высокую избыточность — совокупность актуально восприни­маемых компонентов образа содержит информацию не только о них самих, но и о перцептивно отсутствующих (например, таких не вос­принимаемых в данный момент, как невидимая сторона предмета), т.е. об объекте в целом. Свойство константности, как и свойство це­лостности, — это приобретаемый в течение жизни результат.**

**А. Предметность — свойство восприятия, которое тройственно трактуется в современной психологии. С одной стороны, оно выра­жается в разделении общего перцептивного пространства на четко очерченные, замкнутые, обособленные в пространстве и времени отдельные физические объекты. Наиболее ярко данное свойство проявляется в феномене выделения конкретной фигуры из от­носительно аморфного фона. Важную роль здесь играют ограни­ченность предмета в пространстве и контрастность ощущений, которую этот предмет вызывает. С другой стороны, предметность часто рассматривается как способность отражать объект через его более обобщенные характеристики, например, через его функцио­нальное назначение или через отнесение воспринимаемого к опре­деленному классу. Перцептивный образ здесь выступает для че­ловека нс только как условная целостная фигура, наделенная сен­сорными качествами, но и как имеющая определенное предметное содержание. Предметность обычно обусловливается человеческим, общественно-историческим опытом. Нс формирование в онтогенезе связано с первыми практическими действиями ребенка, которые имеют предметный характер, направлены на внешние объекты и приспособлены к их особенностям, местоположению и форме. С третьей стороны, встречаются и определения предметности вос-**

приятия как отнесенности всех получаемых с помощью органов чувств сведений о внешнем мире к самим предметам, а, например, нс к раздражаемым рецепторным поверхностям или структурам мозга, участвующим в обработке сенсорной информации. Эти де­финиции предметности можно рассматривать как взаимодополня­ющие.

1. Обобщенность (категориальность) — это качество, являясь «сквозным», занимает особое место в перечне свойств перцептив­ного образа и в общей совокупности основных эмпирических ха­рактеристик психических процессов. Обобщенность перцептивного образа заключается в том, что отображаемый единичный объект­раздражитель, выступая в адекватном перцептивном образе но всей своей индивидуальной специфичности, вместе с тем восприни­мается в качестве представителя класса объектов, однородных с данным по каким-либо признакам. Эта отнесенность к классу по­лучает свое объективное выражение в однородных исполнительных реакциях в ответ на действие разных экземпляров данного класса, а на специфически человеческом уровне — в однородных и адек­ватных словесных реакциях, обозначающих разные единичные представители данного класса одним и тем же словом | Веккср, 1998|. Но мере расширения опыта восприятия образ, сохраняя свою индивидуальность и отнесенность к конкретному предмету, при­числяется ко все большей совокупности предметов определенной категории. По мнению Р.М. Грановской [1988|, обобщенность вос­приятия позволяет не только классифицировать и узнавать пред­меты и явления, но и предсказывать некоторые свойства, непосред­ственно не воспринимаемые (одно из свойств константности).

Между всеми перечисленными характеристиками восприятия есть определенное функциональное сходство. И константность, и предметность, и целостность, и обобщенность придают образу важную черту - независимость в некоторых пределах от условий восприятия и искажений. В этом смысле константность — это не­зависимость от физических условий восприятия, предметность оттого фона, на котором объект воспринимается, целостность не­зависимость целого от искажения и замены компонентов, состав­ляющих это целое, и, наконец, обобщенность — это независимость восприятия от тех искажений и изменений, которые не выводят объект за границы класса. Иными словами, обобщенность это внутриклассовая константность, целостность — структурная, а предметность семантическая константность | Грановская, 1988|.

1. Осмысленность - воспринимаемое явление, которое оценива­ется сточки зрения уже имеющихся знаний и опыта, что даст возмож-

**ность включить новую информацию в систему ранее сформированных представлений. Для этого воспринимаемому объекту или явлению приписывается определенный смысл или сущность, они обозначаются словами, классифицируются, относятся к определенной понятийной категории, что невозможно без использования такой мыслительной операции, как обобщение. Феномен осмысленности хорошо заметен при толковании двусмысленных рисунков, а его потеря — при такой форме расстройства восприятия, как агнозии.**

1. **Лпперцептивпость характеризуется тем, что в процессе по­строения образа субъект использует не только актуально посту­пающую информацию, но и ту, которая хранится в памяти и пред­ставляет содержание прошлого перцептивного опыта, с учетом отношения субъекта к воспринимаемому, его мотивов, эмоций, интересов и установок. Дипсрцептивность причинно связана с кон­стантностью.**
2. **Избирательность проявляется в преимущественном вы­делении одних объектов но сравнению с другими. Она зависит не только от объективных свойств предметов, которые привлекают внимание (например, благодаря своей яркости или подвижности), но и от субъективных условий, которые присущи самому воспри­нимающему человеку, в частности от его апперцепции. При вы­полнении индивидом той или иной задачи избирательно воспри­нимаются такие признаки, которые в какой-то мерс соответствуют содержанию этой задачи.**

**Каждое из перечисленных свойств может своеобразно нару­шаться.**

Расстройства восприятия

**Расстройства восприятия могут возникать но разным причинам: в результате как психических заболеваний, так и поражений коры и подкорковых структур головного мозга. К их числу обычно от­носят агнозии, псевдоагнозии, галлюцинации, псевдогаллюци­нации, расстройства восприятия но темпу, так называемые психо­сенсорные расстройства и иллюзии.**

Агнозии

**Агнозии являются следствием органического поражения неко­торых участков коры больших полушарий мозга. Они разнообразны по характеру симптоматики и по выраженности своих проявлений, зависящих от локализации поражения и его масштабности. Каче­ственная специфика агнозий обусловлена тем, центральная часть какой анализаторной системы преимущественно затронута очагом**

поражения, т.е. какая но модальности сенсорная информация (зри­тельная, слуховая, тактильная, кинестетическая) перестает интег­рироваться в перцептивные образы, /(ля агнозий характерно то, что восприятие самих ощущений продолжает сохраняться, т.е. больной видит, слышит и т.д., но на фоне относительно сохранного интел­лекта либо нс идентифицирует воспринимаемый объект, либо во­обще нс понимает, с чем имеет дело. В более легких случаях узна­вание воспринимаемого объекта происходит, но латентный период между его предъявлением и опознанием заметно, в несколько раз, увеличивается по сравнению с нормой. Нсть все основания считать, что одним из механизмов в формировании агнозий является сни­жение обобщающей функции восприятия.

Существенный вклад в разработку агнозий внес Л.В. Лурия 120001. (Современное описание агнозий, опирающееся на зару­бежные представления о их классификации, можно найти н ра­боте И.М. Тонконогого и Л. Пуанте «Клиническая психология» 120071.)

К симптоматике агнозий, возникших на почве поражения цент­рального отдела зрительного анализатора, относят: неспособность узнавать некоторые реальные или нарисованные (по-разному за­шумленные) предметы, в том числе буквы и цифры; различать оттенки цвета; узнавать знакомые лица или дифференцировать их по полу и возрасту; утрачивается способность ориентироваться в координатах и пространственных признаках внешней среды или делается невозможным формирование целостной «сюжетной» картины из многочисленных фрагментов, из которых она реально состоит | Кок, 1967).

Слуховой анализатор в функциональном отношении разделен на две подсистемы речевой и неречевой слух, каждый из которых обрабатывается разными полушариями. Поэтому поражения кор­кового представительства речевого слуха, обычно связанного с ра­ботой левого полушария, терминологически как агнозии не рас­сматриваются, а трактуются лишь как гностические и мпестичсскис предпосылки речевых расстройств (афазий). Слуховые агнозии, как правило, возникают при поражениях правого полушария и вы­ражаются либо неспособностью понимать смысл и значение самых простых предметных звуков (льющейся воды, звона ключей и т.п.), либо утратой способности узнавать и воспроизводить ранее зна­комые мелодии (этот эффект называется амузией), либо неспособ­ностью воспроизводить довольно простые ритмы (аритмия).

Н силу нолимодальности сигналов, обрабатываемых кожно­кинестетическим анализатором, симптоматика его поражения от- личастся разнообразием. При преимущественных расстройствах тактильного синтеза больной не способен с закрытыми глазами па ощупь узнать предмет, особенно трехмерный (астсреогпоз) или его отдельные качества — материал, из которого он сделан, ха­рактер поверхности и т.д., в ряде случаев появляется феномен дер- молексии ис узнаются буквы, цифры и геометрические фигуры, рисуемые на коже, больной с закрытыми глазами нс может назвать пальцы на руке, противоположной поврежденному полушарию мозга. Следует принимать в расчет различную результативность пассивного и активного ощупывания, которая выше при втором его варианте, включающем в процесс опознания нс только рецепторы кожи, но и кинестетическую информацию.

В качестве особой формы агнозии, также в значительной сте­пени (но нс только) имеющей отношение к патологии кожно-кине- стстичсского анализатора, рассматриваются нарушения схемы тела (соматоагнозия).

Схема тела — это сложный, возникающий в мозге человека обобщенный образ расположения частей собственного тела в трех­мерном пространстве и по отношению друг к дру1"у, который фор­мируется на основе совокупного восприятия кинестетических, болевых, тактильных, а также вестибулярных, зрительных и даже слуховых раздражений в сопоставлении со следами прошлого чув­ственного опыта. В психологическом смысле понятие «схема тела» означает нс всегда осознаваемую объемную модель собственного тела человека и его частей, с распределенной плотностью и чув­ствительностью. Это психофизиологический информационный аппарат, система субъективных знаний о «Я» физическом или со­матическом, образующаяся на основе восприятия себя через сен­сорные каналы. В этой системе интегрируются: 1) динамический образ тела, создаваемый текущей чувствительной информацией от перемещающихся органов движения, и 2) статический образ тела (поза), приобретаемый при индивидуальном развитии путем обучения на основе долгосрочной памяти.

Эта перцептивная модель обеспечивает управление движе­ниями, регулируемыми как сознательными, так и бессознатель­ными рефлекторными механизмами. В системе схемы тела фор­мируются образы нс только текущих, но и будущих движений. Во всех подобных случаях необходимы ощущения начального по­ложения тела и его частей и учет обратной кинестетической аффс- рснтации при их изменении. Поэтому схема тела, определяющая пространственные координаты и взаимоотношения отдельных частей тела, исходное основание для реализации любой днига- тельной программы. Данное обстоятельство позволяет предпола­гать, что помимо указанных источников информации, схема тела опирается и па восприятие времени.

Предполагается, что у новорожденных схема тела еще отсут­ствует, хотя самая элементарная координация движений реали­зуется уже с рождения. Формирование схемы тела с возрастом про­исходит постепенно, преимущественно к 5-6 годам [Гурфинксль, Ленин, 1979|. По мнению Н.И. Озерецкого 119411, автора известной шкалы моторной одаренности [Озерецкий, 192Г>|, раньше в отно­шении правой половины тела (у правшей), а затем левой.

На физиологическом базисе системы схемы тела в процессе он­тогенеза и социализации начинает формироваться личностная над­стройка, с помощью которой образуются психологические и эстети­ческие образы тела, несущие нс только «прагматическую», по и оце­ночную функцию (красиво уродливо, плохо хорошо и т.п.). Поэтому схему тела можно назвать телесным «Я-образом» лич­ности |Налчаджян, 1988|. Это связано с такими психологическими процессами, как представление, воображение, мышление |'Гхостов, 20021, ас феноменологической точки зрения, по слонам К. Ясперса, опыт переживания собственного тела тесно коррелирует с опытом чувств, влечений и сознания «Я» |Яспсрс, 1997|. По-видимому, возникновение подобной надстройки обусловливается нс только осознанием своего образа тела, но и восприятием тел других.

При углублении осознания себя все большая роль начинает принадлежать эмоциональной системе, которая придает сенсор­ному образу тела определенный эмоциональный тон, а психологи­ческому — эмоционально-социальную оценку. К юношескому воз­расту, когда физическое развитие в основном завершается и стаби­лизируется константность восприятия пространства вообще, схема тела становится относительно устойчивой подструктурой «Я-кон- цепции» — более общих, сложных и порой противоречивых устано­вочных представлений человека о себе самом в целом.

Соматоагнозия может проявляться в виде нсосозпания распо­ложения частей собственного тела (больной с закрытыми глазами не может описать позу, которую придал ему экспериментатор - аутотопагнозия), в недооценке тяжести имеющегося у него де­фекта (например, больной утверждает, что свободно владеет па­рализованной рукой, анозогнозия), в нераспознавании пальцев па своей руке (фипгерагнозия). К нарушениям схемы тела отно­сится также потеря ориентации в правой и левой сторонах тела, ощущение присутствия дополнительных (ложных) конечностей. Могут возникать патолог ические ощущения изменения величины и формы тела (аутометаморфопсия). Эти ощущения нередко со­провождаются развитием чувства страха и тревоги, которое исче­зает при привлечении компенсаторного зрительного контроля.

Псевдоагнозии

Пссвдоагнозии являются результатом нарушения мотивацион­ного компонента восприятия, т.е. личностного к нему отношения, смысловой его стороны, что часто наблюдается при поражениях лобных долей, ответственных за формирование целей поведения и произвольных волевых усилий но их достижению. Нарушение на­правленности поведения, аспонтанность и утрата «пристрастности» восприятия сопровождаются выхватыванием из воспринимаемого случайных, контекстно второстепенных деталей, попыток их ин­терпретации без связывания перцептивной информации в единое целое (например, в заданиях на понимание смысла серии картинок либо при необходимости объяснить сюжет одной картинки, требу­ющей выявления отношений между своими фрагментами).

Собственно восприятие при этом почти нс страдает, а известная направляющая помощь экспериментатора но концентрации внимания больного иногда позволяет добиться от него правильного ответа. Пссвдоагнозии, помимо локальных органических поражений лобных долей мозга, могут встречаться при деменциях (на фоне интеллск- туально-мнсстичсского снижения), а также при психических рас­стройствах, важнейшим элементом которых становятся личностные изменения, проецируемые в том числе и в мотивационную сферу (шизофрения, эпилепсия). Часть псевдоагнозий может формально интерпретироваться с позиции темпа перцептивной деятельности.

Расстройства восприятия по темпу в форме его замедления могут встречаться при депрессии, эпилепсии, органических пора­жениях головного мозга, а в форме ускорения при маниакальных состояниях, при гиперстеническом синдроме | Антропов, Антропов, Незнанов, 2010|. Замедленный темп восприятия типичен для детей с умственной отсталостью.

Галлюцинации

Галлюцинации один из видов нарушения восприятия, при ко­тором возникающие и вынесенные вовне образы и представления не имеют иод собой реального внешнего раздражителя («воспри­ятие без объекта»). Благодаря своей интенсивности, чувственности и конкретности пространственно-временного расположения, они становятся для больного неотличимыми от реальности и начинают накладывать отпечаток на поведение человека.

Причины галлюцинаций (эндогенные и экзогенные) много­образны — психические заболевания, отравления, высокая темпе­ратура тела, переутомление, органические заболевания мозга, фана­тизм и т.д., но все их объединяют нарушения в работе центральной нервной системы. Конкретные механизмы возникновения галлю­цинаций слабо изучены, но считается, что в их структуре всегда присутствуют два нарушенных компонента: само восприятие и су­ждение о воспринимаемом.

Выдающийся отечественный психиатр Василий Алексеевич Гиляровский (1876-1959) |1954| указывал, что галлюцинаторные расстройства нс являются чем-то оторванным от внутреннего мира пациента, в них находят снос отражение различные нарушения пси­хической деятельности, личностные качества и динамика болезни в целом. Галлюцинаторные образы имеют ту особенность, что они нс представляют собой чего-либо нового к сознании, а лишь воспро­изводят следы ранее возникавших ощущений, т.с. следы, извлека­емые из долговременной памяти. Данное обстоятельство не исклю­чает того, что возникающие образы могут отличаться от действи­тельных и порождать самые причудливые сочетания, комбинации различных ранее пережитых ощущений, что создает для больного впечатление их новизны.

Существуют различные способы классификации галлюци­наций, самые распространенные из которых — это их деление в зависимости от происхождения в сфере той или иной анали­заторной системы (зрительные, слуховые, тактильные, обоня­тельные, вкусовые), деление на истинные и ложные, а также де­ление по принципу «простота — сложность».

Зрительные галлюцинации характерны тем, что возникающий образ располагается в воспринимаемом пространстве, ассимили­руясь с ним. Это могут быть как относительно простые феномены (вспышки света, блестки, туман, пятна, полосы, точки и т.н.), так и законченные сложные образы, имеющие предметное содержание (люди, животные, дсмономаничсскис, мифологические, сказочные персонажи, мнимые предметы, пейзажи, сценоподобные, сюжетные, разворачивающиеся во времени картины — ноле боя и т.н.). Иногда больной что-то «видит» позади себя, вне поля зрения. Зрительные галлюцинации также часто содержат элементы символики.

Простые слуховые галлюцинации представлены неречевыми от­дельными звуками: шорохами, шумами, вздохами, шагами, либо более осмысленными звуками типа работающего мотора, шума прибоя, комариного писка и т.д., либо музыкальными или ритми­ческими образами.

Разновидностью слуховых являются вербальные галлюцинации, которые несут в себе фонематическую и семантическую состав­ляющие. По сравнению со зрительными они отличаются меньшей внешней яркостью (нечеткие, неразборчивые голоса). Слышимые голоса но отношению к больному могут быть разными — некоторые враждебны, другие доброжелательны или носят нейтрально коммен­тирующий характер, распространены случаи так называемых им­перативных вербальных галлюцинаций, повелевающих, приказыва­ющих совершать антисоциальные или опасные (вплоть до убийства или самоубийства) поступки. Иногда они имеют отношение к по­ведению других лиц или носят характер диалога. Вольной всегда хорошо различает локализацию голосов в пространстве: из-под земли, из космоса, из-за стены, от знакомых или случайных про­хожих и т.д. Из-за слабости критики к вербальным галлюцинациям в целом и их смысловому содержанию они часто становятся при­чиной брсдообразования (например, но типу бреда преследования).

Истинные слуховые галлюцинации вследствие их связи с мы­слительными процессами отражают более высокий уровень пора­жения, чем все остальные галлюцинации. Вели зрительные гал­люцинации больше ограничены сферой представлений и измене­ниями сознания, то слуховые часто протекают на фоне формально сохранного сознания, как, например, при шизофрении.

Тактильные галлюцинации мнимые ощущения прикосновения, дотрагивания, ползания паразитов, давления, локализуемые на по­верхности тела, внутри кожи или под нею отчетливое ощущение резкого прикосновения, схватывания, появления влаги на коже, электрических импульсов, температурного воздействия на поверх­ность тела; больному может казаться, будто его кусают, щекочут, царапают и др.

Обонятельные галлюцинации обычно характеризуются появле­нием крайне неприятных, с тягостным содержанием мнимых за­пахов (например, дыма, газа, нечистот, гниения, трупный и т.п.), реже приятных или вообще нс знакомых по прошлому опыту. Один и тот же запах устойчиво повторяется в различных реальных ситу­ациях. Проекция воспринимаемых мнимых запахов различна. За­пахи могут исходить от окружающих или самого больного, от его внутренних органон. Появлению этих галлюцинаций предшествует повышенная чувствительность к запахам. При обонятельных гал­люцинациях больной ведет себя соответствующе: у него наблю­дается мимика отвращения или тревоги, он принюхивается, огля­дывается, закрывает нос платком, высказывает идеи отравления либо напротив, при переживаниях приятных запахов на его лице выражается эмоция блаженства. Обонятельные галлюцинации часто оказываются первым признаком опухоли одной из височных долей (чаще правой).

Вкусовые галлюцинации обычно сосуществуют с обонятельными либо появляются позже их: пища приобретает отвратительный вкус или возникают затруднения с описанием вкусового обмана. Больной отказывается от еды.

Висцеральные галлюцинации — это такие нарушения интсро- рецепции, которые оформляются в очерченные предметные вос­приятия, которые переживаются как живые существа или какие- то неодушевленные предметы, обычно находящиеся внутри тела или внутри конкретных органов. Такие галлюцинации часто соче­таются с идеями одержимости, воздействия, преследования и дру­гими видами бреда.

Псевдогаллюцинации

В отличие от описанных выше истинных галлюцинаций, когда больной не отличает их от реальных предметов, существуют псев­догаллюцинации (впервые описаны Виктором Хрисанфовичем Кандинским (18^9-1889) 12001 ]), переживаемые как новые, ано­мальные, особые, неестественные, кем-то «сделанные», навязанные.

В большинстве случаев псевдогаллюцинаторные образы воз­никают спонтанно, проецируются внутри тела больного, главным образом в голове, но если даже в редких случаях они возникают и вне ее, то лишены характера объективной реальности, свой­ственной истинным галлюцинациям и совершенно не связаны с ре­альной обстановкой. В соответствии с одним из критериев, больные с истинными галлюцинациями уверены, что и окружающие испы­тывают тс же переживания, в то время как больные с псевдогал­люцинациями считают свои переживания сугубо личными. Че­ловек убежденно говорит, что ему «показывают» картины, зву­чащие мысли попадают в голову «с помощью транзисторов» и т.п. При псевдогаллюцинациях больной продолжает правильно воспри­нимать реально слышимые голоса и видимые предметы. Несмотря на формальную критику, псевдогаллюцинации часто сочетаются с бредом воздействия.

Выявление галлюцинаций у детей представляет собой значи­тельные трудности, так как, во-первых, они часто отождествляют их со сновидениями, а во-вторых, галлюцинации у детей трудноот­личимы от эйдетических образных представлений (см. ниже). Чем младше ребенок, тем чаще у него преобладают зрительные и так­тильные галлюцинации. Все галлюцинации у маленьких детей носят нестойкий характер, возникают или усиливаются на фоне тревоги и страха, расстройств сознания, при ослаблении которых могут исчезнуть.

Следует иметь в виду, что галлюцинации могут возникать под влиянием различных факторов и у психически здоровых людей (внушенные под гипнозом, при воздействии некоторых токсиче­ских веществ, на пике высокой температуры при ряде соматических или инфекционных заболеваний, при патологии органов зрения и слуха, в условиях жесткой сенсорной депривации, при заболева­ниях мозга и т.н.).

Эйдетические образы

Особое место среди феноменов восприятия занимают эйдети­ческие образы — необыкновенно яркие, детализированные (зри­тельные, слуховые, кинестетические, вкусовые и др.) представ­ления объекта, композиций или сцен, спонтанно возникающие или вызываемые сразу после прекращения актуального воспри­ятия, а иногда всплывающие из памяти но прошествии даже лет, отличающиеся «фотографической точностью» и порой эмоцио­нальным сопровождением. У ряда эйдетиков возникающие пред­ставления имеют очень высокую степень стойкости и нс пропадают даже после продолжительного воздействия последующих стимулов, иногда приобретая характер навязчивости. Другие эйдетики оказы­ваются способными к произвольному пробуждению эйдетических представлений и сознательному вмешательству в развертывание этих представлений. Эйдетические феномены нс следует путать с галлюцинациями, поскольку при первых нет расстройств мыш­ления и продолжает сохраняться критика к воспринимаемому. Это явление необычное, но не болезненное, хотя в отдельных случаях могут возникать признаки навязчивости. Эйдетизм характерен для части детей младшего и подросткового возраста, а у взрослых встречается редко, как правило, у людей художественного склада — композиторов, художников, писателей, артистов.

Психосенсорные расстройства

Психосечсорные расстройства — различные по своей структуре искажения (извращения) сложных восприятий вследствие нару­шений сенсорного синтеза при сохранности ощущений, идущих от органов чувств. Они могут возникать как у психически нор­мальных людей, но находящихся под воздействием патогенного фактора, например интоксикации, так и при психических заболева­ниях (эпилепсии, шизофрении), органических заболеваниях мозга.

**При исихосенсорных расстройствах на первый план выступает искаженное восприятие метрических, пространственных (форма, размер, локализация) качеств объектов при общем их узнавании и сохранении критического отношения к ним, а также различные расстройства восприятия и оценки времени.**

**К подобным расстройствам относится, в частности, метамор- фопсия — искажение формы и величины окружающих предметов, которые могут казаться уменьшенными, увеличенными (ку­рильщик гашиша может воспринять окурок, лежащий перед ним, как имеющий размеры бревна, и высоко поднимет ногу, чтобы пе­решагнуть через него, — В.И. Гинсцинский [ 19971), искаженными (объекты «перекручены», «изломаны», «скошены»), приближен­ными или удаленными. Иногда к мстаморфопсиям относят и ум­ножение числа воспринимаемых объектов.**

**Этот феномен часто рассматривается как составная часть более сложного, системного психосснсорного расстройства — дереали­зации (аллопсихичсской деперсонализации), выражающегося в тя­гостном чувстве нереальности, призрачности, чуждости больному окружающего мира. Внешний мир воспринимается отдаленным, ненастоящим, неотчетливым, застывшим, бесцветным, силуэтным, безжизненным |Снсжнсвский, 1985; Носачёв, Варанов, 20061. Все окружающее переживается как изменившееся, другое, «нарисо­ванное», как бы во сне, выглядит декорацией, сценой, на которой люди разыгрывают придуманные роли. В силу вовлеченности здесь более высоких уровней отражения реальности, указанная симпто­матика обоснованно трактуется и как один из основных вариантов расстройств самосознания (см. параграф 3.7).**

**Распространенной разновидностью дереализации являются симптомы «уже виденного» (deja vu) и «никогда не виденного» (jamais vu). Первый заключается в том, что больной, попавший в незнакомую обстановку, внезапно ощущает уверенность в том, что окружающее он видел раньше, ему знакомы окружающие пред­меты, незнакомые люди начинают восприниматься как знакомые, он знает последовательность событий и переживаний, которые будут происходить. Обратный характер восприятия наблюдается при симптоме «никогда не виденного». Больной начинает воспри­нимать привычную обстановку (например, собственную квартиру) как совершенно неизвестную. Эти расстройства, помимо перцеп­тивных компонентов, также включают в себя нарушения памяти и сознания и сопровождаются ощущениями замедленного или нео­бычайно ускоренного течения времени.**

Сами расстройства оценки времени также многообразны и со­четаются с изменением восприятия реального мира. Время может субъективно:

* останавливаться — весь мир кажется обездвиженным;
* замедляться, и также замедляются перемещения объектов, дви­жения людей и их мимика;
* ускоряться — время переживается более быстротекущим, чем в прошлом перцептивном опыте больного, измененным воспри­нимается все окружающее, люди — «суетливыми и быстро двига­ющимися»; больной хуже чувствует свое тело, грубо ошибается в определении длительности только что пережитого состояния;
* растягиваться неподвижные предметы могут показаться дви­гающимися, «живыми», плоское объемным;
* утрачиваться — ощущение, раскрываемое больным в выражениях: «времени нет... освободился от гнета времени», изменяется вос­приятие окружающего: предметы и люди кажутся более контраст­ными, собственное эмоциональное состояние более приятным;
* течь обратно в послсприступиых самоописаниях больные говорят: «Время течет вниз», «Время идет в обратном направ­лении», «Я иду назад во времени»;
* ритмически повторяться — ситуация уже исчезла как реаль­ность, но она мелькает в сознании больного вновь и вновь, будто она еще существует в настоящем времени и пространстве (как это, например, происходит при посттравматическом стрессовом расстройстве).

Встречаются и ошибки оценки давности событий: секунды назад состоявшиеся события кажутся бывшими «давным-давно» [ Бра­гина, Доброхотова, 1988].

Системные искажения восприятия собственных психических процессов и собственного тела называются деперсонализацией. Она может встречаться при различных психических расстройствах и является реакцией, нсспсцифичной в отношении нозологиче­ских единиц. Вели у больного регистрируются изменения своего психического «Я», говорят об аутопсихической деперсонализации, при изменении восприятия телесного облика о соматической деперсонализации. Данные явления также относятся и к разряду расстройств самосознания.

В первом случае деперсонализация проявляется в виде недо­статочной отчетливости восприятия больным (отчуждения) про­цессов мышления, памяти, чувств, собственно восприятия, лич­ности. Чувство измснсниости восприятия при деперсонализации носит целостный характер и сопровождается обычно мучительным сопоставлением отражения себя в данный момент с восномина-

ниями о прежнем восприятии. Пациент сравнивает свое состояние с пребыванием но сне, г оворит, что стал роботом, автоматом, плохо контролирующим тонкие и ранее привычные движения [Мсграбян, 19fi2|, возникает ощущение «подыгрывания в спектакле», искусст­венности того, что происходит с личностью, дистанцированное™ от собственных переживаний. Сознание может перемещаться за пре­делы тела, последнее воспринимается субъектом как бы со стороны, или сознание раздваивается, одновременно порождая восприятие и изнутри, и снаружи. Иногда пациент ощущает себя в двух разных местах одновременно | Попов, Вид, 20021, утрачивается способность предвидеть свои реакции па какие-то, даже стандартные, события. В рамках аутопсихической деперсонализации упоминается и пато­логическая рефлексия насильствен пая прикованность внимания

к происходящему в собственном «Я», ощущения какого-то наблю­дателя за собственным внутренним миром со стороны. Все это про­исходит на фоне сохранности сенсорных процессов, способности к эмоциональному реагированию и понимания неестественной при­роды этого явления. При этом больной, как правило, за исключением особого бредового синдрома, также понимает, что переживаемые из­менения не вызваны другими лицами или силами.

В случае соматической деперсонализации (аутометаморфопсии) возникают нарушения схемы тела, которые частично были охарак­теризованы в параграфе 2.2.

Кроме того, в медицинской литературе описываются следующие варианты подобных расстройств: синдром искаженного восприятия своего тела — его величины, формы, веса, положения в пространстве, состояния покоя или движения. Причем возможно искаженное ощущение как обра:(а всего тела, так и его частей, например, субъ­ективно увеличивается или уменьшается одна из конечностей, она приобретает необычную форму, возникает фантом ампутированной конечности, увеличивается число конечностей. Вольной пытается найти конечность там, где ее нет, ощущает, что конечность отдели­лась от тела, путает правую и левую стороны тела, игнорирует (упу­скает из внимания) одну из половин тела, все тело представляется ему чрезмерно легким или тяжелым, спина и грудь меняются ме­стами. Вольной в эксперименте с закрытыми глазами не в состоянии определить расположение частей собственного тела в пространстве (аутотопагнозия). Своеобразные расстройства схемы, заключаю­щиеся в игнорировании левой его половины, характерны для не­которых локальных повреждений правого полушария. Нарушение схемы тела может возникать в момент засыпания или пробуждения, иногда при определенном положении тела.

**Ощущение увеличения или уменьшения величины тела или его частей исчезает при усилении зрительного контроля. Появление расстройств схемы тела нередко сопровождается развитием чувства страха, тревоги. Многие больные способны изображать нарушения схемы тела в рисунках и картинах.**

**Для проявления деперсонализации характерна утрата эмоцио­нального компонента психических процессов. Это относится не только к классическим симптомам психической анестезии: потере чувств к близким, отсутствию эмоционального восприятия окружающей обстановки, природы, произведений искусства и т.д., но и к деперсо­нализации мышления, намята, соматонсихической деперсонализации. У таких больных мысли проходят, не оставляя следа; нет ощущения их оконченности, так как они не сопровождаются эмоциональной окраской, они безлики; намять нс нарушена, но нет ощущения узна­вания; прежние переживания, образы, мысли тусклы, как бы стерты, поэтому кажется, что в памяти ничего нет |Нуллср, 19811.**

**По данным В.М. Батиной |1978| и И.В. Макарова 120061, деперсонализация может возникать у детей с 3 лет в структуре ранней детской шизофрении как проявление неглубокого аффек­тивного и неврозонодобного уровней реагирования, а также и при синдроме Каннсра (расстройстве аутистического спектра). У детей до 7 лет еще не установившиеся механизмы самосознания легко нарушаются, но их диагностика затруднена из-за сложности отра­жения этого феномена в словесном отчете ребенка. Наиболее часто деперсонализациопные расстройства возникают в переходный пу­бертатный период.**

**Предложенная В.М. Башиной |1978] типология дсперсо- нализационных феноменов у детей включает следующие психи­ческие проявления:**

1. **Самая легкая степень изменения самосознания, когда дети спрашивают, кто они, почему «я — это я», но знают нри этом соб­ственное имя. Нарушения эпизодические и легко исчезающие.**
2. **Нарушение сознания «Я» с заменой его иным «Я», но без раздвоения самосознания. Ребенок просит называть его другим именем, отказывается от собственного.**
3. **Раздвоение сознания «Я» — явление, близкое к феномену двойника. Ребенок ощущает присутствие своего второго «Я» рядом, не боится его, может просить принести пищу «для двоих».**

**А. Деперсонализация в структуре патологических игровых пере­воплощений ребенка в различные одушевленные существа или не­одушевленные предметы (содержание данного пункта дискусси­онно из-за отсутствия критического отношения больного к проис­ходящему).**

1. Дереализация с ощущением туманности и неясности при вос­приятии окружающего.
2. Утрата сознания своег о пола.
3. Феномены отчуждения действий, когда больной утрачивал уверенность в совершении им тех или иных действий.
4. Нарушения восприятия физической целостности. В этом случае ребенок воспринимает свои части тела, как «плохие» или не принадлежащие ему.
5. Депрессивная утрата сознания «Я». У ребенка на фоне де­прессивной симптоматики отмечается утрата сознания возраста, времени, своего «Я», своих чувств.
6. Полная утрата сознания «Я». В этом случае у детей наблю­дается отказ от использования личных местоимений.
7. Деперсонализация при синдроме Капнера. В этом случае у больных отмечается нарушение становления самосознания в ру­диментарной форме, когда они говорят о себе во втором или тре­тьем лице.

В МКН 10 синдром деперсонализации-дереализации отнесен к рубрике «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные (психогенные, но скрывающиеся за соматическими симптомами) расстройства». В МКЬ-11 деперсонализация-дереализация фигу­рируют в разделе «Диссоциативные расстройства» (понятие диссо­циативное™ в общем случае указывает на отрыв или отчуждение какого-то вида психической деятельности от обычной интегриро­ванной реализации психики). Сравнительные катамнестичсскис исследования деперсонализации у взрослых и детей показали, что у детей с возрастом депсрсонализационные расстройства сглажи­ваются и полностью исчезают, в то время как у взрослых наблюда­ется склонность к затяжному течению синдрома | Макаров, 2006|. Деперсонализация и дереализация часто встречаются как сопут­ствующие расстройства.

Иллюзии — ошибочное, ложное восприятие реально суще­ствующих в данный момент предметов и явлений. При этом пони­мание образов не всегда соответствует действительности и может иметь другой смысл. Иллюзии могут возникать и на почве проти­воречия признаков перспективы, глубины, формы и величины вос­принимаемых объектов.

Иллюзии представляют собой по преимуществу неосознанное и с трудом поддающееся произвольной коррекции явление. Су­ществуют разные подходы к классификации иллюзий, например, но характеру отнесенности к той или иной анализаторной системе, по механизмам, лежащим в их основе: физические (миражи, пре ломлсние предметов на границе двух сред), физиологические (ощу­щение движения окружающих предметов после остановки поезда), психические и т.п.

Чаще других описываются зрительные иллюзии, вызванные выраженными колебаниями настроения, экстазом, повышенным аффективным фоном (куст в темноте принимается за притаивше­гося человека), и парейдоличсские — случаи, при которых возни­кающий, как правило, причудливый, сказочный, фантастический образ начинает формироваться на почве комбинаторного воспри­ятия контуров, линий, форм, цвета, рельефа какого-то объекта (трещин на стене, узора на ковре, проплывающих облаков и т.п.) |Лртамопон, 1969; Рыбальский, 1983]. Темнота, вечернее время, желание спать усиливают частоту возникновения зрительных ил­люзий и усложняют их сюжет. Часто в качестве самостоятельных выделяют вербальные иллюзии, которые заключаются в ложном восприятии содержания реально происходящих разговоров окру­жающих: человеку кажется, что эти разговоры содержат намеки на какие-то неблаговидные поступки, издевательства, скрытые угрозы по его адресу, что сближает эти иллюзии с бредом отно­шения. Отличие вербальных иллюзий от последнего заключается в том, что при бреде отношения пациент слышит и пересказывает речь окружающих правильно, по понимает ее иначе, а при иллю­зиях речь исходно воспринимается неверно.

Иллюзии широко распространенное явление среди здоровых людей, особенно вследствие усталости, истощения, подозритель­ного отношения к окружающему или страха, в том числе среди детей, но они могут встречаться и как следствие психического рас­стройства или органического поражения головного мозга. Провести границу между некоторыми психосспсорными расстройствами и иллюзиями бывает затруднительным в силу их содержательной близости.

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Дайте определение процессу восприятия.**
2. **Охарактеризуйте основные свойства восприятия.**
3. **В чем отличие агнозий от сенсорных расстройств?**
4. **Что такое схема тела?**
5. **Какова отличительная черта псевдоагпозий?**
6. **Дайте определение галлюцинациий и опишите их особенности в со­ответствии с классификацией но модальности анализаторных систем.**
7. **В чем отличие псевдогаллюцинаций от истинных галлюцинаций и кто впервые описал их?**
8. **В чем отличие эйдетических образов от галлюцинаций и каким кате­гориям лиц свойственны эйдетические феномены?**
9. **Какие нрианаки исходно составляют базу психосенсорных рас стройств?**
10. **Опишите нрианаки аутонсихической деперсонализации.**
11. **Какой симптоматикой характеризуются расстройства схемы тела?**
12. **В чем особенность ленерсонализационнмх расстройств у детей?**
13. **При каких обстоятельствах мшуг провоцироваться иллюзии?**
14. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕНСОРНЫХ И ГНОСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Исследования сенсорных процессов, несмотря на то что с их изучения начинались экспериментальная психология и психофи­зика (зарождение последней связано с именами таких известных немецких ученых XIX в., как Густав Теодор Фсхнср и Эрнст Генрих Вебер), в настоящее время редко становятся специальной деятель ностью патопсихолога, смещаясь в плоскость некоторых разделов медицины. Актуальность подобной задачи возрастает в том случае, если объектом исследования становится ребенок, попавший в сферу интересов специальной психологии (например, но причине неуспе­ваемости в школе или при подозрении на проблемы с умственным развитием), либо в тех случаях, когда черепно-мозговые травмы или какие-либо патологические органические процессы локально затрагивают тс участки коры больших полушарий мозга, которые несут функциональную ответственность за исполнение процессов ощущения и восприятия (узнавания) [см., например: Шипицина, Мамайчук, 2001].

Субъективный аспект сенсорных и психосснсорных расстройств легко устанавливается на основе жалоб больного, которые он предъявляет врачу во время клинической беседы, а сам факт таких проблем может быть зарегистрирован патопсихологом по матери­алам истории болезни и сведений, почерпнутых из документации соответствующих специалистов (офтальмолога, сурдолога, невро­патолога и др.).

В значительной части случаев суждение о состоянии анализа­торных систем и их функционировании выстраивается на соче­тании двух источников информации: соответствующих жалобах испытуемого (собираемых с помощью беседы или клинического интервью) и аппаратурных исследованиях, традиционно описы­ваемых в экспериментальной психологии и психофизиологии. В самом общем случае предметом исследования становятся абсо­лютные и различительные (дифференциальные) пороги чувстни-

**тельное™ соответствующего анализатора | Экспериментальная..., 1966|. Для конкретных анализаторных систем разработаны и спе­циализированные методы исследования, учитывающие специфику реализации данной) вида ощущений.**

**Например, в отношении зрительного анализата целесообразно учитывать четыре группы характеристик: энергетические (диапазон воспринимаемых яркостей, контрастность, слепящая яркость, отно­сительная видность), информационные (пропускная способность), пространственные (острота зрения, ноля зрения, объем восприятия) и временные (латентный период реакции, длительность инерции ощущения, критическая частота мельканий, время адаптации, дли­тельность информационного поиска) [Основы..., 1977; Основы..., 1997]. Совокупность этих характеристик и их числовые значения определяют видимость объекта. Важную роль в оценке отклонений в ощущениях играет и характеристика цветовоенриятия.**

**Широко распространенными приемами в офтальмологии явля­ются:**

* **оценка остроты зрения с помощью таблиц Дмитрия Александ­ровича Сивцева (1875-1940) |Головин, Сивцев, 19271, иногда предъявляемых на экранах мониторов с высоким разрешением (для исследования детей используются таблицы К.М. Орловой);**
* **исследования нолей зрения с помощью проекционного пери­метра Фсрстсра или его современных аналогов;**
* **исследования особенностей цветовоенриятия с помощью поли­хроматических таблиц К.Ь. Рабкина [ 1971 ] или аномалоскона. Для слухового анализатора это абсолютный и дифференци­альный пороги для разных частотных параметров звука (высоты звука), длительность звукового раздражителя, способного вызвать ощущение, дифференцировка двух звуков по высоте и интенсив­ности, оценка расстояния до источника звука и его расположение в пространстве при монауралышм и бинауральном прослуши­вании [Экспериментальная..., 1978; Вартанян, 19811. Исследования большинства указанных параметров осуществляются при помощи аудиометров, различающихся функциональными возможностями и возможностями управления. Кроме того, в отоларингологии и сурдологии используются такие аппаратурные приемы иссле­дования слухового анализатора, как акустическая имисдансоме- трия (измерения акустического сопротивления или акустической податливости звукопроводящих структур периферической части слухового анализатора), регистрация слуховых вызванных потен­циалов (компьютерная аудиомстрия), отоакустическая эмиссия (регистрация с помощью чувствительного микрофона, введенного**

к слухоной проход ответного звукового сигнала через несколько миллисекунд после звукового стимула) и некоторые другие иссле­довательские приемы, включая функциональную диагностику.

Для кожно-кинестетического анализатора тактильная чувстви­тельность характеризуется тремя взаимосвязанными пороговыми величинами [Всккср, 1998|: порогом интенсивности (абсолютным и относительным, измеряемыми но методу Фрея, с помощью набора калибрированных волосков различного диаметра, производящих давление на точку кожи), пространственным (минимальным ощу­щением раздельности прикосновений, которое исчисляется в мил­лиметрах расстояния между двумя одновременно прикасающимися ножками циркуля) и временным порогами (определяется различе­нием раздельности последовательно сменяющих друг друга прико­сновений к одному и тому же месту кожи) тактильного различения. Полный анализ функционирования кожно-кинестетического ана­лизатора осложняется тем, что в перечень видов чувствительности, обслуживаемых им, входят также подчиняющиеся своим законо­мерностям развития и расстройств температурная, болевая, вибра­ционная, а также стоящая особняком кинестетическая, теснейшим образом связанная с двигательными функциями |Лурия, 2000].

В нейропсихологии, которая традиционно занимается иссле­дованием расстройств перцептивных и гностических функций, разработаны десятки методов и проб с их качественной и коли­чественной оценкой [см.: Лурия, 2000; Вассерман, Месрсон, До­рофеева, 1997; Глозмап, 1999; Бизюк, 2005; Семаго, 2005; Бгоров, 2006|. Психологический анализ исполнения многих из них показы­вает, что реальный механизм достижения испытуемым цели, сфор­мулированной в инструкции, предполагает привлечение не только провозглашаемого психического процсса (в данном случае воспри­ятия), по и целого ряда сопутствующих или производных — мо­торики, мышления, внимания, мнсстичсских функций и др., что весьма затрудняет отнесение конкретной методики к группе чисто перцептивных. Очевидно, что расстройства соответствующих функций будут в патопсихологическом эксперименте сказываться и па характере деятельности в процессе пробы, и па итоговом се результате. В то же время работа с любой психодиагностической методикой и с любым стимульным материалом в качестве обя­зательных включает в себя и перцептивные процессы. Поэтому часть методик, широко применяемых для оценки разных сторон восприятия, рассматривается нами в других параграфах, но со спе­циальными ссылками на их потенциальные возможности в данной сфере.

**К числу конкретных и достаточно распространенных методов исследования гностических расстройств относятся следующие.**

Наложенные фигуры Вальтера Поппельрёйтера

(Walther Poppelreuter, 1886-1939)

[Poppelreuter, 1917-1918; цит. по: Лурия, 2000; Кок, 1967] **Представляют собой контурные наложенные изображения, тре­бующие специальных перцептивных усилий (в том числе усилий со стороны общего и зрительного внимания) для выделения объ­екта из фона и его узнавания. Фоном служат другие контурные изображения, становящиеся для больного шумом. Данная проба предлагается больному в том случае, если он достаточно успешно справляется с опознанием реальных объектов и реальных полуто­новых или даже полноцветных реальных изображений заведомо знакомых предметов. Кс интерпретация осуществляется на качест­венном уровне — изображенные объекты опознаются или нс опоз­наются, либо их опознание требует намного больше времени но сравнению с условной нормой, либо в опознание вплетаются побочные ассоциации, либо опознание происходит, но носит не­полный (например, категориальный) характер.**

**Существует несколько версий указанных фигур. Приведем пример на рис. 2.1.**

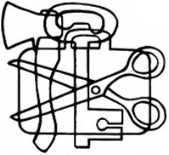


Рис. 2.1. Наложенные фигуры

**Слабые результаты на узнавание (выделение из «шума») фшур Поииельрсйтсра являются признаком предметной зрительной аг­нозии.**

**Помимо наложенных фигур, для обнаружения проблем зритель­ного восприятия и узнавания в других методиках также широко используются многочисленные варианты зашумления стимульных образов, их необычный поворот в пространстве листа, ограничение времени предъявления, нсдорисовыванис значимых деталей, предъ­явления в контурной или профильной форме и т.п.**

Методика «Компасы»

(автор неизвестен)

[Лучшие..., 1992; Практикум..., 2003]

**Методика предназначена не только для характеристики простран­ственного тозиса, но и для оценки пространственных представлений и даже пространственного и (косвенно) логического мышления (рис. 2.2). На специально бланке предлагается несколько десятков схематичных изображений так называемых слепых компасов, на ко­торых отсутствуют традиционные обозначения сторон света (кроме одной, которая, как правило, смещена со своего обычного положения). На компасе имеется стрелка, показывающая одно из восьми (С, К), В,СВ, СВ, ЮВ, ЮЗ) направлений, которое испытуемый и должен определить с учетом смещения системы координат. Поворачивать бланк с изображениями компасов во время эксперимента нельзя.**

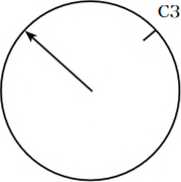


Рис. 2.2. Методика «Компасы» (пример стимульного материала)

**Систематические ошибки в работе со стимул ьнмм материалом (при исключении других возможных их причин) являются при­знаком зрительной пространственной агнозии.**

Методика «Кубики Коса»

(Samuel Calmin Kohs, 1890-1984)

[Kohs, 1920; Бурлачук, Морозов, 1999]

**Методика изначально разрабатывалась для диагностики на­глядно-действенного и конструктивного мышления и, в частности, нашла применение для констатации конструктивной апраксии. Вместе с тем в ее психологической основе лежат пространственный гнозис и пространственные представления, из-за чего она вполне применима и для оценки пространственной агнозии.**

**В стандартном варианте, наиболее известном из интеллекту­альной батареи Дэвида Векслера |Филимонснко, Тимофеев, 20021, используется 16 одинаково раскрашенных кубиков (две иротиво-**

моложных грани красные, дне белые и две но диагонали разделены на два треугольника красный и белый) (рис. 2.3). Испытуемому поочередно показывают усложняющиеся по конфигурации и уве­личивающиеся по размеру рисунки-орнаменты (узоры), которые должны быть составлены из верхних граней кубиков. Складывать орнаменты необходимо на столе, нс накладывая кубики на образец.

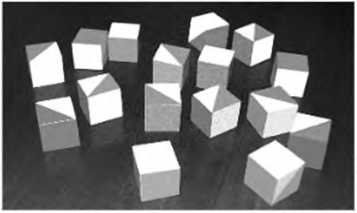


Рис. 2.3. Кубики Коса

При выкладывании сложных узоров испытуемый должен рас­членить оптически однородные части узора на составляющие их пространственные элементы. При несовпадении единиц на­глядно воспринимаемых деталей структуры с границами от­дельных кубиков, из которых они должны быть составлены, и при нарушении пространственных отношений решение подобных задач человеком с расстройствами зрительно-пространственного гнозиса может быть затруднено [Лурия, 20001.

Время исполнения каждого задания регламентировано, а иссле­дование прекращается после пяти неудачных решений.

Работа с испытуемым по этой методике требует от эксперимен­татора достаточной изощренности, поскольку в ходе наблюдения, помимо собственно гностических расстройств, могут быть выяв­лены неустойчивость внимания, импульсивность, пониженная мо­тивированность работы, проблемы праксиса и программирования деятельности.

При необходимости для решения конкретных патопсихологи­ческих задач возможно отклонение от стандартного алгоритма дея­тельности.

В рамках шкалы интеллекта Векслера разработан и детский ва­риант методики «Кубики Коса» |Филимонснко, Тимофеев, 1992].

По данным Ю.Ю. Максимовой и К.Л. Милютиной 120001, дети начинают выполнять самые простые задания кубиков Коса с 3,5 года, копируя их с образца, выполненного в кубиках того же размера. После 4 лет ребенок выполняет эти же задания, копируя с образца, выполненного на бумаге, но пока еще в натуральную величину. С 5 лет образец на бумаге дается уже в уменьшенном размере. В норме ребенок 5 лет должен выполнить первые пять за­даний кубиков Коса.

Для исследований наглядно-действенного мышления, помимо кубиков Коса, у детей дошкольного возраста могут использоваться и такие методики, как «Доски Сегена», складывание разрезанных на несколько частей картинок, рисование человека и некоторые Другие.

Методика Т.Н. Головиной

[Головина, 1974]

Эта методика в основном предназначена для исследования спо­собности детей к целостному восприятию формы предметов и для оценки состояния их графомоторных навыков.

Испытуемому предлагаются бланки с изображениями недорисо­ванных кругов и треугольников, а также двух предметных изобра­жений (бабочки и жука). Предлагается эти изображения закончить (дорисовать). В инструкции подчеркивается, что все треугольники имеют одинаковый размер (рис. 2.4).



Рис. 2.4. Стимульный материал к методике Головиной

Дети старшего дошкольного возрастас нормальным интеллектом хорошо выполняли задание по восстановлению целостности гео­метрических фигур; при дорисовывании предметов они понимают принцип работы, хотя иногда допускают небольшую асимметрию.

Умственно отсталые дети справляются с этими заданиями в значи­тельно более позднем возрасте. Наибольшие трудности возникают у них при необходимости дорисовать круг. Они замыкают контур, не производя при этом необходимых кругообразных движений, по­этому площадь «дорисованной» фигуры оказывается, как правило, уменьшенной. При дорисовывании треугольников умственно от­сталые дети изменяют их площадь и форму, причем имеют место случаи распространения принципа дополнения трех верхних треу­гольников на нижний ряд подобных фигур; дети забывают, что вес треугольники одного размера или «не узнают» равенства. При до­рисовывании предметов изображений (бабочки, жука) они же до­пускают выраженную асимметрию и несоответствие заданному изображению, резкое увеличение или уменьшение дополняемой части, искажение формы.

Графический диктант Д.Б. Эльконина

[Рогов, 1995; Эльконин, 1997; Басина, 1988; Гуткина, 2000;

Практикум по..., 2002]

Методика, для успешного выполнения которой необходимы на­выки пространственной ориентировки, предназначена для оценки:

* способности дошкольников и младших школьников к произ­вольному слухорсчсвому вниманию;
* умения точно выполнять сложную систему требований взрос лого;

■ самостоятельного действия по сформированному визуальному образцу.

Ребенок на листе бумаги «в клетку» от проставленных экспе­риментатором точек, ориентируясь на его команды, не отрывая карандаша от бумаги, рисует узор (рис. 2.5). Первый из них, наи­более простой, является тренировочным, отражающим понимание ребенком инструкции, и для оценки нс засчитывается: «одна клетка вниз, одна клетка направо, одна клетка вверх, одна клетка направо, одна клетка вниз», /[алее ребенок продолжает узор сам. В процессе выполнения можно подбадривать, но никакие дополнительные ука­зания по выполнению узора нс даются.

Второй (оцениваемый) узор: «Одна клетка вверх, одна клетка направо, одна клетка вверх, одна клетка направо, одна клетка вниз, одна клетка направо, одна клетка вниз, одна клетка направо» с са­мостоятельным продолжением.

Третий (оцениваемый) узор: «Три клетки вверх, одна клетка на­право, две клетки вниз, одна клетка направо, дне клетки вверх, одна клетка направо, три клетки вниз, одна клетка направо, две клетки нвсрх, одна клетка направо, две клетки вниз, одна клетка направо» с самостоятельным продолжением.

Четвертый (оцениваемый) узор: «Три клетки направо, одна клетка нвсрх, одна клетка налево, две клетки вверх, три клетки на­право, две клетки вниз, одна клетка налево, одна клетка вниз, три клетки направо, одна клетка вверх, одна клетка налево, две клетки нвсрх» с самостоятельным продолжением.

Между рисованием узоров ребенку предоставляются примерно 2 минуты отдыха.

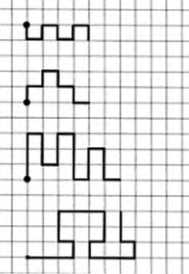


Рис. 2.5. Графический диктант Д.Б. Эльконина

Первое задание (рисование со слон) считается выполненным хорошо (<1 балла), если есть точное воспроизведение (неровность линий, «дрожащая» линия, «грязь» нс снижают оценку). Нели при воспроизведении допущены 1 2 ошибки средний уровень (3 балла). Низкая оценка, если при воспроизведении имеется лишь сходство отдельных элементов (1 балл) либо сходство вообще от­сутствует (0 баллов).

Нели ребенок смог самостоятельно продолжить узор без допол­нительных вопросов задание выполнено хорошо (^ балла); неуве­ренность ребенка, допущенные им одиночные ошибки при продол­жении узора средний уровень (3 балла). Нели ребенок допускает множественные ошибки, но в целом выполняет задание — 1 балл; отказался продолжать узор либо нс смог нарисовать ни одной пра­вильной линии — низкий уровень выполнения (0 баллон).

Таким образом, действия под диктовку и правильность само­стоятельного продолжения узора оцениваются независимо друг от друга.

При исследованиях поданной методике необходимо обращать внимание на дстей-лсвшсй, так как в предваряющей эксперимент инструкции ребенку напоминают, что рисонать нужно той рукой, которая привычно держит карандаш. Кроме того, дети дошкольного возраста могут путать нс только правую и левую сторону, но также верх и низ листа бумаги, а также ошибаться в отсчитывании одной, двух или трех клеток.

Оценка слухового гнозиса требует специальной звуковоспроиз­водящей аппаратуры, с которой производится предъявление испы­туемому монаурально или бинауральпо:

* бытовых звуков (льющейся воды, звона ключей, шума ветра,

звука работающего мотора и т.п.);

* отрывков музыкальных произведений, которые требуется вос­произвести напснанисм;
* коротких и простых ритмических структур.

Слуховой гпозис может исследоваться и с помощью высокока­чественной речевой аудиомстрии, для которой подбираются слова, отвечающие определенным фонетическим и лексическим требова­ниям по частотности звуков, смыслу и по частоте встречаемости слов в обыденной речи. Существуют специальные таблицы слов, обеспечивающие реализацию этих требований. Интенсивность вербальных стимулов может варьироваться, включая в том числе и громкость, соответствующую шепотной речи.

Помимо собственно слухового гнозиса, в исследованиях такого рода важную роль играют и процессы модально специфического слухового внимания.

Тактильный гнозис может быть исследован с помощью не­скольких проб, традиционно используемых для нсйронсихологи- ческой диагностики.

1. Проба на стсрсогноз.

Испытуемому с закрытыми глазами предлагается опознать на ощупь несколько вкладываемых в руку заведомо знакомых пред­метов (очки, авторучку, ключ, монету и т.п.). Сначала проба выпол­няется одной (каждой) рукой, а затем — двумя руками.

Для исследования детей используется мешочек, в который вкла­дываются знакомые ребенку игрушки (например, фигурки разных животных).

1. Проба на опознание текстуры предмета.

/(ля проведения этой методики подбираются одинаковые но форме и размеру предметы, например, детский резиновый мячик, мяч для тенниса, шар от бильярда, аналогичные по размеру моток шерсти, металлический, деревянный и выточенный из камня шары. Испыту­емому предлагают оценить характер их поверхности и сказать, из ка­кого материала сделан данный предмет. В другом случае в качествестимульного материала служат наклеенные на картон или фанеру по­хожие куски разных материй (кожа, шерсть, шелк, резина и т.п.).

1. Проба на дсрмолсксию (проба Фсрстсра).

Испытуемого просят закрыть глаза, после чего, обычно на тыльной стороне ладони, экспериментатор рисует буквы, цифры или геометрические фигуры, которые должны быть опознаны. Н этой пробе, помимо кожного чувства, сохранными должны оста­ваться и символические функции.

Исследование температурной и вибрационной чувствитель­ности производят с помощью специальных приборов.

Исследование сохранности схемы тела

Среди разнообразных приемов исследования схемы тела наи­большей известностью пользуются следующие.

Проба Хэда. Экспериментатор с просьбой повторить показы­вает испытуемому различные нарастающие но своей сложности позы рук относительно тела и лица; наиболее распространенной ошибкой является показ позы зеркально (рис. 2.6).



Рис. 2.6. Проба Хэда (пример поз)



Рис. 2.7. Проба на фингерагнозию (пример позы)

Проба на фингерагнозию. Испытуемому показывают различные позы пальцев (на­пример, большой и указательный пальцы со­мкнуты в кольцо, остальные расправлены и т.п.) и просят повторить аналогичное положение пальцев на соответствующей руке; в другом варианте просят назвать пальцы рук, показы­ваемые психологом, или при закрытых глазах предлагают назвать пассивно двигаемые пальцы (рис. 2.7).

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Какие сферы психологии преимущественно занимаются изучением процессов ощущения и их расстройствами?**
2. **Какие характеристики ощущений разных анализаторных систем це­лесообразно учитывать при проведении диагностического обследо­вания?**
3. **Нарушения каких психических процессов могут наложить отпечаток на оценку гностических функций?**
4. **Какая форма стимульного материала используется в методиках для выявления зрительной предметной агнозии?**
5. **Для решения каких диагностических целей может использоваться ме­тодика «Компасы»?**
6. **Как может меняться изображение дорисованных предметов в мето­дике Головиной у детей с умственной отсталостью?**
7. **Па оценку каких функций направлена методика «Кубики Коса» и с какого возраста ребенок может исполнять ее отдельные задания?**
8. **Опишите технологию проведения методики «Графический диктант» и критерии оценки ее выполнения.**
9. ПАМЯТЬ И ЕЕ РАССТРОЙСТВА

Память — способность живых систем запоминать, хранить и воспроизводить ранее полученную информацию. В более ши­роком контексте это предпосылка формирования опыта и обучения, обеспечивающих адаптацию к внешней среде, поскольку в памяти сохраняются нс только образы и мысли, но и стратегии поведения (в том числе социальные), сопровождавшиеся н прошлом удачными и неудачными последствиями для индивида. В известном смысле: «Я — это то, что я о себе помню».

Намять — достаточно универсальный, сквозной механизм, атрибут практически любой психической деятельности, что и обу­словливает его включенность в причинно-следственные отношения при патологическом изменении этой деятельности.

Традиционно в памяти как активном психическом процессе раз­личают три основные составляющие, а но сути, этапа: регистрацию (запоминание), храпение и воспроизведение (извлечение) инфор­мации. Каждая из этих составляющих достаточно сложна, и их раз­вертка во времени подчиняется собственным законам.

Например, процесс исходного запечатления следов, по сути, является прямым продолжением восприятия. Запоминание пред­ставляет собой дна последовательных процесса — кодирование ин­формации (перевод информации в форму, отличную от исходной) и консолидация следа (также называемого энграммой) - объели- пенис его с информацией, полученной ранее. В этом виде психи­ческой деятельности у памяти человека, но мнению В.В. Шулыов- ского |2(Ш|, есть дне важные черты:

1. возможность разбиения переработки информации на ряд этапов;
2. ограниченность емкости каждого этана обработки.

В процессе хранения полученные данные продолжают обоб­щаться, свертываться и реконструироваться, в результате чего в памяти но прошествии времени остается лишь важнейшее, под­вергшееся смысловой обработке. Вместе с тем в ряде работ по ис­следованию памяти показано, что полноценное хранение наглядной информации может происходить и без придания информации смысла (без семантического кодирования).

Эффективность воспроизведения (восстановление запечатлен­ного) зависит от используемой стратег ии поиска необходимого; эта стратегия и сама может варьировать в зависимости от предшеству­ющего обучения, мотивации, эмоционального состояния и проб­лемной ситуации, для которой желаемая информация извлекается. При этом воспоминание, в свою очередь, сопровождается декоди­рованием и сопоставлением с требованиями задания. Обычно вы­деляют две основные формы воспроизведения припоминание (активное самостоятельное) и узнавание. Первое считается более сложным, поскольку в этом случае мнсстические процессы про­ходят через все свойственные им этапы (поиск нужного следа путем псрсбирания ассоциаций, декодирование информации и со­поставление результата с целями, что требует известных волевых усилий). Важным фактором поиска информации к памяти явля­ется наличие приоритетных признаков (меток) поиска или классов ассоциативных связей, ведущих к нужной информации |Клацки, 1978|. При узнавании процесс упрощается, поскольку выбор искомого стимула происходит из ограниченного числа вариантов и в основном сводится к компарации (сравнению) предъявляемых стимулов с информацией, извлекаемой из памяти. Усилия вни­мания при узнавании минимальны.

Иногда в качестве самостоятельного и активного рассматри­вается и процесс забывания, «угасания» следов. Помимо есте­ственного угасания следов, например, из-за нсвострсбованности информации, в нем важнейшую роль играет механизм интерфе­рирующих воздействий (интерференция наложение). Обычно рассматривают два типа интерференции: ретроактивную и проак­тивную. В первом случае вновь полученная информация своеоб­разно «затирает» уже имеющуюся, а во втором — напротив, старая мешает аффективному усвоению новой. Это и объясняет тот факт, что воспроизведение информации делается более сложным, если она гомогенна (схожа) с другой информацией и образует сходные ассоциации с воспоминаниями.

.'Забывание, как и запоминание, носит избирательный характер, поэтому оно зависит от нс всегда осознаваемых самим человеком установок, выражающих специфическую направленность его личности. Забывается то, что перестает быть для личности суще­ственно важным, а отчасти и то, что идет вразрез с се устремле­ниями [СЛ. Рубинштейн, 2000|. В некоторых из подобных случаев речь может идти о реализации защитных механизмов подавления и вытеснения.

Согласно исследованиям американского психолога Ричарда Ат­кинсона |Лткипсоп, 1980| различают дна основных аспекта системы памяти: постоянные структурные характеристики памяти и про­цессы управления памятью, протекающие при непосредственном контроле индивида. Структурные характеристики определяют общий путь прохождения информации через сенсорную память (точный эквивалент внешней стимуляции) в кратковременную (перцептивные знаки) и далее в долговременную память (семанти­ческая форма) — и являются независимыми от индивида. Процессы управления памятью влияют на то, какая информация пройдет этот путь и каким образом она его пройдет. Они носят произвольный характер, осуществляются под непосредственным контролем инди­вида |Личсл, Цыган, 2004|. Процессы управления поступление, накопление и извлечение информации осуществляются с учетом контекста функционирования системы памяти, обеспечивая фор­мирование эффективных стратегий выполнения задачи в меня­ющихся условиях

Н силу высокой степени разработанности проблемы классифи­кация видов памяти носит развернутый характер и определяется многочисленными основаниями, которые закладываются в ка­честве дифференцирующего фактора. Это может быть продолжи­тельность удержания следа, связанность с анализаторными систе­мами или видами деятельности, уровень произвольности, источник происхождения (врожденная, импритииг, прижизненная), качество хранимой информации и т.д. Очевидно, что перечисленные фак­торы нс являются взаимоисключающими.

Чаще всего исполызусмая классификация по длительности удер­жания следа выделяет следующие виды прижизненной (в отличие от врожденной) памяти |Линдсей, Норман, 19741:

* **непосредственную (мгновенную, свсрхкратковрсмснную, сен­сорную, иконичсскую, эхоическую);**
* **кратковременную (первичную, оперативную);**
* **долговременная память.**

**Непосредственная память сохраняет информацию в точности в том виде, в котором она была получена, т.е. в виде сенсорных сти­мулов (отсюда названия: иконичсская (образная) для зрительной или эхоичсская память для слуховой модальности). Физиологи­ческим эквивалентом непосредственной памяти является возбу­ждение нейронов первичных и вторичных корковых зон соответ­ствующего анализатора. Считается, что объем непосредственной па­мяти неограничен, поскольку анализаторные системы фиксируют, хотя бы кратковременно, всю поступающую информацию. Длитель­ность сохранения следа в непосредственной памяти соответствует длительности возбуждения рецепторных нейронов, что составляет доли секунды. Примером работы непосредственной памяти могут служить написание слов иод диктовку или их устное повторение за кем-либо, рисование с натуры и др. Во всех подобных случаях обеспечивается механизм перехода от сукцессивных (последова­тельных и дискретных) процессов к симультанным (целостным или гештальтаым).**

**Следует иметь в виду, что определение «непосредственная» также используется в отношении памяти в другом значении — при намерении ее противопоставить памяти опосредованной. В этом случае «непосредственная» подразумевает слабую обра­ботку запоминаемого материала и отсутствие специальных средств запоминания (кодирования содержания, образного, графического моделирования, связывания материала с ранее усвоенными зна­ниями и включения его в систему).**

**В кратковременной памяти информация удерживается от не­скольких секунд до нескольких минут (или до нескольких часов). Кратковременная память содержит только то, что необходимо в данный момент для решения актуальных задач. Поэтому другое название кратковременной памяти — оперативная или рабочая (иногда их выделяют в качестве самостоятельных). От сенсорной памяти кратковременная отличается тем, что удерживаемая инфор­мация представляет собой не точный отпечаток событий, а их не­посредственную интерпретацию. Она является актуализированной, активной частью памяти, в которой доминирует вновь приобре­тенный опыт.**

**Об**1**>см кратковременной памяти ограничен. В норме кратковре­менная память состоит в среднем из семи (от пяти до девяти) ячеек**

(«магическое число Джоржа Миллера» | Миллер, 201.‘{|), к каждую из которых может быть помещен как отдельный признак, например, знук или цвет, так и целостный сенсорный образ, слово, словосоче­тание или даже довольно сложный смысловой фрагмент. Инфор­мация, хранящаяся в одной ячейке («кошельке») кратковременной памяти, получила название структурной единицы кратковременной памяти, или чанк (от англ, chunk — кусок). Это единица, в которой предъявляется материал. Укрупнение структурных единиц крат­ковременной памяти возможно благодаря активному обращению к предыдущему опыту индивидуума, т.с. к долговременной памяти, а также благодаря выделению смысловой составляющей запомина­емых стимулов (упоминавшемуся выше семантическому кодиро­ванию). Предотвращение потерь информации из кратковременной памяти можно обеспечить и с помощью процесса «мысленного по­вторения».

Нормальное функционирование кратковременной памяти в зна­чительной степени зависит от процессов внимания.

Оперативную память в качестве специального вида выделяют в тех случаях, когда особо хотят подчеркнуть наличие выраженных помех в процессе запоминания или хранения информации либо из-за требования удержания в памяти промежуточной инфор­мации, необходимой для дальнейшего привлечения в продолжаю­щейся деятельности. В подобном контексте в оперативную память могут привлекаться сведения и из памяти долговременной. Одним из отличий оперативной памяти от кратковременной считается раз­личие целей и задач запоминания. Нели в кратковременной памяти запоминание обычно является самоцелью, то в оперативной па­мяти, напротив, запоминание и воспроизведение подчинены целям и задачам текущей деятельности и тесно связаны с се содержанием.

Долговременная память характеризуется неограниченным объемом и способностью сохранять информацию в течение сколь угодно долгого времени, до продолжительности жизни. Существует несколько классификаций долговременной памяти. Согласно одной из них, долговременная память разделяется на декларативную и процедурную [ Влум, Лейзсрсон, Хофстедтср, 1988|.

Декларативная память представляет собой память о фактах (объектах, событиях), что включает как память о событиях жизни, так и общую осведомленность. Нс задача ответить на вопрос «что?». Эта память является сознательной и при своей актуали­зации требует значительных ресурсов внимания (как, например, при узнавании зашумленного объекта). Не делят на память собы­тийную (или эпизодическую) и символическую (или семантиче­скую). Такое деление долговременной памяти было предложено в 70-х гг. прошлого века канадским психологом Энделем Туль- випгом |Tulving, 19721.

Эпизодическая память содержит воспоминания о датированных по времени происшедших событиях ЖИ.'ШИ и о связях между ними (автобиографическая память), чему противопоставляются воспо­минания о фоне, на котором эти события развивались. Содержание эпизодической памяти индивидуально для каждого человека и по­полняется в течение всей жизни. Данный вид памяти наиболее уязвим по отношению к различным патологическим процессам.

Семантическая память — это память на вербализованные по­нятия (в частности, знание языка) и обозначения для окружающих явлений в их связи с самими явлениями, на формальные правила и абстрактные идеи. По-видимому, данный вид памяти организует и алгоритмы манипулирования символами, понятиями и отноше­ниями, обеспечивает хорошую организацию храпения материала, способствующую эффективному его воспроизведению (например, в процессе речи). Формируется семантическая память, в основном, в раннем детском возрасте. Нс содержание до определенной сте­пени совпадает у представителей одной культуры и социального слоя. Эффективное взаимодействие между семантической и эпизо­дической памятью складывается примерно к 3-4 годам — возрасту, с которого ребенок начинает манипулировать осознанными воспо­минаниями, нанесенными на временную шкалу.

Важное различие между эпизодическим и семантическим ви­дами памяти заключается в том, что первая постоянно обусловли­вается новыми задачами и изменяется в результате их выполнения, тогда как семантическая память во времени остается относительно стабильной.

Процедурная память представляет собой усвоенные на протя­жении жизни навыки деятельности, двигательные, перцептивные и когнитивные стратегии и даже условные рефлексы (память «как?»), которые могут вырабатываться даже до двухлетнего воз­раста. В индивидуальном развитии человека процедурная память появляется раньше декларативной. При этом сам факт того, что научение произошло, не осознается, а актуализация процедурных знаний обычно нс требует существенных умственных усилий со стороны субъекта. Свидетельством сохранности следа в проце­дурной памяти выступает более успешное выполнение какого-либо когнитивного задания при повторном его предъявлении.

По уровню осознания долговременную память разделяют также на произвольную и непроизвольную. Первая из них характерна только для человека и предполагает наличие сознательной уста­новки на запоминание, т.с. наличие цели запоминания и участие процессов мышления, мотивации, а также эмоционального фактора.

Непроизвольная память установки на запоминание не имеет, и оно в большинстве случаев становится побочным результатом какой-то деятельности, не связанной явно с мнестическими про­цессами. При этом в ряде случаев эффективность непроизвольного запоминания как онтогенетически более раннего может превышать эффективность произвольного.

Память в эксперименте может характеризоваться своим объемом, скоростью и точностью запечатления, временем, па про­тяжении которого происходит забывание контрольного материала (либо, напротив, его полное удержание), количеством повторений, необходимым для безупречного воспроизведения, латентным пе­риодом между постановкой задачи и извлечением необходимого материала из памяти, числом допущенных ошибок, которые могут сводиться к пропуску элементов информации, либо к их замене (искажению).

Расстройства памяти

По мнению В. В. Захарова, Н.Н. Яхпо |200.'3|, существуют три ос­новные (но не единственные. Примеч. авт.) причины расстройств памяти.

1. Патологическая инертность мнсстичсской деятельности при­водит к нарушению переключения внимания с одного этапа мнссти- чсских операций наследующий. Характерный симптом такой инерт­ности — повторение воспроизведения одних и тех же элементов (слон, зрительных образов или информации другой модальности). Например, больной запоминает и воспроизводит группу из трех слов «холод, рама, книга» как «холод, рама, холод». Очевидно, что подобные инертные повторения являются одним из вариантов пер­севераций (по сути навязчивостей), которые обычно сопровождают нарушения регуляции произвольной деятельности.
2. Нарушения избирательности мнсстичсской деятельности сопровождаются неточным или неправильным запоминанием ин­формации или ошибками при воспроизведении в результате не­достаточности контроля. Нарушения избирательности обычно проявляются после отвлечения внимания больного на другую деятельность. Характерные симптомы нарушений избиратель­ности замены, искажения и вплетения. Замены это небольшие неточности при воспроизведении, нс влияющие принципиально на качество информации. Искажения — это более грубые замены, которые деформируют запоминаемый образ или содержание ин­формации. Вплетения — ошибки воспроизведения, когда инфор­мация содержит посторонний материал, запоминание которого во­обще не было целью мнсстической деятельности.
3. Нарушения перехода информации из кратковременной па­мяти в долговременную. Вольной может пользоваться только крат­ковременной памятью, имеющей ограниченный объем, из-за чего происходит вытеснение из памяти недавно полученной инфор­мации вновь поступившей.

Первые дне причины в основном обусловливаются дисфункцией лобных отделов мозга, отвечающих за выбор цели, построение прог­раммы и, что самое важное в данном контексте, — за контроль ко­нечного и промежуточного результатов деятельности. Нарушение динамики мнсстической деятельности может возникать и вслед­ствие эмоциональной неустойчивости человека. Третья причина (проблемы консолидации следа) в основном обусловлена расстрой­ствами в работе височных отделов лимбической системы.

Существуют различные способы классификаций расстройств памяти, что в силу разнообразия се форм отражает сложность вы­бора ключевых оснований для их деления. Чаще всего для оценки мнсстичсских нарушений пользуются терминами «гипомнезия», «амнезия», «гипермнезия» (часто объединяемыми одним поня­тием — «диемнезии»), которые обычно рассматриваются под углом зрения количественных изменений памяти. Качественные се рас­стройства или искажения описываются как парамнезии.

Гипомнезия

Гипомнезия — ослабление памяти, ухудшение способности к за­поминанию или точному воспроизведению информации. Она явля­ется наиболее распространенным видом нарушения памяти. Ослаб­ление памяти может идти как равномерно, так и неравномерно в отношении всех основных се процессов — фиксации следов, их сохранения и репродукции. Гипомнезия может быть временной, эпизодической, но может иметь и стойкий, необратимый характер.

Один из ранних признаков гипомнезии нарушение избира­тельного воспроизведения в виде невозможности вспомнить какой- либо факт, необходимый в данный момент, хотя позже он всплывает в памяти сам по себе. Гипомнезия часто начинается с забывчивости на даты, термины, понятия, фамилии, числа, т.е. с проблем запоми­нания и воспроизведения так называемого справочного материала и хронологической последовательности событий прошлого (стра­дает ориентировка во времени и нарушается чувство времени).

Коли даже воспоминания воспроизводятся, то они все равно про­должают сопровождаться сомнениями. Признаком сравнительно легкой степени является также забывание того, что о каком-либо факте больной уже сообщал ранее данному лицу |Жмуров, 19941. Объяснением этого может служить как ухудшение внимания, осо­бенно после переключения на какую-то иную деятельность, так и увеличение чувствительности к влиянию интерферирующих воздействий. При более тяжелой форме из памяти выпадает мно­жество подробностей и значительных событий, касающихся личной и общественной жизни.

Критическое отношение к ослаблению памяти у больных с гииомнезией обычно сохраняется - это отражается в соответ­ствующих жалобах, в попытках компенсировать возникшую не­состоятельность (ведение записей, вязание узелков, использо­вание мнемотехники, стремление класть предметы на одно и то же или видное место, привычка перепроверять себя и др.). Снижение памяти способно вызывать типичные острые эмоциональные ре­акции на человека.

Гипомнезия может быть следствием сосудистых и травматиче­ских поражений ЦНС, она входит в структуру многих психопато­логических синдромов (невротического, психоорганического и др ), а также является симптомом умственной отсталости и задержки психического развития, характерна для астенических состояний, депрессии, органических расстройств, сопровождает возрастные изменения.

Амнезия

Амнезия — существенное ослабление или полная утрата па­мяти. Выпадение памяти на разные сведения, навыки либо на тот или иной промежуток времени. Существует целая группа амнезий, различающихся причинами своего возникновения и ведущей сим­птоматикой.

Прогрессирующая амнезия — постепенная и далеко идущая утрата памяти, чаще вследствие сосудистых заболеваний мозга и его атрофии. Вначале нарушения памяти проявляются лишь на фоне глубокого утомления и выражаются в забывании малоз­начащих событий, новых имен и дат. Затем теряется способность локализонынать события во времени: давно прошедшие из них ка­жутся ближе к настоящему и наоборот. Воспоминания далекого прошлого могут переживаться как происходящее в данный момент. При этом эмоциональная память может еще сохраняться, но с раз­витием болезненного состояния утрачивается и она. Особенной стойкостью обладают наиболее часто воспроизводившиеся связи двигательного анализатора манера держаться, походка, жесты, автоматизированные навыки, привычки, что начинает граничить с распадом личности. На последнем этапе прогрессирующей ам­незии могут сохраняться разрозненные и очень скудные воспоми­нания, относящиеся в основном к детским г одам жизни.

Утрата запасов памяти происходит в определенной последова­тельности, подчиняющейся закону регрессии Т. Рибо: от частного — к более общему, от позднее приобретенного — к тому, что было при­обретено ранее; от менее эмоционально насыщенного к эмоцио­нально значимому.

Эта разновидность мпсстичсских расстройств развивается при тяжелых органических прогрессирующих заболеваниях мозга, как, например, при болезни Альцгеймера, старческом слабоумии.

Фиксационном амнезия утрата способности запоминать новую информацию, из-за чего нс происходит приобретения новых знаний, и одновременно быстро забываются текущие события, а также соб­ственные состояния, переживания и ощущения. Вольные почти сразу забывают содержание только что сказанного или задают одни и те же вопросы, нс помнят, что они делали, ели, читали. Появляется дезо­риентированность в обстановке, времени, окружающих лицах, в си­туации. Вели фиксационная амнезия выражена нерезко, то больные сохраняют к этому частичную критику, пытаются компенсировать свой дефект — например, воспроизводят требуемые сведения но до­гадке. Большинство акторов объясняют трудности усвоения ноной информации ослаблением процесса консолидации следа памяти.

Фиксационная амнезия лежит в основе антероградной амнезии, распространяющейся на события, следующие за периодом острого нарушения мозговой деятельности, какого-то расстройства пси­хики. У таких больных в основном страдают вербальные навыки и в меньшей степени - невербальные, способность к обучению, ко­торые могут даже сохраняться. События, происходящие к данный момент времени, оставляют след лишь в виде кратковременных обрывков воспоминаний. Степень выраженности этой амнезии существенно зависит от интенсивности, продолжительности и ха­рактера повреждающего фактора. Нс симптоматика может распро­страняться на значительные промежутки времени, достигающие нескольких дней, месяцев и даже лет.

Ретроградная амнезия выпадение памяти на события, которые предшествовали сильной психической или физической травме, повреждению головного мозга, самоповешспию, отравлению (на­пример, угарным газом), развитию острого психотического рас-

стройстна либо воздействию типа электрошока, больной в течение ряда дней после травмы не может назвать свою фамилию, имя, адрес, вс помнит места своей работы, членов семьи и т.д. Сроки су­ществования пробелов примерно такие же, как и при антероградной амнезии. Они могут быть стойкими, стационарными, но во многих случаях со временем воспоминания частично или полностью воз­вращаются. Кратковременная память отличается более высокой чувствительностью к повреждающим воздействиям, поэтому впе­чатления, непосредственно примыкающие к началу болезненного эпизода, восстанавливаются в памяти хуже.

Психогенная амнезия выпадение памяти на отдельные уже за­фиксированные важные психотравмирующис события, что можно рассматривать как проявление защитных механизмов но типу вы­теснения (все, что может спровоцировать непереносимые пере­живания, не допускается до сознания) или отрицания. Наиболее типичные пусковые факторы переживание смертельной угрозы с ощущением невозможности избежать се, унижающего стыда или оскорбленного самолюбия, актуальная или предвосхищаемая потеря эмоционально значимого объекта. Психогенная амнезия возникает и в результате панической реакции на собственное пе­реживание (агрессивное, сексуальное), субъективно неприемлемое с морально-этических позиций. Утрачиваются, прежде всего, вос­поминания о неприятных переживаниях, действиях, ущемляющих чувство собственной ценности, а также о ситуациях и событиях, окрашенных выраженными отрицательными эмоциями.

Психогенная амнезия характеризуется внезапно начинающейся ретроградной амнезией у лиц с хорошей памятью (больной даст не­лепые ответы на вопросы, касающиеся содержания психотравми­рующего события, хотя память на индифферентные факты того же времени может полностью сохраняться). Способность к заучи­ванию новой информации тоже сохранена.

Н подобных случаях всегда присутствует явное или неявное стремление к уходу от стрессовой си туации, но само возникновение амнезии нс подчиняется сознанию. Психотерапевтические воздей­ствия и, в частности, погружение в состояние гипнотического сна позволяют преодолеть сопротивление утраченным воспоминаниям, и они могут быть восстановлены. Психогенная амнезия наблюда­ется преимущественно у подростков и молодых людей и реже у пожилых; у женщин чаще, чем у мужчин.

Явление смежное, а порой рассматривающееся как частный случай психогенной амнезии, — амнезия истерическая. Здесь также имеется вытеснение субъективно неприемлемых событий, по фоном для этого ныступаст уже имеющийся истерический синдром, а утрата памяти на некоторые события очевидно несет отпечаток «выгоды» для больного, выигрыша в каком-то отношении. Степень выражен­ности утрат памяти может быть более значительной, чем при обычной психогенной амнезии — человек забывает нс только отдельные эпи­зоды, но и все, что касается его личности, в том числе и собственное имя. При попадании в ранее знакомую обстановку или при встрече с людьми, являвшимися свидетелями забытых событий, воспоми­нания, как могло бы ожидаться, пс оживают, а напротив амнезия усиливается. В некоторых случаях при истерической амнезии по­тери памяти могут длиться всю жизнь или существенный се отрезок. И напротив, как только «выгодность» забывания перестает быть актуальной, память может самопроизвольно вернуться. Не следует путать эти нерегулируемые сознанием больною мнсстичсскио фено­мены с целенаправленной симуляцией, которой предшествует осоз­наваемый замысел утаить информацию. При истерической амнезии способность усваивать новую информацию не нарушается.

Лффектогенная амнезия — утрата воспоминаний о событиях, происшедших во время собственной бурной эмоциональной ре­акции аффекта. Выявляемая после выхода из состояния патоло­гического аффекта, эта амнезия обусловливается временным суже­нием сознания.

К более частным вариантам амнезий относят алкогольную ам­незию выпадение памяти на события, сопровождаемые опьяне­нием больных алкоголизмом. При этом отчетливых нарушений сознания в забытом периоде времени не наблюдается. Известны случаи, когда страдающие алкоголизмом лица, будучи трезвыми, забывали впечатления периода опьянения, но при повторном алко­гольном эпизоде вновь их вспоминали.

Несколько особняком от всех остальных рассматривается так называемая детская (инфантильная) амнезия — естественный, а нс патологический феномен отсутствия воспоминаний у детей примерно до 3 лет, равно как и смутные воспоминания взрослого об этом периоде. Предположительно явление детской амнезии сеть свидетельство не отсутствия памяти вообще, а: 1) преимущест­венной ее направленностью в этом возрасте на накопление опыта в моторной и эмоциональной сферах, наиболее важных па данном жизненном этапе; 2) известной нссформированностью нейронных систем мозга ребенка, обеспечивающих перевод информации из кратковременной памяти в долговременную, благодаря чему, бу­дучи закрепленной, она могла бы позднее обрабатываться на смы­словом уровне.

Гипермнезия

Гипермнезия болезненное обострение памяти, проявляющееся чрезмерным обилием непроизвольных воспоминаний, резким уве­личением объема и прочности запоминаемого материала но срав нению с нормативными показателями. В патологических и погра­ничных случаях характеризуется удержанием в памяти множества малосущественных деталей и незначительных событий прошлого, которые носят яркий чувственно-образный характер, самопроиз­вольно всплывают с необычайной легкостью и охватывают как события в целом, так и мельчайшие его подробности. Ассоциации вспоминаемых рядов выстраиваются беспорядочно или по упро­щенной схеме: по контрасту, сходству или смежности в пространстве и времени. Известны случаи, когда в состоянии нарушенного со­знания больные с фотографической точностью воспроизводили тексты прочитанных ранее книг, говорили на иностранных языках, забытых в обычном состоянии. По выздоровлении ожившие следы памяти вновь терялись. Гипермнезия бывает парциальной, избира­тельной, проявляясь, например, только повышенной способностью к запоминанию и воспроизведению цифр [Жмуров, 199-i|.

Гипермнезия термин достаточно условный, поскольку обычно речь идет нс об усилении всей памяти, а лишь об обострении се низших форм механической и образной памяти за счет осла­бления высшей смысловой памяти |Случсвский, 1957]. Она нс за­висит от уровня интеллекта и встречается даже при его заметном снижении. В последнем случае может носить врожденный характер.

Гипермнезия встречается при гипоманиакальных и маниа­кальных состояниях, в начальных стадиях алкогольного и гашиш­ного опьянения, в начальных стадиях прогрессивного паралича, при шизофрении, в состоянии гипнотического сна. Она возможна и при депрессии тогда отчетливо вспоминаются самые незначи­тельные эпизоды прошлого, созвучные пониженной самооценке и идеям самообвинения. Явления гипермнезии изредка наблюда­ются в клинической картине инфекционных психозов. Случаи по­добного мнсстичсского расстройства отмечались при лихорадочных состояниях, мозговых травмах, при электрическом раздражении определенных участков коры больших полушарий мозга, эпилеп­тических переживаниях перед припадком, при истерических пере­живаниях, а также при серьезной угрозе жизни (например, падения с высоты).

Гипсрмнсзию нс следует смешивать с феноменальной памятью редкой, но нс патологической способностью хранить и при необхо­димости воспроизводить большие объемы информации, поскольку

процессы памяти и механизмы их произвольной регуляции здесь не нарушаются. Объяснения феноменальной памяти можно найти и в регулярной тренировке ее носителя.

Парамнезии (псевдомнезии)

Парамнезии (псевдомнезии) — общее название различных об­манов памяти, се искажений но типу ложных воспоминаний или фе­номенов смещения настоящего и прошлого, реального и вообража­емого. Это качественные нарушения памяти, которые могут встре­чаться как самостоятельно, так и в сочетании с количественными.

Выделяют несколько типов парамнезий.

Псевдореминисценции (по С.С. Корсакову — «иллюзии па­мяти») — воспоминания о действительно имевших место событиях, которые начинают переноситься больным в другой временной пе­риод (обычно из прошлого в настоящее). Например, человек, давно находящийся в больнице, говорит о том, что только что «пришел с работы». Это расстройство локализации события во времени.

Конфабуляции (по С.С. Корсакову — «галлюцинации памяти») - ложные воспоминания, вымыслы, связанные с событиями прошлой жизни, которые заполняют пробелы в памяти (например, при фик­сационной амнезии). Содержание конфабуляций может носить внешне правдоподобный характер, быть фантастическим или обра­щенным в далекое прошлое (в детство). Вольной полностью уверен, что сообщаемые им факты и события действительно происходили. Конфабуляции отличаются от нсевдорсминисценций большей про дуктивпостью, разнообразием, необычностью, элементами ирреаль­ности, наличием патологической деятельности воображения.

Криптомпезии — тип парамнезии, при котором происходит присвоение чужих воспоминаний: исчезают различия между со­бытиями, происходившими в действительности, и теми, о которых больной слышал, читал или которые увидел во сне, либо событиями, вообще ранее известными. Например, увиденное в кино вспомина­ется как пережитое или продуманное больным, либо больной при­сваивает себе авторство каких-то научных идей или произведений искусства воспоминания о знаниях замещаются ощущением личного творческого акта, что квалифицируется как «неумыш­ленный плагиат». Подобные криптомнезии называют истинными. А при ложных их вариантах, напротив, реальные события из жизни больного начинают ему представляться как происходившие с кем- то иным, как услышанное, прочитанное или увиденное на сцене. И при истинных, и при ложных криптомнезиях имеет место нару­шение способности идентифицировать источник воспоминаний.

**Эхомнезии — обманы памяти, при которых новое событие вос­принимается как уже происходившее, но обычно без способности указать, где и когда. В таких случаях воспринимаемое одновре­менно проецируется и в настоящее, и в неопределенное прошлое. Другое название этого вида парамнезий — уже упоминавшийся в разделе расстройств восприятия феномен «уже виденного», «уже слышанного» или «уже обдуманного». В иных случаях возможна разновидность воспоминания «уже пережитого», при которой че­ловек только отмечает некоторое сходство ситуации, но понимает, что оно не идентично прошлому событию.**

**В другой трактовке эхомнезии — это субъективное переживание повторяемости одних и тех же событий или одного и того же вос­поминания. Человек несколько раз подряд ощущает себя в одной и той же ситуации, которой соответствует повторяющееся воспоми­нание и в течение небольшого времени (нескольких минут) как бы отключается от текущего восприятия.**

**Феномены «никогда не виденного» (jamais т), «не слышанного», «не пережитого» и др. Знакомое, известное, привычное восприни­мается как новое, ранее не встречавшееся, возникает переживание непредсказуемости предстоящих событий.**

**В современной медицинской психологии установлена связь па­рамнезий с некоторыми пограничными состояниями (стресс, острое и хроническое переутомление) с психастенией, а также рядом пси­хических расстройств и органических поражений мозга.**

Корсаковский синдром

**Корсаковский синдром — сочетание антероградной, ретро­градной, фиксационной амнезий и конфабуляций, впервые опи­санное выдающимся отечественным психиатром С.С. Корсаковым в 1887 г. у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом. Позднее было обнаружено, что развитие корсаковского синдрома также возможно и при энцефалитах, сосудистых заболеваниях, опу­холях и травмах головного мозга, старческих психозах, при отрав­лении окисью углерода, гипоксии мозга в связи с самоновешением и в ряде других случаев. Значительная роль в патогенезе отводится двустороннему поражению некоторых структур лимбической системы головного мозга, в частности гиппокампа, маммилярных тел, свода мозга.**

**Основным механизмом мнестичсских расстройств при корса- ковском синдроме является нарушение долговременного запо­минания текущих событий, новой информации независимо от се модальности — затрудняется перевод следов из кратковременной**

памяти в долговременную. Мнсстичсскис расстройства при данном синдроме преимущественно затрагивают произвольную эпизоди­ческую память, т.е. субъективно осознаваемую способность запо­минать и воспроизводить происходившее недавно или только что. Из-за этого больные могут по несколько раз здороваться с одними и теми же людьми, задавать одни и тс же вопросы, нс могут ска­зать, чем они только что занимались, что ели, неделями читают одну и ту же страницу в книге, тут же забывая прочитанное. Наи­более заметно нарушается вербальная намять, в меньшей степени — образная, еще меньше нарушена так называемая эмоциональная память, в связи с чем, совершенно нс помня содержания неприят­ного события, человек способен прийти в плохое настроение в об­становке, где оно произошло, или при виде лица, имевшего к нему отношение. При попытках ответить на затруднительный вопрос о недавнем прошлом, больным могут спонтанно предъявляться фантастические конфабуляции (у детей ложные воспоминания, как правило, отсутствуют или выражены слабо). Память на отдаленные события прошлой жизни остается относительно сохранной, а неко­торые воспоминания о таких событиях даже отличаются особенной яркостью.

На этой же почве, в зависимости от тяжести заболевания, на­чинают страдать ориентировка во времени, процессы внимания, восприятия, мышления и вся структура личности в целом, хотя по сравнению с собственно мнсстичсскими расстройствами эти явления могут быть и незначительными. В большинстве случаев больным свойственна та или иная степень интеллектуальной не­достаточности, которая выражается в ослаблении продуктив­ности, в стереотипности и монотонности суждений, выраженной их зависимости от внешних впечатлений, неспособности замечать противоречия в собственных высказываниях, обнаруживать несов­местимость ложных воспоминаний с реальностью. В то же время некоторые больные отличаются известной сообразительностью и в пределах конкретной ситуации умело маскируют дефекты па­мяти. Они сохраняют способность разумно рассуждать, делать верные умозаключения, если не требуется опоры на воспоминания о текущих событиях.

Некоторые больные могут нс помнить, что они все забывают и начинают отрицать наличие у себя расстройств памяти. Другие, напротив, критически относясь к своему недостатку, пытаются к нему адаптироваться. Относительно сохранны сознание и моти­вация (кроме пожилых людей, у которых могут наблюдаться при­знаки апатии). Общие представления (семантическая намять), ус­военные в течение жизни навыки (процедурная память), а также непроизвольное запоминание и воспроизведение остаются почти незатронутыми.

Псевдоамнезия

11севдоамнезия нарушение памяти как деятельности. Возни­

кает при массивных поражениях лобных долей мозга, когда грубо нарушается процесс формирования намерений, планов и программ повеления. Следствием становится и нарушение произвольного запоминания, и ослабление желания вспомнить уже зафиксиро­ванное. Воспроизведение часто превращается в псрссвсраторнос повторение одного и того же. Сама память как таковая страдает лишь вторично, как производная от неполноценности волевых и мотивационных процессов. В силу этого обстоятельства непро­извольное запоминание у больных с лобным синдромом, как и при корсаконском синдроме, может оставаться достаточно сохранным.

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Дайте определение памяти и опишите содержание ее процессуальных составляющих.**
2. **Какие виды и подвиды памяти выделяются в современной психо­логи и ?**
3. **Каковы основные причины расстройств памяти?**
4. **Как терминологически обозначаются количественные и качественные расстройства памяти?**
5. **С каких признаков обычно начинается развитие гипомпезии?**
6. **Какой порядок расстройств памяти описан в законе регрессии Рибо?**
7. **Какие формы амнезий могут выделяются на фоне различных психи­ческих и соматических заболеваний?**
8. **Почему гипермнезия не может рассматриваться как позитивное яв­ление?**
9. **Опишите качественные характеристики различных форм парамнезий.**
10. **Благодаря каким особенностям некоторые расстройства памяти были выделены в корсаковский синдром?**
11. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАМЯТИ

Методы исследования памяти отличаются большим разнообра­зием как по характеру материала, предназначающегося для запоми­нания, так и по степени соучастия других психических процессов, через которые мнестическис функции реализуются [Ьлсйхер, Крук, 198в; Зсйгарник, 1980; Рубинштейн, 1998; Захаров, Яхно, 20031. Можно выделить несколько основных способов работы испыту­емых с материалом. Это запоминание:

* увеличивающихся рядов элементов (цифр, слон, бессмысленных слогов и т.п.) до «отказа», т.с. неспособности после однократ­ного (или иногда трехкратного) предъявления безупречно вос­произвести весь ряд;
* стандартного набора элементов с целью регистрации числа по­вторений, после которого весь набор воспроизводится безоши­бочно;
* некоторого набора элементов-эталонов (например, графи чсских), которые затем должны быть обнаружены (узнаны) в других больших но объему наборах;
* элементов с помощью ассоциативного опосредования;
* смысла (рассказов) в отличие от их буквального запоминания;
* взаимного расположения (пространственной композиции) элементов на рисунках с их воспроизведением по памяти;

■ ритмических или звуковысотных последовательностей, а также тактильных образов (но модальности).

С научными целями используются и иные, реже встречающиеся методы исследования памяти: метод определения отсутствующего элемента, метод частичного воспроизведения (способ проверки иконичсской памяти, при котором после тахистоскоиичсского предъявления стимульного материала, например матрицы, от ис­пытуемого требуется воспроизвести только ту се часть, на которую будет указание инструкции уже после окончания экспозиции) и др. |Линченко, 20001.

Но мнению Ь.В. Лсйгарник |198fi|, в исследовании патологии памяти наиболее важными представляются следующие вопросы:

1. проблема строения мнсстичсской деятельности опосредо­ванного и нсопосрсдованпого, произвольного и непроизвольного запоминания;
2. вопрос о динамике мнсстичсского процесса;
3. вопрос о мотивационном компоненте памяти.

Заучивание 10 слов

[Схема..., 1973; Рубинштейн, 1998; Лурия, 2000]

Данная методика, предложенная Л.Р. Лурия, является одной из наиболее распространенных в патопсихологии. Испытуемому предлагается прослушать 10 простых, нс связанных по смыслу, обычно односложных или двухсложных слов, которые необходимо повторить в любом порядке сразу после прочтения. Воспроиз­веденные слова помечаются в специальном бланке (см. образец), после чего процедура вновь повторяется от 5 до 10 раз до тех пор, пока без ошибок не будут воспроизводиться все слова. По нрошс- ствии 50 60 минут экспериментатор вновь просит повторить за­помненные слова. В другой версии число попыток ограничивается пятью.

Образец бланка

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Слона | 1-я по­пытка | 2-я по­пытка | 3-я по­пытка | 4-я по­пытка | 5-я по­пытка | Спустя  час |
| Лес |  |  |  |  |  |  |
| Хлеб |  |  |  |  |  |  |
| Окно |  |  |  |  |  |  |
| Стул |  |  |  |  |  |  |
| Вода |  |  |  |  |  |  |
| Нрат |  |  |  |  |  |  |
| Конь |  |  |  |  |  |  |
| Гриб |  |  |  |  |  |  |
| Игла |  |  |  |  |  |  |
| Мед |  |  |  |  |  |  |
| Огонь |  |  |  |  |  |  |

Полученные в соответствии с бланковыми данными результаты переносятся на график, в результате чего вырисовывается кривая запоминания, которая и становится основным предметом даль­нейшей интерпретации. По характеру кривой достаточно хорошо видна динамика мпсстичсских процессов, в значительной степени связанная с устойчивостью внимания. Нели в норме после очеред­ного повторения количество запомненных слов увеличивается, то в ряде случаев начинают упорно воспроизводиться одни и те же слова, т.с. характер кривой начинает напоминать плато. В других случаях на фоне утомления и астснизации после повторения число запомненных слов может уменьшаться («куполообразная» кривая), в-третьих — из-за эмоциональной неустойчивости или колебаний внимания характер кривой становится зигзагообразным. В число запомненных испытуемым могут привноситься и посторонние слона факт, нуждающийся в дополнительном анализе причин своего происхождения.

В норме взрослый здоровый испытуемый к третьему повто­рению воспроизводит 9-10 слов, а количество правильно воспро­изведенных слов после первого прослушивания может характери­зовать объем кратковременной слуховой памяти.

Запоминание зрительных образов

[Meily, 1961; цит. по: Блейхер, Крук, 1986; Зинченко, 2000; Бизюк, 2005]

**Данный методический прием включает в себя несколько ва­риантов проведения эксперимента, общим для которых является одновременная или последовательная экспозиция каких-то ком­плектов изображений, различающихся но сложности восприятия. К числу таких изображений могут относиться реалистические изо­бражения бытовых предметов, животных, средств транспорта и т.п., хорошо опознаваемые геометрические фигуры, контурные или про­фильные фигуры, нс имеющие словесного эквивалента (данный стимульный материал наиболее «чисто» характеризует зрительную память), знаки-символы и т.д.**

**Поэтому дальнейшее течение эксперимента, а также предшест­вующая ему инструкция могут варьироваться.**

**В версии В. Мсйли методика проводится в два этапа.**

**Первый этап заключается в исследовании зрительной памяти с помощью двух серий по 30 карточек, на каждой из которых име­ется изображение (картинка) определенного предмета. Картинки предъявляются с интервалом в 2 секунды одна за другой.**

**Стимульный материал 1-й серии.**

**На карточках изображены: *горшок, осел, ключ, тачка, коло­кольчик, стол, вишня, сапог, вилка, рыба, бочка, голова, буфет, роза, паровоз, кресло, флаг, петух, ножницы, зонтик, ваза, корова, диван, голубь, часы, старик, очки, лампа, нога, пианино.***

**После показа картинок первой серии делают перерыв на 10 се­кунд, а затем проверяют, сколько предметов запомнил обследу­емый. Инструкция сообщает обследуемому, что предметы можно называть в любом порядке. Называемые предметы регистрируются, так как возможны повторения и привнесение не фигурировавших в задании.**

**Вторую серию картинок лучше предъявлять на второй день, причем других исследований памяти в промежутке между первой и второй сериями желательно не проводит!..**

**Стимульный материал 2-й серии.**

**На карточках изображены: *ракушка, кровать, труба, груша, метла, коза, букет, трамвай, пила, стул, мальчик, молоток, бу­тылка, подвода, расческа, пушка, дерево, яблоко, книжка, шляпа, дом, собака, скамейка, дверь, чашка, река, печь, скрипка, портсигар, конь.***

**При обнаружении значительной разницы в результатах и исклю­чении возможной роли в этом факторов внешней среды можно по­дозревать лабильность мнсстичсской функции и слабость концен­трации внимания.**

**В другом варианте проведения методики карточки (5-10 штук) с изображениями сразу после экспонирования убираются или за­крываются, а перед испытуемым выкладывается другой, больший по составу комплект. В нем необходимо найти запомненные фи­гуры или нарисованные предметы. Эта процедура повторяется не­сколько раз.**

**В третьем случае опора на повторно предъявляемые образы не предусматривается, и испытуемый по прошествии 2-5 минут должен вербально воспроизвести запомненные образы или нари­совать их (например, нсвсрбализусмыс фигуры), причем качество рисунков в расчет нс принимается, а предметом оценки становится факт воспроизведения изображения.**

Оценка кратковременной памяти методом Джекобсона

[Пашукова, Допира, Дьяконов, 1996]

**Существенная особенность этого метода заключается в том, что объем кратковременной памяти измеряется но количеству изо­лированных единиц информации, которые могут быть правильно воспроизведены в заданном порядке после одного предъявления. Испытуемому предъявляют (зрительно или на слух) по одному ряду стимулов постепенно нарастающей длины и устанавливают максимальное количество отдельных членов ряда, при котором ис­пытуемый еще в состоянии безошибочно воспроизвести весь ряд. Обычно применяют ряды из 4-12 стимулов. (Наиболее известной из подобных процедур является субтсст на запоминание числовых рядов из шкалы интеллекта Векслера.)**

**Во избежание случайностей испытуемому предъявляют больше одного ряда каждой длины и продолжают опыт после того, как ис­пытуемый впервые допустит ошибку.**

**Объем кратковременной памяти вычисляется но формуле: V = Л + т / п + 1/2, где V — объем кратковременной памяти; Л — максимальное количество цифр в ряду, при котором все ряды вос­производятся полностью; т — число правильно воспроизведенных рядов с количеством цифр, большим, чем Л\ п — количество проб с одной и той же длиной ряда.**

Опосредованное запоминание

[Леонтьев, 1981; Рубинштейн, 1998]

**Основная теоретическая концепция данного диагностиче­ского приема заимствована из разработанной Л.С. Выготским и Л.Р. Лурия «функциональной методики двойной стимуляции», которая строится но принципу введения в экспериментальную за­дачу, предлагаемую испытуемым, кроме основных исходных сти­мулов еще второго дополнительного ряда стимулов (стимулов- средств), способных служить испытуемым тем «психологическим инструментом», с помощью которого они могут решить данную задачу. Подобная организация мнсстичсской деятельности харак­терна именно для высших ее форм.**

**Для проведения эксперимента необходимо иметь заранее подго­товленные наборы изображений (30 карточек с отчетливыми рисун­ками предметов и животных) и наборы из 15 слов. Рекомендуется использовать стандартные списки, но нс исключается возможность и отбора собственных, иод конкретные задачи исследования. Кар­точки раскладываются перед испытуемым так, чтобы все они были одновременно видны. После этого поочередно зачитываются слова из подготовленного набора с просьбой испытуемому выбрать одну из картинок, чтобы впоследствии она помогла вспомнить предло­женное слово, но сами изображения нс должны являться прямой к нему иллюстрацией. Строго говоря, квалификация подобранных пар с позиции «правильно — неправильно» не предусматривается. 11одобрав нужный рисунок, обследуемый должен объяснить мотивы своей) решения. Отобранные карточки откладываются в сторону.**

**Стимульный материал может быть представлен двумя сериями.**

**1 -я серия**

**На карточках изображены: *диван, гриб, корова, умывальник, стол, ветка земляники, ручка для перьев, аэроплан, географическая карта, щетка, лопата, грабли, автомобиль, дерево, лейка, дом, цветок, те­тради, телеграфный столб, ключ, хлеб, трамвай, окно, стакан, постель, экипаж, настольная электрическая лампа, картина в раме, поле, кошка.***

**Слова для запоминания: *снег, обед, лес, ученье, молоток, одежда, поле, игра, птица, лошадь, урок, ночь, мышь, молоко, стул.***

**2-я серия**

**На карточках изображены: *полотенце, стул, чернильница, ве­лосипед, часы, глобус, карандаш, солнце, рюмка, обеденный прибор, расческа, тарелка, зеркало, перья, поднос, дом-булочная, фабричные трубы, кувшин, забор, собака, детские штанишки, комната, носки и ботинки, перочинный нож, гусь, уличный фонарь, лошадь, петух, чертя доска, рубашка.***

**Слова для запоминания: *дождь, собрание, пожар, день, драка, отряд, театр, ошибт, сила, встреча, ответ, горе, праздник, сосед, труд.***

**После окончания этапа запоминания (а иногда и по прошествии нескольких десятков минут) испытуемому поочередно предлагают отобранные карточки с просьбой вспомнить связанные с ними слова. Предметом исследования здесь становится нс только память,**

но также характер и адекватность образованных ассоциаций, кор­ректность логических построений при объяснении своих воспоми­наний, припоминание близких по смыслу слов вместо фактических, наличие побочных, самостоятельных ассоциаций, не связанных с соответствующим словом или карточкой.

Экспериментально доказано, что образование опосредованных связей у умственно отсталых затруднено или невозможно, а подбор карточек у лиц с психическими расстройствами, в частности с ши­зофренией, и при образовании ассоциаций и их мотивировке обнару­живает связи по второстепенным, весьма далеким или вообще плохо понимаемым с позиции здравого смысла признакам, либо подбор каточки к слову оказывается вообще невозможным, хаотичным.

В видоизмененной (упрощенной для детей) методике Л.Н. Ле­онтьев предлагает 5 слов и 16 карточек.

Карточки с рисунками: *столовый прибор, школьная доска, бу­лочная, расческа, солнце, глобус, кувшин, петух, забор, детские шта­нишки, уличный фонарь, ботинки, часы, заводские трубы, карандаш.*

Слова: *пожар, дождь, труд, ошибка, горе.*

В итоге работы с детьми по методике опосредованного запоми­нания Л.Н. Леонтьев приходит к выводу, что способность ребенка устанавливать элементарные ассоциативные связи между словом и картинкой еще нс является моментом, единственно определя­ющим процесс опосредованного запоминания. Ребенок, который способен установить между ними некоторую ассоциативную связь, может вместе с тем оказаться неспособным инструментально упо­требить связанную со словом карточку. Правильно подобранная картинка в дальнейшем даже мешает — она участвует в процессе не вместе с основным стимулом, а наряду с ним.

Метод двойной стимуляции может применяться и в другой мо­дификации. При назывании слов испытуемый нс сам подбирает картинки, а экспериментатор показывает их по своему усмотрению. Последующее воспроизведение проводится следующим образом: предъявляют по одной картинке и предлагают но каждой из них вспомнить соответствующее слово, которое раньше читал экспери­ментатор. Количество правильно воспроизведенных слов в обеих модификациях является показателем степени развития активного установления осмысленных связей в процессе запоминания и ис­пользования при этом различного рода вспомогательных приемов.

Известен и более простой вариант проведения исследования, предложенный в 19.45 г. Л.В. Лайковым и сводящийся к запоми­нанию конкретного слова с помощью определенного изображения на картинке путем установления связи между ними: например, между слоном «игра» и изображением куклы.

Пиктограммы

[Рубинштейн, 1998; Лурия, 2000; Зинченко, 2000; Херсонский, 2003;

Семаго, 2005; Психолого-педагогическая диагностика..., 2006] Этот метод исследования памяти предложен Л.С. Выготским и разрабатывался его коллегами, в частности Л.Р. Лурия. Несмотря на то что внешне данная методика связана с оценкой механизмов опосредованного запоминания, фактически се основная нагрузка имеет отношение к процессам мышления, воображения и образо­вания ассоциаций.

Для проведения методики необходимы специально подготов­ленные наборы слов (понятий), бумага и карандаш.

Рекомендован стандартный набор, состоящий из различа­ющихся по уровню своей абстрактности 18 таких понятий, из ко­торого могут быть отобраны 12-16. С учетом того, что эти понятия отбирались около 50 лет назад, возможно привлечение и других слов, представляющих интерес для опосредования.

Стандартный набор: *веселый праздник, тяжелая работа, раз­витие, вкусный ужин, смелый поступок, болезнь, счастье, разлука, ядовитый вопрос, дружба, темная ночь, печаль, справедливость, со­мнение, теплый ветер, обман, богатство, голодный ребенок.*

Испытуемому поочередно зрительно или на слух предъявля­ются указанные слова или фразы и предлагается их запомнить, а для лучшего запоминания разрешается делать на бумаге какие- либо простые зарисовки или ставить условные знаки. Записывать что-либо словами или числами запрещается.

11ослс того как ряд слов обозначен подобным образом, больному предъявляют сделанные им рисунки, но которым он и должен вос­произвести нужные понятия. Тем самым в качестве вспомогатель­ного средства для запоминания испытуемый использует харак­терные признаки стимула, доступные для условного изображения. К числу анализируемых в дальнейшем данных можно отнести:

* содержание образов-пиктограмм;
* пояснения к рисункам, даваемые испытуемыми;

■ данные наблюдения за поведением испытуемого в период экспе­римента;

* формальные качества пиктограмм (размер, способ располо­жения и т.п.).

Критериями оценки при работе с методикой являются:

1. Доступность обобщенной символизации слова, особенно по отношению к словам, сложным для опосредования («справедли­вость», «сомнение», «развитие» и т.п.). Трудности подобного рода возможны при умственной отсталости и эпилепсии.
2. Адекватность ассоциаций в отличие от выхолощенное™, бес­содержательности, бедности, нелепости, что вытекает нс только из содержания самих пиктограмм, но и из получаемых к ним по­яснений. Негативная сторона этого качества типична для шизо­френии. Восприятие сквозь призму своих вкусов и стремлений, эго­центричность восприятия наблюдается у эпилептиков и некоторых психопатов (С.Я. Рубинштейн).
3. Конкретность (без логической переработки) — абстрактность либо метафоричность, способная достигать степени неопределен­ности.

\. Стандартность (банальность) — оригинальность (оценива­ется по степени совпадения образов у разных испытуемых).

5. Восстанавливаемость понятий, т.е. удельный вес понятий, ко­торые удалось удачно воспроизвести с опорой на соответствующие пиктограммы.

К регистрируемым особым феноменам относятся: ассоциации но созвучию; свсрхабстрактность символики; недифференциро­ванные изображения; «шоковые» реакции; употребление буквенных обозначений; стереотипии; высказывания испытуемых и т.д.

Здоровые испытуемые имеют высокую продуктивность опо­средованного запоминания при наличии ошибок замены синони­мического характера и при преобладании атрибутивных (вырисо­вывается типичный фрагмент ситуации, через которую реализовы­вается понятие: «веселый праздник» — «флажок») и конкретных, лишенных эмоциональной значимости пиктограммах.

У больных шизофренией складывается специфический сим­птомокомплекс, состоящий из следующих элементов | Херсонский,

200:51:

1. недостаточное или искаженное понимание смысла задания;
2. снижение числа атрибутивных и стандартных образов;
3. снижение числа адекватных образов в пользу пустой симво­лики, ассоциаций по звучанию, на основании чувственного впечат­ления, отдаленных связей;

Л) наличие атипичных стереотипий, приобретающих форму персевераций переноса элемента из рисунка в рисунок;

1. часто вычурное употребление букв, при придании им сходства с конкретными изображениями, замещение рисунка буквой;
2. атипичное расположение рисунков.

Данные изменения выражены не у всех больных шизофре­нией, различной может быть и степень их проявления, что зависит от формы течения, стадии заболевания, особенностей психопато­логического синдрома. Наиболее ярко эти изменения проявляются у больных н состоянии обострения, при выраженной аффективной патологии (исключая депрессию).

Но данным Б.Г. Херсонского, согласующимся с более ранними исследованиями Гиты Васильевны Бирепбаум (190‘? 1962) [ Би- ренбаум, 1964], при наличии органических изменений со стороны мозга симптомокомилскс, уланливамый с помощью использования пиктограмм, сводится к следующим изменениям:

1. недоступность понимания смысла задания, что связано со снижением уровня интеллекта и проявляется либо в полном не­понимании инструкции, либо инструкция понимается искаженно, в ней улавливается лить один элемент;
2. невозможность выбора образа па абстрактные понятия;
3. отсутствие геометрических и грамматических символов;
4. снижение числа атрибутивных и метафорических образов;
5. в структуре конкрстных образов преобладание фотографи­ческих, часто фрагментированных;
6. чрезмерно выраженная стереотипия, имеются прямые персе­верации;
7. недостаточная дифференцированность изображения;
8. снижение продуктивности опосредованного запоминания (иногда испытуемые не запоминают даже тс понятия, на которые выбраны адекватные образы).

Очевидно, что подавляющее большинство регистрируемых сим­птомов при работе с данной методикой имеет отношение не только к мнсстичсским процессам, но и к процессам мышления, мотива­ционной сфере и они приводятся в данном параграфе для обеспе­чения соответствующих ссылок.

При анализе образов пиктограмм также следует учитывать их абстрактность, индивидуальную значимость, частоту встречае­мости (стандартные, повторяющиеся, оригинальные), адекватность.

Метод парных ассоциаций

[Calkins, 1894; цит. по: Экспериментальная..., 1973; Блейхер, Крук,  
1986; Зинченко, 2000]

Методика, разработанная М. Калкинсом, а также Г. Мюллером и Л. Пильцеккером (под названием метода удачных ответов), яв­ляется одним из вариантов исследования опосредованного за­поминания. Испытуемому последовательно предлагаются пары стимулов (слогов, слов, чисел, фигур и т.п). Чаще всего исполь­зуются слова, которые четко через паузы зачитываются испытуе­мому со специальным ударением на первом слове пары. Например: река — морс, яблоко — груша и т.д. Весь ряд предъявляется один

**или несколько раз, но число предъявлений (с учетом длины ряда) не должно обеспечивать 100% правильных ответов.**

**.Чатем экспериментатор зачитывает первое слово каждой пары, а обследуемый должен назвать второе слово. При этом порядок сле­дования пар изменяют, чтобы преодолеть влияние положения от­дельных пар в ряду. Количество правильно воспроизведенных вторых элементов пар является показателем прочности образовавшихся ас­социаций. Обычно здоровые обследуемые выполняют задание после двух повторений, а иногда сразу тюле первого зачитывания слов.**

**Анализ словесных отчетов позволяет устанавливать характер ассоциаций, к которым прибегают испытуемые для запоминания.**

**С целью отслеживания влияния различного характера ассо­циативных отношений на процессы запоминания В.М. Ьлсйхср и И.В. Крук рекомендуют применять модифицированный вариант парных ассоциаций, разработанный Ю.А. Машеком.**

**В этой версии обследуемому для запоминания предлагается 10 групп парных ассоциаций, составленных но определенному принципу смысловой связи. Это различные отношения понятий:**

* **противоположные понятия *(юг - север, любовь — ненависть)',***
* **понятия различной величины (холм — гора, страх — ужас)-,**
* **вместилище и вмещаемое (графин — вода, шкаф — одежда)-**
* **причина и следствие (укол — боль)',**
* **часть и целое *(слово — фраза, зерно* — *колос)-***
* **орудие и объект труда (земля — лопата)-,**
* **абстрактные и конкретные понятия (искусство — картина)-,**
* **образующие суждение (орел — птица)-,**
* **привычные словосочетания (точка — тире)-,**
* **трудносочстасмыс слова (курица — портсигар).**

**После проверки запоминания каждой группы слов устраива­ется перерыв на 2 минуты, а после предъявления пяти групп — на .'50 минут. Сопоставление получаемых результатов у одного и того же больного при исследовании пробами на запоминание по­зволяет судить о большей или меньшей сохранности механической и логической (смысловой) памяти, сравнить показатели непосред­ственного и опосредованного запоминания.**

Тест зрительной ретенции Бентона

(Arthur Lester Benton, 1909-2006)

[Benton, 1974; Блейхер, Крук, 1986; Вассерман, Меерсон, Дорофеева,  
1997; Бурлачук, Морозов, 1999]

**Методика предназначена для исследования зрительной памяти и пространственного восприятия по репродукции предъявляемых больному геометрических фигур (рис. 2.8) (ретенция — удержание или сохранение). Материал методики включает три эквивалентных серии карточек (С, Д Н) но 10 карточек в серии, на каждой из ко­торых изображены простые геометрические фи |уры (1-3). Каждый образец для запоминания на 10 секунд показывается испытуемому, после чего он должен его воспроизвести на листе бумаги или спе­циальном бланке с максимальной точностью по форме, величине и взаимному расположению фигур, если их несколько. Успеш­ность оценивается но числу правильно воспроизведенных изобра­жений (правильно — 1 балл, неправильно — 0 баллов). Например, на картинке для исследования по Бентону нарисованы две главные, крупные фигуры и одна мелкая.**

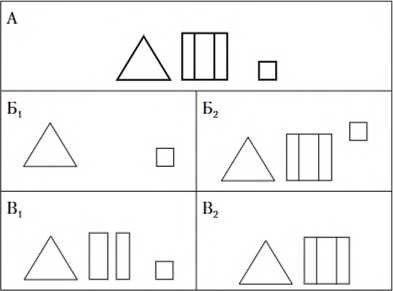


Рис. 2.8. Тест зрительной ретенции Бентона (образец стимульного материала)

**Неправильным считается ответ, в котором присутствует хотя бы одна из нижеперечисленных ошибок:**

* **пропуск целой фигуры;**
* **деформация фигуры;**
* **персеверация (ошибочное повторение фигуры с предыдущей карточки);**
* **ротация (поворот фшуры на 45, 90 или 180°);**
* **неверная локализация;**
* **неверная величина.**

**Таким образом, оценка за одну серию из 10 картинок будет лежать в диапазоне от 0 до 10 баллов. При необходимости может учитываться и время воспроизведения рисунка, а для исследования**

конструктинных функций больного возможна замена инструкции с запоминания на копирование рисунков с визуальной опорой на образец.

Вольные с органическими поражениями мозга обычно получают не более А-5 баллов; больные неврозами в среднем — 6-8 баллов; больные шизофренией (с дефектом) — 6-7 баллов. В норме в среднем 8-9 баллов, но может быть 7 и даже меньше при сни­женном интеллекте |Вассерман, Мсерсон, Дорофеева, 1997|.

Для патопсихологии большую ценность представляет каче­ственный анализ хода исследования и полученных результатов.

В частности, В.М. Влейхер и И.В. Крук [ 19861 предлагают вы­делять так «органические» ошибки, встречающиеся у лиц, страда­ющих церебральной патологией: больной разделяет на фрагменты одну из основных фигур (иногда такое расчленение оригинала приводит к невозможности опознания фигуры-образца) либо вос­производит все фигуры в одной величине; наблюдается полный или частичный пропуск малых фигур; повторение (дубликация) малых фигур; дубликация основной фигуры; расположение пери­ферической фигуры между главными или внутри главной; поворот фигур на рисунке на 90°.

Примерами ошибок при тяжелой органической церебральной патологии являются: тенденция к деформации фигур но размерам, повторение главной фигуры в одном и том же образце, повторение элементов фигуры в образце, контаминация (сплавление) фигур, тенденция к персеверации фигур, значительное искажение фигур, вставки в фигуры, полный пропуск образца.

Отмечено, что наличие одной «органической» ошибки возможно и у психически здоровых лиц, что может быть объяснено фактором переутомления. Наличие двух «органических» ошибок представ­ляет большую редкость даже у очень старых, но психически здо­ровых обследуемых.

Разработаны две дополнительные усложненные формы F и /, каждая из которых содержит 15 заданий по А набора фигур.

Воспроизведение рассказов

[Бернштейн, 1921; Bartlett, 1932; Бартлетт, 1959; Альманах..., 1995;

Рубинштейн, 1998; Бизюк, 2005; Семаго, 2005]

Данная методика построена на теоретических и эксперимен­тальных изысканиях английского психолога Фредерика Чарльза Нарлстта (Fredrick Charles Bartlett, 1886 1969), который, в от­личие от немецкого психолога Германа Эббингауза (Hermann

Kbbinghaus, 1850 1909), отказался от «чистого» исследования па­мяти с помощью бессмысленных слогов и перешел к более есте­ственному и «экологически корректному» запоминанию текстовых фрагментов, в качестве которых выступали отрывки из сказок амс риканских индейцев.

СЛ. Рубинштейн (2000) по этому поводу писал, что осмыс­ленное запоминание подчинено иным закономерностям, чем ме­ханическое воспроизведение на основе ассоциаций по смежности. При воспроизведении осмысленного текста его основные, наи­более существенные но смыслу части воспроизводятся значи тсльно лучше; забывается по большей части второстепенное, не существенное. Вместо механического воспроизведения смежных частей, которое должно было бы иметь место согласно законам ассоциации, фактически происходит значительно более сложный процесс смыслового отбора. Сам текст при этом подвергается более или менее значительной реконструкции. Воспроизведение в этих случаях определяется нс смежностью, а может совершаться вопреки связям по смежности, в соответствии со смысловыми ас­социациями.

В современной версии испытуемому зачитывается короткий и, как правило, несложный по сюжету рассказ (если не ставятся спе­циальные сравнительные цели исследования) и предлагается но па мяти повторить или записать его. Затем то же самое проделывается с другими заранее подготовленными рассказами.

Довольно часто в качестве стимульного материала использу­ются басни или поучительные рассказы Льва Толстого и других авторов, позволяющие впоследствии обсудить их смысл и мораль.

Приведем примеры нескольких текстов.

Галка **и** голуби

*Галка услыхала, что голубей хорошо кормят', выкрасилась в белый цвет и полетела в голубятню. Голуби подумали, что она тоже го­лубь, и приняли ее. Но она не удержалась и закричала по-галочьи. Тогда голуби увидели, что она галка, и выгнали ее. Она вернулась к своим, но те ее не признали и тоже не приняли.*

Самые красивые

*Летела сова. Навстречу ей летели другие птицы. Сова спросила: Вы не видели моих птенцов?*

* *Л какие они?*
* *Самые красивые!*

Рассказ для маленьких детей

*Жил-был мальчик. Звали его Вайя. Пошел Ваня с мамой на улицу гулять. Побежал Ваня быстро-быстро, споткнулся о камень и упал. Ударил Ваня ножку. И у него ножка сильно болела. Повела мама Ваню к доктору. Доктор завязал ножку, и она перестала болеть.*

Н итог е воспроизведения этих и аналогичных рассказов устанав­ливается, насколько полно больной передаст содержание каждого из них, не вплетает ли он в пересказ дополнительные ассоциации, не смешиваются ли элементы разных рассказов, нет ли искажений при сравнительно метком понимании подтекста, нет ли замены одних действующих лиц другими.

Довольно часто подобные симптомы, сопровождающиеся пер­северациями и инертностью, встречаются при сосудистых заболе­ваниях головного мозга. С.Я. Рубинштейн [1986] указывает, что больные шизофренией, которые в состоянии ремиссии нс обнару­живают явных расстройств мышления в устной речи, начав пись­мен ный рассказ, иногда такие расстройства демонстрируют.

Довольно грубые дефекты воспроизведения рассказов встреча­ются при корсаковском синдроме, старческом слабоумии, на фоне выраженной аснонтанности, являющейся признаком расстройства мотивационной сферы. Некоторого улучшения воспроизведения в ряде случаев можно добиться путем наводящих вопросов.

У умственно отсталых детей слабость мышления мешает им вы­делить существенное в подлежащем запоминанию материале, свя­зать между собой отдельные его элементы и отбросить случайные, побочные ассоциации. В ряде исследований показано, что при вос­произведении рассказов ученики вспомогательных школ повторяют отдельные слона, фразы из рассказов, но не могут изложить своими словами основной смысл или сюжет [Рубинштейн, 1986].

Материал методики, помимо мпсстических процессов позволяет эффективно оценивать когнитивные и эмоциональные особенности испытуемых, особенно детей, когда речь идет о принципиальном понимании смысла рассказа, а особенно понимании его скрытого смысла. Решающую роль в качественном оценивании этой стороны играют задаваемыс ребенку вопросы [Семаго, 2005].

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Какие виды запоминания обычно используются в методиках, предна­значенных для характеристики памяти?**
2. **Ответы на какие важные с позиции патопсихологии вопросы должны быть даны при исследовании мнестических процессов?**
3. **Какой аспект мнестической деятельности исследуется с помощью ме­тодики «.'Заучивание 10 слов»?**
4. **Опишите характер исследования по методике запоминания зри­тельных образов.**
5. **Какова технология работы со стимульпым материалом при оценке кратковременной памяти по методу Джекобсона?**
6. **В чем специфика экспериментального исследования опосредованного запоминания?**
7. **Какие психические процессы могут исследоваться с помощью ме­тодики «Пиктограммы» и какие симитомокомплексы улавливаются при подобном обследовании?**
8. **Опишите технологию проведения исследования опосредованного за­поминания методом парных ассоциаций.**
9. **Какие варианты неправильных и иатопсихологически значимых ответов возможны при исследовании но методике «Тест зрительной ретенции»?**
10. **Каковы теоретические предпосылки и цели исследования по мето­дике «Воспроизведение рассказов»?**
11. ВНИМАНИЕ И ЕГО РАССТРОЙСТВА

Корректное определение внимания н современной психологии встречается с проблемой неоднозначной его трактовки разными учеными. При этом доминируют две точки зрения, каждая из ко­торых имеет своих сторонников.

В соответствии с первой из них внимание является самостоя­тельным видом психической деятельности, содержанием которой становится контроль за любой формой другой психической дея­тельности | Гальперин, 1958|. Результатом внимания выступает улучшение результативности той деятельности, на которую этот контроль направлен.

Н соответствии со второй точкой зрения внимание своего психи­ческого содержания не имеет и определяется как состояние друг их психических процессов и сознания в целом, заключающееся в их направленности на определенные объекты и явления, имеющие для личности известную значимость в момент деятельности. Таким образом, сосредоточенность начинает пониматься как степень по­гружения в какие-либо операции деятельности |Добрыпин, 1959|. По словам СЛ. Рубинштейна, «внимание выражает специфиче­скую особенность процессов, направление которых регулируется деятельностью, в которую они включены» 12000, с. 456|.

Возможен подход к вниманию как фильтру, обеспечивающему селекцию приоритетной информации в процессе се приема и пере­работки, как ресурсу психической энергии, привлечение которой зависит от требований текущей деятельности, как управлению

и согласованию субъектом внешних и внутренних операций в про­цессе приема и переработки информации.

При попытке обобщить дефиниции, описывающие внимание с его феноменологической стороны, в большинстве случаев оно определятся как два независимых, взаимосвязанных или парал­лельных психических процесса, обеспечивающих: 1) избиратель­ность в выделении из всего доступного информационного потока той его части, которая существенна для текущей деятельности и 2) контроль за развертыванием любой внешней или психической деятельности в целом. Данная часть информации удерживается в фокусе сознания, в зоне своей обработки, где она приобретает большую ясность и осознанность по сравнению с тем, что остается за пределами зоны внимания. Но, подчиняясь задачам деятель­ности или под давлением внешних факторов, содержание фокуса внимания может меняться, т.с. возникает эффект замены того, что находилось на периферии внимания или вообще вне его, тем, что уже было воспринято или обработано, и наоборот. Этот процесс может расцениваться и как смена содержания сознания.

Внимание, равно как и мнсстичсский фактор, универсально или атрибутивно для всех остальных психических явлений, что делает возможным его трактовку в структуре психической органи­зации и как процесса (развернутость но времени), и как состояния (например, сосредоточенности), и как личностного свойства (вни­мательности, бдительности).

Влагодаря включенности в психическую регуляцию, которая может осуществляться на разных уровнях, а также благодаря разным способам своего осуществления, принято выделять непро­извольное, произвольное и послспроизвольнос внимание.

1. Непроизвольное внимание — это энолюциопно и филогене­тически более ранняя его форма, включенная в контекст инстин­ктивной деятельности и обеспечивающая исходные механизмы адаптации к внешней среде выделения из нее тех раздражителей, которые в силу своих интенсивпостных характеристик, а также не­типичное™ для контекста своего возникновения или прекращения, а также из-за своей новизны могут нести в себе повышенную угрозу. Непроизвольное внимание может привлекаться и раздражителями, отвечающими базовым потребностям организма, единственным источником своего порождения здесь выступает специфика объекта, на который такое внимание направлено, а поэтому оно нс требует никаких внутренних усилий, т.е. оно непосредственно и реактивно. С этой разновидностью внимания ребенок рождается, и у него оно приобретает форму ориентировочного рефлекса, который может

наблюдаться уже с мерных месяцев жизни (поворот глаз в сторону раздражителя, прекращение побочных видов деятельности, отчет­ливый комплекс дыхательных, кожно-гальванических и сердечно­сосудистых реакций) (Лурия, 1973].

Очевидно, что повторное столкновение с одним и тем же пер­воначально новым раздражителем без каких-либо последствий для организма будет сопровождаться постепенным затуханием непроизвольного внимания, чем заметно отличается внимание взрослого человека от внимания ребенка. Но у взрослого непроиз­вольное внимание может регулироваться и более сложными факто рами, своими корнями уходящими в социальный опыт и усвоенную на протяжении жизни культурную систему ценностей (например, выделение из общего перцептивного потока информации такой, ко­торая соответствует критериям прекрасного или безобразного, либо каким-то иным плохо осознаваемым критериям).

Но-видимому, морфологической базой непроизвольного вии мания являются обнаруженные в 1960 г. канадским нейрофизио­логом Гербертом Джаспером (Herbert Henri Jasper, 1906-1999) нейроны новизны, активирующиеся при появлении новых раздра­жителей и ослабляющие свою активность по мере их повторного возникновения.

1. Произвольное внимание расценивается как высшая его форма, зарождающаяся и созревающая прижизненно, только как следствие взаимодействия с социальной средой и при опосредовании речью. Оно характеризуется наличием у человека осознаваемой и вербали- зированной цели, а также наличием волевого усилия по удержанию этой цели вопреки многочисленным слабым и сильным отвлека­ющим помехам, провоцирующим увод деятельности с заданной цели па побочные и неактуальные. В качестве помех могут высту­пать не только внешние факторы — частным, хотя и распростра­ненным их случаем может являться столкновение мотивов или коп- курирующих интересов, ставящих перед человеком проблему вы­бора или принятия решения. Помехой произвольному вниманию могут становиться и некоторые состояния организма, например, недосыпание, утомление, изматывающее заболевание и т.н.

Н.Н. Ланге 11976, ориг. 1893] отмечал следующее важное внутреннее отличие произвольного внимания от непроизвольного: цель процесса заранее известна субъекту. Иными словами, у него имеется предваряющее знание об объекте внимания (пусть даже и неполное). На произвольном внимании лежит отчетливый отпе­чаток долженствования. Осознанная необходимость как намерение становится главным детерминантом произвольного внимания.

У ребенка генетическая сторона произвольного внимания опо­средуется его включением в речевое взаимодействие со взрослыми, важнейшей составляющей которого является вербальная по форме инструкция, призывающая ребенка направить свое внимание на выделенный из окружающей среды объект (взрослый одновре­менно показывает ребенку и называет предмет). Ксли в раннем воз­расте произвольное внимание диктуется только теми целями, ко­торые формулируются взрослыми, что отчетливо обнаруживается начиная примерно со второго года жизни, то ребенок примерно с пяти лет начинает осуществлять эту функцию самостоятельно, под влиянием самоииструкции. Поддержание произвольного вни­мания на каком-то объекте или явлении на протяжении длитель­ного времени, являясь энергоемким процессом, требует от ребенка заметных усилий, что и сопровождается быстрым развитием утом­ления. Из-за этого период удержания внимания у детей 2-3 лет в несколько раз короче, чем в старшем дошкольном возрасте. Про­извольные формы внимания, несомненно, связаны с деятельностью и уровнем зрелости лобной коры | Дурил, 1973; Семенович, 20051, период функционального совершенствования которой продолжа­ется на протяжении почти двух десятков лет.

1. Послепроизвольное внимание часто рассматривается как новый уровень в развитии произвольно, отличаясь от последнего тем, что для его поддержания пет необходимости в волевом усилии, поскольку его осуществление поддерживается ценностью объекта и несомненным интересом к нему, происходит как бы «захват дея­тельностью» (по К. Марксу — «наслаждение трудом как игрой фи­зических и интеллектуальных сил» |Добрынин, 1976, с. 258|). бла­годаря своим качествам, совмещающим произвольные и непроиз­вольные механизмы, [ i осле произвольное внимание сопровождается наиболее продуктивными формами деятельности.

Как правило, для экспериментальной оценки внимания привле­кают такие его свойства, как устойчивость, концентрация, объем, распределение, персключасмость и направленность. Но этот пере­чень нельзя рассматривать как общепризнанный, поскольку разные авторы в этих свойствах могут усматривать разнос содержание, а кроме того, часть свойств может интерпретироваться как произ­водная (зависимая) от других.

Устойчивость — это временная характеристика внимания, дли­тельность привлечения внимания к одному и тому же объекту или к одной и той же задаче. Устойчивость внимания может вы­ступать и как косвенный индикатор умственной работоспособности (сопротивления утомлению). Как уже указывалось касательно но- ^непроизвольного внимания, существенными факторами, благо­приятствующими устойчивости, являются отношение к объекту и живой интерес к нему, т.е. эмоциональные аспекты, а также со­держание и разнообразие материала, на котором происходит сос­редотачивание, — возможность постоянно раскрывать в объекте новое содержание | Рубинштейн, 20001.

Экспериментальные исследования показали, что внимание под­вержено периодическим закономерным изменениям. Период вы­хода из состояния устойчивости лежит в диапазоне от нескольких секунд до нескольких минут и зависит от возраста человека, функционального состояния нервной системы и степени утом­ления. Кроме того, внимание имеет тенденцию меняться в соответ­ствии с суточными и недельными ритмами.

Каких-либо общепринятых показателей длительности, по ко­торым можно было бы относить внимание к категории устойчивого или неустойчивого, не разработано. Устойчивость внимания может оцениваться различно в зависимости от вида внимания, а также со­держания и характера производимой деятельности.

Иногда в качестве самостоятельной характеристики внимания, противопоставляемой устойчивости, но являющейся нормальным феноменом, рассматривают его колебания, под которыми может по­ниматься различное содержание. В ряде случаев под колебаниями подразумевают непроизвольные изменения его интенсивности, вы­ражающиеся в изменениях ясности ощущений, в других случаях их отождествляют с динамическими характеристиками внимания, выражающимися в смене образов при восприятии двойственных изображений. Колебания внимания при этом могут возникать даже при самом сосредоточенном и устойчивом внимании.

Концентрация (сосредоточенность) внимания — это произ­водная характеристика, в известной степени противопоставляемая объему внимания и включающая в себя ограниченность ноля вос­приятия и повышение интенсивности внимания в этом поле. Это степень сосредоточенности на одном объекте или одной операции, предполагающая отвлечение от помех и всего постороннего. Оценка этой характеристики обычно производится но числу отвлечений (допущенных ошибок) при переработке заданного объема инфор­мации или за заданный период времени. Физиологической основой сосредоточенного внимания являются оптимальная интенсивность возбудительных процессов тех участков коры головного мозга, ко­торые связаны с данным видом деятельности при одновременном развитии сильных тормозных процессов в остальных частях коры. Но мнению Э.Ь. Титчснсра, способом исследования концентрации внимания мог бы стать эксперимент с воздействием постепенно усиливающегося побочного раздражения до его «заметности» для занятого какой-то деятельностью испытуемого.

Объем внимания (широта) — максимальное количество объ­ектов, элементов или ассоциаций, которые могут быть одномо­ментно (менее чем за доли секунды) восприняты с одинаковой степенью ясности. По мнению В.И. Гинсцинского |1997|, этот па­раметр имеет пространственно-временной смысл. Объем внимания взрослого здорового человека обычно составляет 5 7 нс связанных между собой по смыслу простых объектов (цифр, букв, геометри­ческих фигур и т.п.), а у детей — 3±2 аналогичных объекта. Воз­можности внимания в отношении семантически ассоциирующих, даже сложных объектов возрастают, особенно если они могут быть объединены в осмысленное целое. Здесь просматривается те­снейшая связь с объемом восприятия и кратковременной памяти. Несомненную роль в определении объема внимания играет ситуа­ционная или индивидуально-личностная значимость того, что по­падает в зону внимания. Ограниченность объема воспринимаемого и перерабатываемого материала заставляет человека непрерывно дробить поступающую информацию на части и определять после­довательность се анализа.

Распределение внимания — способность человека совершать несколько рядов действий или следить за несколькими независи­мыми процессами, не теряя ни одного из поля внимания [Рубин­штейн, 20001. Это свойство тесно связано с объемом внимания, но здесь подразумевается параллельное существование не одного, а но крайней мерс двух фокусов внимания. Характеристиками рас­пределения внимания в эксперименте являются временные пока­затели, полученные в результате сопоставления длительности пра­вильного выполнения одной задачи и выполнения этой же задачи совместно с другими (двумя или более) задачами. Замечено, что для успешного выполнения одновременно двух видов деятельности один из них должен быть доведен до автоматизма, причем легче со­вмещать двигательную и умственную деятельность.

В ряде исследований существование такой специальной харак­теристики внимания, как распределение, ставится под сомнение. Вероятнее всего, впечатление распределения создастся за счет спо­собности человека быстро переключаться с одного вида деятель­ности на другой, успевая возвращаться к продолжению прерван­ного до того, как наступит забывание.

Это значит, что распределение внимания и его концентрация в ряде случаев находятся в определенных отношениях между

собой чем иышс концентрация внимания, тем более затруднено его рае пределе нис. Но эта закономерность реализовывается только тогда, когда между выполняемыми психическими операциями имеется конкуренция. Нели, например, одно из действий осуще­ствляется в автоматизированном режиме, а второе требует нолевых усилий, противоречий между распределением и концентрацией внимания не возникает.

Иереключаемостъ (гибкость) внимания — сознательное, пред­намеренное перемещение, перенос его направленности и сосре­доточенности с одного объекта на другой или с одного вида дея­тельности на другой в связи с изменившимися условиями или по­становкой новой задачи. Данная сторона внимания проявляется в скоростных характеристиках этого переноса. В целом переклю- часмость внимания означает способность быстро ориентироваться в сложной ситуации.

Переключение внимания может осуществляться как на непроиз­вольном, так и произвольном уровне. При первом обстоятельстве в частных случаях это может свидетельствовать о его неустойчи­вости, но, с другой стороны, то же свойство внимания благопри­ятствует временному отдыху ранее загруженной функциональной системы, сохранению и восстановлению работоспособности ЦНС в целом (например, при утомлении ребенка). При напряженной деятельности в нервных клетках наступает охранительное тормо­жение, в результате которого в тех центрах, которые до этого были заторможены, повышается активность, и внимание спонтанно пе­реключается на посторонние раздражители. Преднамеренная пе­рестройка внимания всегда сопровождается некоторым нервным напряжением, реализуемым нолевым усилием.

Легкость / трудность переключения внимания зависит от целого ряда причин: наличия или отсутствия связи между содержанием предшествующей и последующей деятельности, наличия интереса к объектам внимания, степени законченности предыдущей деятель­ности, значимости и ясности цели деятельности, свойств нервной системы испытуемого и др.

Направленность (избирательность) внимания — его обращен­ность к тем или иным объектам внешнего мира либо мыслям, чувствам и воспоминаниям, настроенность на них. В этом аспекте внимания определенно присутствует компонент ориентировочно­исследовательской деятельности, частично осуществляющейся на уровне подсознания. Избирательность внимания связана с огра­ниченностью произвольной регуляции объема внимания при раз­рознен ных стимулах, что требует постоянного выделения субъектом каких-либо объектов, находящихся в сенсорно-перцептивной зоне, а невыделенные объекты начинают для них выполнять функцию фона. Избирательность внимания может рассматриваться и в мо­торном отношении, как затормаживание одних движений в пользу других, способствующих облегчению восприятия.

Количественным параметром избирательности внимания счита­ется скорость осуществления испытуемым выбора стимула из мно­жества других, а качественным — точность, т.с. степень соответ­ствия результатов выбора исходному интересу, мотиву, внешней или внутренней инструкции.

Ряд авторов указывает, что если само внимание понимать как направленность психической деятельности, то последняя оказы­вается лишь его феноменологической характеристикой и, следова­тельно, не может выступать как свойство внимания.

Все упомянутые свойства внимания, обладающие количе­ственными и качественными характеристиками, при общепатологи­ческих состояниях, в том числе и при соматических заболеваниях, могут изменяться или искажаться с различной степенью выражен­ности и в разных направлениях. Нарушения внимания возможны и у психически здоровых лиц на фоне аффективно-эмоциональных реакций и состояний.

Подобные изменения крайне редко носят изолированный ха­рактер и обычно представлены комбинированной симптоматикой.

На бытовом уровне одно из наиболее распространенных рас­стройств внимания квалифицируется термином «рассеянность», который фактически описывает два противоположных по смыслу явления. В первом случае ключевым механизмом выступает сла­бость произвольного управления собственными психическими процессами, в том числе и целенаправленностью внимания, из-за чего многочисленные побочные или второстепенные раздражители переадресуют вектор внимания на себя, утрачивается способность к сосредоточению. В итоге ведущий вид деятельности или психи­ческий процесс (например, восприятия или мышления) нс дово­дится до конца. Будучи типичной для детского возраста, эта форма рассеянности получила название «школьной».

Вторая форма рассеянности в своей основе имеет избыточную сосредоточенность на каком-то объекте или процессе, из-за чего все остальные, в том числе важные для актуального реагирования по­токи информации, перестают учитываться и поведение приобретает форму «чудаковатого» (отвечает невпопад) или социально дизадап- тивного. Это и позволило данный вид рассеянности условно квали­фицировать как «профессорскую».

**Рассеянность может описываться и в более строгих катего­риях — отвлскасмости и сужения объема внимания.**

**Отвлекаемостъ (неустойчивость, поверхностность) внимания характеризуется преобладанием непроизвольного внимания над произвольным, быстрым изменением своей направленности, не­способностью сосредоточиться на нужном объекте, уменьшением глубины и ослаблением наблюдательности. Больные не завершают начатое дело, возникшая мысль до логического итога не доводится, вопросы выслушиваются невнимательно, ответы нс продумыва­ются и с заданными вопросами нс сообразуются. Внимание больных все время переключается на посторонние объекты, события, воспо­минания и соображения.**

**11атологичсским фоном для отвлскасмости могут выступать асте­нические или маниакальные состояния, церебральный атеросклероз. Существенная утрата способности сосредотачиваться наблюдается при поражениях лобных долей мозга, что находит свое внешнее вы­ражение в «нолевом (хаотичном) поведении», при расстройствах сознания, также часто обусловленных расстройствами со стороны центральной нервной системы, при умственной отсталости.**

**Гиперметаморфоз (букв, избыточное превращение) — специфи­ческая свсрхотвлекасмость, сверхизменчивость непроизвольного внимания, типичная для состояния или аффекта крайней растерян­ности и даже спутанности. В этом состоянии при незначительных изменениях в окружающем (движния врача, колеблющаяся зана­веска, случайные звуки — бой часов, звук капающей из крана воды и т.п.) больной реагирует на них мимикой, движением или словами регистрирующей) содержания («На Вас белый халат»; «Вот вода ка­пает»; «Часы пробили»). Высказывания больных, как спонтанные, так и при задаваемых им вопросах, бедны словами, сбивчивы, пре­рываются паузами, продолжительным молчанием. Логическая по­следовательность мышления утрачивается. Это расстройство вни­мания наблюдается при острых экзогенно-органических психозах, а также может возникать на высоте маниакального возбуждения. Гипсрмстаморфоз обнаруживает себя и при отсутствии каких-либо заметных внешних раздражителей [Морозов, Шумский, 1988|.**

**Сужение объема внимания проявляется неспособностью удер­живать в иоле произвольной целенаправленной деятельности ожидаемое число объектов, образов и представлений и свободно оперировать ими. Легко теряются из виду различные требования к деятельности, перестают приниматься в расчет необходимые условия, больные становятся рассеянными и забывчивыми, слу­чайное отвлечение в беседе не позволяет вернуться к прерванной**

мысли, а прерванная деятельность может сопровождаться утратой ее конечных целей. Сужение объема внимания особенно заметно но ошибкам в умственной деятельности, при которой количество операций или промежуточных результатов становится большим, чем может удержать активное внимание (например, при последова­тельных устных расчетах). Яркий пример резкого сужения объема внимания приводит О. Ьлёйлср [ 19201. Вольной прогрессивным па­раличом прыгает из окна за увиденным на земле окурком, забывая, что находится на втором этаже здания и прыжок опасен [цит. по: Жмуров, 19941. Очевидно, что сужение объема внимания будет сопровождаться и смежным расстройством ослаблением способ­ности к его распределению. Сужение объема внимания характери­зует астенические состояния разного, чаще органического генеза.

Тугоподвижность (инертность) внимания — неспособность к быстрому и частому переключению внимания с одного объекта, явления или деятельности на другие, возникает избыточно выра­женная концентрация внимания на том, что уже потеряло ситуа­тивную значимость. Вольной не в состоянии следовать за изме­нением тематики завязавшейся беседы или следить за переменой окружающей его обстановки. Регистрируются такие уже проециру­ющиеся в личностную сферу качества, как инертность установок, прилипчивость, склонность к детализации.

В некоторых случаях эти феномены могут проявляться как ин­дивидуальная особенность, в основе которой лежат генетически предопределяемые факторы (основные свойства нервных про­цессов), но они могут становиться либо следствием неврологиче­ской патологии, например, при эпилепсии, при органических изме­нениях со стороны мозга, либо на почве паранойяльных тенденций.

Своеобразные формы тугоподвижпость внимания приобретает у некоторых детей, увлеченных каким-либо занятием ребенок пе­рестает откликаться на обращенные к нему призывы и реагировать даже на значимые для него изменения во внешней среде.

Истощаемостъ внимания — прогрессивное ухудшение способ­ности к удержанию интенсивности внимания па каком-то про­должающемся явлении или деятельности (особенно монотонной), быстрый уходе произвольного внимания на непроизвольное. После некоторого периода поглощенной и продуктивной работы появля­ется чувство усталости, теряется интерес к исполняемой деятель­ности, снижается теми работы, возникает потребность в отдыхе, сонливость или непоседливость, появляется желание заняться чем- то иным, в эксперименте по мере исполнения задания нарастает число ошибок. Наблюдается как эффект утомления, при астсничс-

ских состояниях, неврастении, при органических поражениях мозга различной этиологии.

Нарушение направленности внимания внимание становится избыточно избирательным и включает к свою сферу лишь от­дельные субъективно значимые явления, которые, приобретая свойство навязчивости, вытесняют все остальные стороны жизни. Это может трактоваться как частичная ущербность высших про­извольных его форм внимания, утрата контроля над направлен­ностью внимания. К подобного рода расстройствам может быть отнесена так называемая патологическая рефлексия (болезненная поглощенность самоанализом, неспособность переориентировать внимание на внешнюю среду), ипохондрическая фиксация полная сосредоточенность на болезненных ощущениях и на соб­ственном самочувствии, ограниченность содержания мышления и эмоционального резонанса только мрачными сторонами дей­ствительности или только прошлым, болезненная прикованность внимания к межличностным отношениям и своей роли в них и т.п. Все остальное теряет всякий смысл. Вместе с тем, как отмечает ряд исследователей, рефлексия может сопутствовать дизадаптивным тенденциям, по сама по себе их причиной нс является.

Специфика нарушений направленности внимания несет в себе деформацию мотивационного и когнитивного компонента пове­дения, содержания, высвечиваемого в зоне осознания, а нс преиму­щественно количественных или скоростных характеристик этого процесса, что типично для ранее описанных расстройств данной сферы.

Патологическая рефлексия характерна для шизофрении, осо­бенно если она дебютирует в подростковом и юношеском возрасте.

Лпрозексия - отсутствие у больного как произвольного, так и непроизвольного внимания, потеря интереса к происходящему и невозможность инициировать этот интерес с помощью внешних средств поощрения или обещаний наказания. Наблюдается в боль­шинстве случаев при вовлеченности в патологический процесс не­которых участков лобных долей и глубоких структур мозга при ум­ственной отсталости, ранней детской шизофрении, черепно-моз­говых травмах.

Парапрозексия - своеобразный качественный феномен со сто­роны внимания, в том числе и у практически здорового человека, описываемый как блокада напряженным ожиданием способности заметить появление значимого объекта или события реакция «мимо» (спортсмен на старте пропускает выстрел стартового пи столста), как противоречие произвольных намерений и фактичс-

**ского результата. Иногда под термином «парапрозсксия» понимают и нарушения направленности внимания.**

**Расстройства внимания могут рассматриваться и в нейронси- хологическом контексте. Здесь выделяют два класса расстройств внимания.**

1. **Модально-специфические, обусловленные разрушением тех зон мозга, которые являются корковыми проекциями различных анализаторных систем. При подобных локализациях очага дефект внимания распространяется только на раздражители, поступающие через соответствующий (зрительный, слуховой или кожно-кине- стстичсский) сенсорный канал. Например, частным случаем рас­стройства модально-специфического внимания выступает явление игнорирования стимулов, поступающих со стороны левой поло­вины сенсорного поля, что типично для поражений задних отделов правого полушария.**
2. **Модально-нссисцифичсскис, вызванные поражениями энер­горегулирующих морфофункциональных систем мозга, что сопро­вождается ухудшением внимания во всех сферах, в отношении разных раздражителей и в разных видах деятельности. Повре­ждения отдельных компонентов многоуровневых нсспецифичсских структур могут отличаться по балансу потерь со стороны произ­вольного и непроизвольной) внимания.**

**Известной спецификой обладает внимание и при ряде психи­ческих расстройств. Например, больные шизофренией, как указы­вает В.Л. Гиляровский 11S.'j'l |, обычно не обращают на окружающих никакой) внимания, не отвечают на вопросы и вообще нс реагируют на окружающее и иногда кажутся даже находящимися в состоянии затемнения сознания, но потом обычно оказывается, что все проис­ходившее не прошло мимо их внимания, причем ими были подме­чены некоторые мало заметные явления и совсем не бросающиеся в глаза детали. Аналогичные описания больных можно найти и у О. Блсйлсра, а также при расстройствах аутистического спектра.**

**Одним из распространенных расстройств у детей является ши­роко дискутируемый синдром дефицита внимания и гиперактив­ности (СДВГ), в структуре которого заметное место занимают собственно расстройства внимания, для которых в DSM-5 (амери­канской классификации болезней) были определены следующие признаки или формы проявления. Так, ребенок либо взрослый, у которого признаки этого синдрома продолжают сохраняться, часто:**

**• не способен сосредоточивать внимание на деталях и допускает**

**ошибки из-за невнимательности, небрежности в школьных за-**

даниях, при работе и других видах деятельности (например, пропускает или теряет детали, выполняет работу неакку­ратно);

* с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр (испытывает трудности с концентрацией вни­мания во время лекций, бесед, длительного чтения);
* складывается впечатление, что не слушает обращенную к нему речь (мысли где-то витают даже при отсутствии явного отвле­кающего фактора);
* нс придерживается предлагаемых инструкций и нс может до конца выполнить уроки, домашнюю работу или обязанности на рабочем месте (начинает выполнять задание, по быстро те­ряет фокусирование на нем и легко отвлекается);
* испытывает сложности в организации выполнения заданий и своей деятельности (сложно организовать выполнение за­дания из последовательных действий, трудно сохранять в по­рядке материалы и вещи, работа выполняется неаккуратно и неорганизованно, плохо распределяет время, нс укладывается в назначенные сроки);
* избегает, высказывает недовольство и сопротивляется вовле­чению в выполнение заданий, которые требуют длительного ум­ственного напряжения (школьных заданий, домашней работы, для старших подростков и взрослых подготовка отчетов, за­полнение форм, изучение длинных текстов);
* теряет вещи, необходимые для выполнения какой-либо работы или заданий (школьные принадлежности, карандаши, книги, инструменты, кошельки, ключи, рабочие бумаги, очки, мо­бильные телефоны);
* легко отвлекается на посторонние стимулы (для старших под­ростков и взрослых это могут быть посторонние мысли);
* проявляет забывчивость в повседневных ситуациях (например, выполнение работы по дому, поручений, для старших под­ростков и взрослых — ответные звонки но телефону, оплата счетов, приход на назначенные встречи) [Завален ко, 2(Ш|. Очевидно, что соотношение проявлений гинсрактинности (пове­денческого самоконтроля, в требующих того ситуациях), невнима­тельности (неспособность удерживать внимание на задачах, интерес к которым не поддерживается стимуляциями извне или наградами) и импульсивности (немедленные действия в ответ на стимулы без обдумывания и без учета последствий и рисков) у разных детей будет отличаться.

***Контрольные вопросы и задания***

1. **15 чем неоднозначность теоретической трактовки феномена внимания?**
2. **Охарактеризуйте качественные различия произвольного и непроиз­вольного внимания.**
3. **Какие характеристики внимания могут подвергаться изменениям вследствие различных психических расстройств?**
4. **И чем проявляются нарушения направленности внимания?**
5. **Как подразделяются виды внимания в нейропсихологии?**
6. **Перечислите признаки СДНГ в соответствии с критериями DSM-5.**
7. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РАССТРОЙСТВ ВНИМАНИЯ

Приведем примеры методов исследования расстройств вни мания.

Корректурная проба

[Bourdon, 1895; Психологический..., 2003; Семаго, 2005]

Методика предназначена для оценки степени концентрации и устойчивости внимания, изучения врабатывасмости, темпа деятельности, признаков утомления, при соответствующей ин­струкции — нереключаемости и влияния различных форм мо­тивации на продуктивность. Общие принципы исследования по данной пробе были предложены французским психологом Бс- ньямином Бурдоном (1860 19-13) в 1895 г., а се модификации для отечественной популяции Владимиром Яковлевичем Ан­фимовым (1879-1957) в 1908 г. и Анатолием Георгиевичем Ива­новым-Смоленским (1859 1982) в 1928 г. Известны и детские ва­рианты этой пробы [Богданова, Корнилова, 1994; Марцинковская, 1998; Бизюк, 2005 и др.|.

Исследование производится при помощи специальных бланков с рядами расположенных в случайном порядке букв, цифр, особым образом ориентированных геометрических фигур (как, например, колец Ландольта) или рисунков (для детей). Испытуемому предла гается на протяжении контрольного времени, нс отвлекаясь, зачер­кивать один из обозначенных в инструкции знаков, просматривая строки бланка как при чтении. В другом варианте ограничением длительности работы является нс время, а объем знаков на одном или более бланках. В этом случае специально регистрируется время, затраченное на выполнение всего задания. В любом случае через каждые .30 или 60 секунд но команде экспериментатора («Черта!») испытуемый делает отметку в том месте таблицы, где в это время находится его карандаш.

**На рис. 2.9 показаны фрагмсны различных корректурных проб (размер изменен).**

СХДВСХЕВИХНАИСНХВХВКСНАИСВХВХЕНАИСНЕВХАК

ВНХИВСНАВСАВСНАЕКЕАХВКЕСВСНАИСАИСНАВХНВК

НХИСХВХЕКВХРВХЕИСНЕИНАИЕНКХКИКХЕКВКИСВХИ соооосооосоооооосооо

оосоооооооооосооосоо

Рис. 2.9. Фрагменты различных корректурных проб

**После окончания работы с помощью шаблона («ключа») под­считывается общее число просмотренных знаков, правильно вычер­кнутых знаков, а также количество знаков за каждый из отмеряемых периодов и количество допущенных за эти периоды ошибок (про­пусков нужных знаков и лишних зачеркиваний). По полученным числовым данным и по выбранным временным интервалам стро­ится совмещенный график, отражающий динамику (колебания) рассматриваемых показателей. Характер кривых, их форма и на­клон, помимо общей продуктивности работы, являются важными индикаторами состояния внимания, в частности, свидетельствую­щими и об отношении человека к исследованию.**

**С.Я. Рубинштейн |1998| в качестве важнейших рассматривала два показателя этой пробы: скорость (число просмотренных за ми­нуту знаков) и точность (число ошибок за минуту). Чрезвычайно быстрый темп работы, сопровождающийся неточностью, наблю­дается при маниакальных и паралитических синдромах, а чрезвы­чайно медленный при депрессии. Показатель точности является более чувствительным индикатором общей работоспособности и утомляемости внимания. Психически здоровые молодые люди при 10-минутной работе (по буквенным корректурным пробам) допускают от одной до 10-15 ошибок, а больные с сосудистыми и иными органическими поражениями мозга за то же время — 40-60 ошибок. Поступательное увеличение числа ошибок к концу работы убедительно свидетельствует о пресыщении и истощении внимания.**

**В психодиагностической литературе предложено довольно много формул количественной оценки результатов корректурной пробы вплоть до подсчета пропускной способности испытуемого в битах. Приведем простейшие из них, позволяющие сравнивать между собой результаты двух и более испытуемых.**

***А* = *М / N,***

**где М — число правильно зачеркнутых знаков; N — общее число знаков, которые следовало зачеркнуть.**

***Продуктивность (Р):***

***Р = Л xS,***

**где S — общее число просмотренных знаков.**

***Концентрация внимания* (К):**

**К = С2/ II,**

**где С — число строк таблицы, просмотренных испытуемым; II — количество ошибок (пропусков или ошибочных зачеркиваний лишних знаков).**

**При необходимости инструкция к корректурной пробе меня­ется. Например, может осуществляться зачеркивание нс одной, а двух или даже трех букв (цифр и т.д.), следующих в определенном порядке. По ходу пробы, начиная с определенной минуты, экспе­риментатор может менять зачеркиваемый знак, например, если в первой половине пробы необходимо было букву А зачеркивать, а С обводить кружком, то с четвертой минуты С нужно зачеркивать, а А обводить кружком. Зачеркиваемые знаки можно менять и по­строчно. В данном случае предметом исследования становится нсрс- ключасмость внимания, которая будет оцениваться путем сравнения числа ошибок до изменения инструкции и после него, особенно в первую минуту, а также общее количество допущенных ошибок по сравнению с пробой, где смена знаков не предусматривалась.**

**Детям дошкольного возраста (с 6 лет) целесообразно предла­гать лишь графические или картиночные корректурные пробы, а в младшем школьном возрасте — использовать бланки с меньшим числом буквенных или цифровых символов большего размера (стандартный бланк для взрослых содержит И0 строк но -10 знаков в строке). Естественно, что перед началом проведения пробы необ­ходимо убедиться в сохранности остроты зрения испытуемого.**

Отыскивание чисел по таблице Шульте

(Walter Schulte, 1910-1972)

[Блейхер, Крук, 1986; Рубинштейн, 1998; Бурлачук, Морозов, 1999;

Кулешова, 2003; Психологический..., 2003]

**Методика применяется для исследования темпа сенсомоторных реакций, распределенности и устойчивости внимания, в частности,**

скорости зрительных ориентировочно-поисковых движений. Может использоваться для обследования детей с 7- 8 лет.

Исследование проводят с помощью пяти специальных таблиц, на которых в произвольном порядке расположены числа от 1 до 2.5 (рис. 2.10). Обследуемый должен находиться на таком расстоянии от таблицы, чтобы видеть ее целиком. Необходимо отыскивать числа по порядку, показывая каждое число и называя его вслух. .Чатем процедура повторяется для всех последующих таблиц. Время, затра­чиваемое на каждую таблицу, фиксируется секундомером. Дополни­тельно можно учитывать количество чисел, найденных за '50 секунд, или время, за которое отыскиваются очередные пять чисел.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 5 | и | 12 | 2.‘5 | 2 |
| 16 | 25 | 7 | 24 | 13 |
| 11 | .'5 | 20 | \ | 18 |
| 8 | 10 | 19 | 22 | 1 |
| 21 | 15 | 9 | 17 | 6 |

**Рис.** 2.10. **Отыскивание чисел по таблице Шульте**

После окончания пробы выстраивается график, позволяющий сопоставлять время, затраченное на каждую таблицу («кривая истощаемости»). Существенное значение имеет отслеживание темпа выполнения задания. Обычно здоровые обследуемые ведут поиск чисел в таблицах равномерно, а иногда и с ускорением темна сснсомоторных реакций при работе с последующими таблицами. Ксли же поиск неравномерен, необходимо уточнить, является ли это признаком повышенной истощаемости или запоздалой враба- тывасмости.

«Кривая истощаемости» довольно объективно отражает ха­рактер развивающейся астении. При гиперстеническом варианте астении кривая, построенная по таблицам, характеризуется вы­соким начальным уровнем, резким спадом и тенденцией к возврату к исходным показателям. При гиностсничсской форме астении кривая истощаемости отличается невысоким исходным уровнем, постепенным и неуклонным снижением показателей деятельности испытуемого без заметных их колебаний в сторону улучшения. Ги­перстеническая форма астении более благоприятна в прогностиче­ском отношении.

**Иногда при выраженных расстройствах активного внимани**$1 **больной допускает в работе ошибки: пропускает отдельные числа, показывает вместо одного другое, внешне похожее (например, 8 вместо 3). Сочетание нарушенного внимания и повышенной исто- щасмости проявляется в увеличении количества ошибок при по­иске чисел в каждой последующей таблице. Возможны ошибки, при которых испытуемый вместо однозначного числа показывает соответствующую цифру в двухзначном (2 находит в 21). Иногда при наличии слабоумия это происходит из-за неточного понимания инструкции |Ьлсйхср, Крук, 1986|.**

**При работе с детьми младшего школьного возраста рекоменду­ется руководствоваться следующими критериями оценки [Вино­градова, Коновалова, Михаленкова, Посохова, Хилько, Шипицина, 19951: после расчета среднего времени работы с одной таблицей 1-й уровень — 30-39 секунд, 2-й уровень — -iO—-i9, 3-й уровень — 50-59, 4-й уровень — 60-89, 5-й уровень — 90 секунд и выше.**

**Существуют усложненные варианты данной пробы, например модификация Ф.Д. Горбова, в 25- или 49-клеточной таблице ко­торой в случайном порядке расположены два ряда чисел — кра­сные и черные. Их поиск необходимо производить в возрастающем и убывающем порядке | Горбов, 1971; Полищук, Видренко (рсд.), 1979]. В других модификациях в таблицах, помимо цифр, простав­ляются и буквы, которые испытуемому необходимо записывать для контроля корректности поиска. В данной модификации допол­нительным фактором, влияющим на результаты, становится нсрс- ключасмость внимания.**

Методика Пьерона — Рузера

(для детей дошкольного возраста)

(Henri (Анри) Pieron, 1881-1964)

[Семаго, 2005; Немов, 2001]

**Как и при корректурной пробе, целью исследования является определение уровня концентрации внимания, его переключения и распределения, врабатывасмости в деятельность и утомляемости. Методика, в основном предназначенная для исследования детей, дает представление о скорости и качестве формирования простой программы деятельности, степени развития элементарных графи­ческих навыков, зрительно-моторной координации.**

**Перед началом выполнения задания ребенку показывают бланк и объясняют, как с ним работать: в каждой из фигур нужно проста­вить тот знак, который задан в образцах, расположенных в верхней части бланка. В некоторых случаях целесообразно верхние четыре фигуры на бланке оставлять пустыми для демонстрации того, как их нужно заполнять. Важно, чтобы метки в фигуре не совпадали с ее формой. Знаки нужно расставлять подряд и построчно.**

**На рис. 2.11 приведен фрагмент методики.**

0 А© О □ЛООООДПДО

**оподпооодп**

Рис. 2.11. Методика Пьерона — Рузера

**Экспериментатор в ходе исследования контролирует время с по­мощью секундомера и подает команды «Начали!» и «Стон!».**

**Далее возможны два варианта процедуры исследования: укоро­ченный и полный, с соответствующими способами обработки ре­зультатов. При укороченном варианте время работы ограничивается 60 секундами, а оценка производится по количеству просмотренных фигур. При полном варианте ребенок непрерывно работает, вы­полняя это задание в течение 2 минут, а общий показатель переклю­чения и распределения его внимания определяется по формуле**

**S = (0,5 N - 2,8 и)/120,**

**где S — показатель переключения и распределения внимания; N — количество геометрических фигур, помеченных соответствующими знаками за две минуты; п — количество ошибок (неправильно про­ставленные знаки или пропущенные фигуры).**

**Рекомендуется учитывать, с какого момента ребенок начинает работать без опоры на образец (по памяти), интерес к заданию, ак­куратность выполнения |3абрамная, 1995|.**

**Н.Я. и М.М. Семаго 12005] приводят следующие возрастные нормативы выполнения данной методики для детей.**

**К 5-5,5 годам доступно выполнение методики в полном ва­рианте предъявления (но при заполнении в образце только трех фигур — авторы рекомендуют одну из фигур оставлять пустой) с различными ошибками, в частности пропусками, и достаточно быстро наступающим пресыщением внимания — ребенка «хватает» обычно не более чем на 5-6 строк. Темн деятельности, как правило, неравномерен.**

**К 6-7 годам доступно выполнение в полном объеме с посте­пенной врабатывасмостью (обычно к концу второй строки ребенок перестает обращаться к образцу) и возможными единичными ошибками. Темп деятельности либо постепенно нарастает, либо, достигнув определенного уровня, остается постоянным. При аде­кватной мотивации пресыщения не наблюдается.**

**После 7 лет доступно безошибочное выполнение методики. Большое значение начинает приобретать скорость выполнения и количество возвратов к образцу. Хорошими результатами выпол­нения методики считаются: заполнение 100 фигур бланка в среднем за время до 3 минут, безошибочно или с единичной ошибкой, при ориентации нс столько на образец, сколько на собственные от­метки на бланке.**

**Исследования внимания у детей дошкольного возраста могут предполагать и использование табличного по характеру органи­зации стимульного материала, в котором задаются беспорядочно разбросанные по ячейкам таблицы простые геометрические фи­гуры, стилизованные или реалистичные изображения заведомо известных ребенку предметов, один из которых при просмотре таблицы необходимо везде найти и показать. Подобный способ ис­следования, по существу, является предельно упрощенным вари­антом корректурной пробы.**

Счет по Крепелину

(Emil Kraepelin, 1856-1926)

[Крепелин, 1898; Блейхер, Крук, 1986; Рубинштейн, 1998]

**Методика, предложенная в 1895 г., применяется для исследо­вания работоспособности, упражняемое™ и утомляемости, а также переключения внимания. Существует в двух вариантах. В ориги­нальном испытуемому предлагается большой столбец однозначных чисел, которые необходимо складывать в уме. Результаты оценива­ются но количеству сложенных в определенный промежуток вре­мени (например, 30 секунд) чисел и допущенных при этом ошибок. Чаще используемый вариант в модификации Р. Шульте (R. Shulte) предполагает использование специального бланка. На нем распо­ложены столбцы лишь из двух цифр, которые испытуемый должен складывать (обычно) или / и вычитать в уме, а на бланке записы­вать результат, причем таким образом, чтобы из двузначных чисел записывалась лишь последняя цифра (единицы записывались, а де­сятки отбрасывались). Например, если в результате сложения по­лучается 13, то записывается лишь 3.**

**Для исследования переключения внимания инструкция меня­ется для каждого ряда пар чисел. Ксли в первом ряду или первых двух-трех рядах числа нужно складывать, то в очередном по ко­манде экспериментатора — вычитать и т.д. (инертность будет об­наруживать себя тем, что испытуемый последующее задание будет пытаться выполнять по образцу предыдущего). По числу и харак­теру ошибок отслеживается, насколько эффективно происходит пе­реход от одной вычислительной операции к другой.**

**Например:**

3 7 5 8 4 6 2 4 2 2 3 8 5 1 7 0 7 4

**С помощью контроля интервалов времени можно оценить про­дуктивность испытуемого и также построить кривые (учитывающие количество операций и допущенных ошибок) для всех отмеченных временных отрезков. В дальнейшем с помощью их совмещения можно получить представления о работоспособности, которые отражают равномерность и темп выполнения задания, выявляют наличие истощасмости (снижения числа операций и увеличения количества ошибок к концу задания), характеризуют врабатывае- мость (постепенное увеличение числа операций и уменьшение ко­личества ошибок), расстройства внимания.**

Методика Мюнстерберга

(Hugo Miinsterberg, 1863-1916)

[Шапарь, 2005; Калягин, Овчинникова, 2006]

**Направлена на исследование избирательности внимания и по- мсхоустойчивости иенытусмого.**

**В качестве стимульного материала выступают несколько строк расположенных в случайном порядке букв русского алфавита сплошным текстом. Часть из них образуют осмысленные слова, ко­торые необходимо обнаружить и подчеркнуть (525 букв, 25 слов). Количественным параметром избирательности внимания можно считать в данном случае скорость выбора стимула из множества других, а качественным — точность, т.с. степень соответствия ре­зультатов выбора исходным стимулам.**

**Пример из первых двух строк методики:**

*бсолнцсвтргшоцрайонзгуциовостъхэычафактускэкзаментрочягшщ-*

*прокуроргцрсеабестеоримттсджлбьамхокксйтропцыуршро*

**Существует два варианта проведения методики. В первом случае время работы с ней ограничивается 2 минутами, а во втором — ис­пытуемый просматривает текст до конца. Ошибкой считаются про­пуск слова и выделение бессмыслицы.**

Норма к пересчете на 100 букв:

* время выполнения — '18,0 ± 4,1 секунды;
* количество ошибок — 0,7 ± 0,2.

Т.И. Пашукова, Л.И. Допира, Г.В. Дьяконов [1996| предлагают определенную шкалу оценок для данной методики (за каждое про­пущенное слово снижается по одному баллу) (табл. 2.1).

***Таблица 2.1***

**Шкала оценок для методики Мюнстерберга**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Время, с | Налл | Уровень избирательности внимания |
| 250 и более | 0 | 1 низкий |
| 240- 249 | 1 | 1 низкий |
| 230-239 | 2 | 1 низкий |
| 220- 229 | 3 | I низкий |
| 210-119 | 4 | I низкий |
| 200 209 | 3 | 1 низкий |
| 190 199 | 6 | I низкий |
| 180-189 | 7 | II средний |
| 170-179 | 8 | II средний |
| 160 169 | 9 | II средний |
| 130 139 | 10 | II средний |
| 140-149 | 11 | II средний |
| 130-139 | 12 | II средний |
| 120-129 | 13 | II средний |
| 110-119 | 14 | 111 высокий |
| 100 109 | 13 | II) высокий |
| 90 99 | 16 | II) высокий |
| 80 89 | 17 | II) высокий |
| 70-79 | 18 | II) высокий |
| 60 69 | 19 | III высокий |
| Менее 60 | 20 | IV очень высокий |

Валлы в предложенной шкале оценок дают возможность уста­новить абсолютные величины качественных оценок уровня избира­тельности внимания. В случае когда у испытуемого от 0 до 3 баллов, важно по самоотчету и наблюдению за ходом опыта выяснить при чину слабой избирательности. Ею мснут быть: состояние сильного

эмоционального переживания, внешние помехи, приведшие к фру­страции испытуемого, скрытое нежелание тестироваться и др.

Н большинстве случаев имеется связь пропущенных и най­денных слов с индивидуальным опытом и деятельностью исследу­емого.

Несмотря на свою внешнюю простоту, данная методика, по срав­нению с «классическими» корректурными пробами, предполагает не только активацию перцептивных процессов и связанных с ними усилий произвольного внимания, но и привлечение мыслительных и речевых процессов. Это делает интерпретацию полученных по ней результатов более сложной и требующей дифференциации допущенных ошибок нс только в контексте слабости избиратель­ности внимания, но и по речевому развитию.

Перепутанные линии (методика Рисса)

[Шванцара, 1978; Платонов, 1980; Кирдяшкина, 1999; Шапарь, 2005;

Калюжный, 2007]

Модификацией теста Рисса является проба переплетенных линий Л. Рея (Rey Andre) |Rcy, 19581

Предназначена для исследования степени устойчивости зри­тельного внимания.

Оригинальный вариант методики представляет собой бланк с прямоугольником, в котором от левой стороны к правой прове­дено 25 перепутанных линий (у Рея 16). С левой стороны линии пронумерованы. Начиная с первой необходимо отследить ход каждой линии и поставить с правой стороны тот же помер рядом с ее окончанием, либо на специальном бланке написать уже про­ставленный справа номер, у которого данная линия заканчивается. Отслеживать линии можно только глазами, без использования ка­рандаша или пальца.

Экспериментатор фиксирует время начала и завершения ис­следования, а также время, за которое испытуемый находит окон­чание каждых пяти линий по порядку (с первой по пятую, с шестой по десятую и т.д.). На основании полученных пяти временных ин­тервалов и допущенных на их протяжении ошибок можно сделать вывод о влиянии утомляемости на выполнение задания испыту­емым.

При наблюдении за испытуемым следует отмечать его уста­новку на скорость или точность, его уверенность в своих действиях, наличие и число перепроверок, попытки помочь себе каким-либо путем, общую легкость выполнения задания.

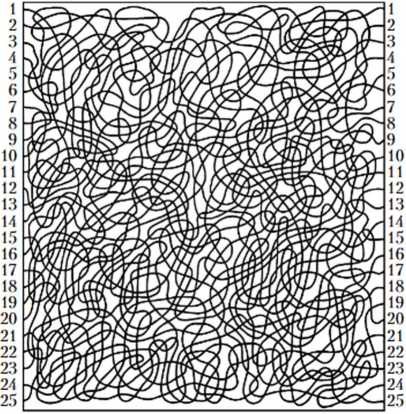


Рис. 2.12. Перепутанные линии (методика Рисса)

В.Л. Бодров | Практикум..., 2003] приводит таблицу, позво­ляющую пересчитывать количество правильно отслеженных линий в 10 балльную шкалу (табл. 2.2).

*Таблица 2.2*

Таблица пересчета линий в баллы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель |  |  |  |  | Значение показателя | | | |  |  |
| Общее ко­личество правильных ответов | 25 | 24 | 23 | 22 | 21 20 | 19-17 | 16-14 | 13-12 | 11-8 | 7 и менее |
| Наллы | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Существует большое количество усложненных и упрощенных модификаций этой методики, рассчитанных в том числе и на ра­боту с детьми (число перепутанных линий уменьшается, вводятся элементы игрового характера) |см., например: Диагностика..., 1978; Чередникова, 1996; Данилова, 2000; Чабрам пая, Боровик, 2004].

***Контрольные вопросы и задания***

1. **Какие диагностические задачи решаются с помощью различных кор ректурных проб?**
2. **Как выстраивается кривая истощаемости внимания при работе с ме­тодикой «Таблицы Шульте»?**
3. **Какая методика и с какими инструкциями часто используется для оценки характеристик нпимания у детей дошкольного возраста?**
4. **Как должно быть построено обследование для оценки функции пе­реключаемое™ внимания? Приведите пример соответствующей ме­тодики.**
5. **Какие дополнительные факторы влияют на интерпретацию характе­ристик внимания но методике Мюнстерберга?**
6. **Какая характеристика внимания оценивается по методике «Перепу­танные линии»?**
7. МЫШЛЕНИЕ И ЕГО РАССТРОЙСТВА

В научной психологической литературе существует много вари­антов определения сущности мыслительных процессов, которые, различаясь особенностями использованных терминов и формули­ровок, при этом объединяются общностью основных признаков, составляющих специфику мышления по сравнению с сспсорпо- перцентинным уровнем познавательных процессов. Большинство исследователей данного уровня отражения реальности сходятся в том, что поиск различительного критерия, но крайней мерс в от­ношении зрелого речевого мышления, предполагает наличие трех составляющих. Во-первых, мышление расценивается как отобра­жение наиболее существенных связей и отношений между пред­метами и явлениями объективной действительности. Во-вторых, подобное отображение является обобщенным (в отличие от кон­кретного, единичного и случайного, доминирующего в содержании сенсорных и перцептивных процессов). Имеет место переход от внешних характеристик к сущностным. И, в-третьих, полно­ценное мышление обеспечивает опосрсдованность отображения, благодаря которому происходит его вывод за пределы непосред­ственного опыта. Это значит, что мышление, являясь когнитивным процессом более высокого уровня по сравнению с перцептивным, шире охватывает внешнюю и внутреннюю реальность, выводит по­знание за пределы непосредственных чувств и обеспечивает спо­собность экстраполировать будущее, воссоздавать прошлое, про­изводить идеальные преобразования со сверхмалыми, сверхболь­шими и удаленными объектами.

По другим дифференцирующим обстоятельствам радикальных различий между мышлением и восприятием нс отслеживается. Например, уже и в образе могут быть обнаружены метрические пространственные отношения, а параметр «существенности» сам по себе весьма неопределенен; известная обобщенность образа является предпосылкой его константности; критерий оносрсдо-

ван пости может быть распространен и на образы-представления, поскольку последние — это образы объектов, непосредственно не воздействующих на органы чувств |Нсккср, 19981. Ключевыми факторами опосредования выступают знак и воплощенный в речи культурный опыт человечества.

Онтогенетически мышление формируется на основе предшест­вующих ощущений, образов и представлений, аккумулируемых в памяти, но не исключаемых из мышления, а в дальнейшем вхо­дящих в него в качестве составных компонентов мыслительных операций. Помимо образов и представлений мысль также опери­рует производными от них понятиями, суждениями и умозаключе­ниями, изучаемыми также в науке логике. Их содержание рассмат­ривается ниже.

Человек находится в непрерывном взаимодействии с внешним миром, что распространяется и на его познание. Но мышление как часть этого взаимодействия может быть рассмотрено как дина­мичный и поэтапный процесс. В большинстве случаев мышление инициируется наличием проблемной ситуации (принимающей, например, форму вопроса или задачи), которая осознается как на­личие дефицита информации, необходимой для осуществления ка­кого-то действия.

Субъективно подобный дефицит пережинается и осмысливается как мотив, а частным случаем мотива может оказаться и состояние самого организма. В любом случае на первом этапе это — более или менее отчетливое осознание проблемной ситуации. Второй этап — ориентировка в условиях проблемной ситуации, анализ ее компонентов с выделением наиболее существенных из них. По сути, это уточнение имеющейся полезной информации, которая может быть привлечена для решения. В подобном случае говорят о превращении проблемной ситуации в задачу. Третий этап мыш­ления как процесса — это генерация возможных вариантов иско­мого решения, критически оцениваемых по степени их вероятности и выступающих как гипотезы. Смысл этого этана в ограничении зоны поиска, что сопровождается и обращением к ресурсам долго­временной памяти. Четвертый этап проверка гипотез, т.е. оценка их соответствия предугадываемому решению (любое мышление всегда сеть прогнозирование искомого [Ьрушлинский, 1979|). Пятый этап мышления получение ответа па поставленный вопрос или решение поставленной задачи. При этом ответ имеет своим языковым эквивалентом законченное суждение, подтвержда­ющее достижение понимания. Н более обобщенном смысле процесс мышления заканчивается созданием или уточнением модели рсаль- пости. Исследования И.К. Анохина 119781 показывают, что вслед за достижением решения обязательно следует этап сличения по­лученных результатов с исходными данными (критика). В случае их соответствия процесс мышления прекращается или переключа­ется на решение следующей задачи. Нели же соответствие не до­стигнуто, мысль продолжает поиск адекватного решения с под­бором других гипотез и технологий решения.

Описанная последовательность этапов развертки мыслитель­ного процесса — это лишь схема, поскольку по ходу решения за­дачи индивид способен выявлять все новые не известные ранее условия, которые причинно обусловливают дальнейшее проте­кание мышления и накладывают на него свой отпечаток, заставляя решать промежуточные и параллельные задачи. Предотвращение ухода в сторону от исходно намеченной мыслительной цели обес­печивается постоянным фоновым контролем в отношении и этих промежуточных целей. В ряде случаев мышление протекает без согласия с законами классической логики, а опираясь на предпо­ложения, интуитивные догадки, методом проб и ошибок. Также известно, что у взрослого человека процесс мышления может за­пускаться и без очевидной внешней проблемной ситуации, лишь на основе уже полученной и хранящейся в долговременной памяти информации. При этом само мышление может рассматриваться как процесс обработки уже имеющейся и получения новой инфор­мации человеком.

К числу основных мыслительных операций, обеспечивающих достижение желаемого результата, относят:

* сравнение (непосредственное или опосредованное) обеспе­чивает установление перечня сходств и различий между сопо­ставляемыми объектами;
* анализ - мысленное расчленение какой-то целостности (объ­екта или явления) на отдельные структурные элементы, при­знаки и части;
* синтез — психическая операция объединения отбираемых элементов в нечто целое, приобретающее собственный смысл;

• абстракцию — целенаправленное отвлечение от одних, веро­ятнее второстепенных, случайных, поверхностных признаков объекта или обстоятельств, пренебрежение ими, не придание им значения, с концентрацией внимания на существенных и общих;

* обобщение — мысленное объединение предметов и явлений на основании наличия у них общих значимых признаков (опе­рация, производная от абстрагирования);

■ конкретизацию — рассмотрение объекта ко всей живой полноте

его непосредственно воспринимаемых специфичных свойств,

переход к единичному.

Указанные операции не являются рядоноложенными и неза­висимыми, поскольку между ними существуют отношения ко­ординации и они представляют собой частные случаи основной операции мышления опосредования, благодаря которой раскры­ваются наиболее существенные связи и отношения [Рубинштейн, 20001. На их основе возникают более сложные операции, такие как классификация, систематизация, установление причинно-след ствснпых связей и др. Мозг новорожденного ребенка нс поддер­живает ни одну из этих операций, они все возникают прижизненно и под влиянием большого числа индивидуально варьирующихся природных и социальных факторов. Именно этим объясняется то, что в одинаковых ситуациях мышление у разных людей осуще­ствляется по-разному. Наблюдается определенная возрастная зако­номерность в этапности развития умственных операций, которые при благоприятных обстоятельствах изначально прогрессируют от реальных манипуляций младенца с материальными объектами к более позднему оперированию образами, а еще позднее и опери­рованию понятиями, реализуемому сначала посредством громкой внешней речи, а затем и речи внутренней [ Гальперин, 20081. Таким образом, все мыслительные операции первоначально формиру­ются как операции практические и лишь позднее преобразуются (по Л.С. Выготскому — иптсриоризируются) в операции тсорети чсского мышления.

В соответствии с этапами созревания мышления в детском воз­расте различают следующие его виды, а точнее, уровни: наглядно­действенное, наглядно-образное и словесно логическое (дискур­сивное, понятийное, отвлеченное).

Наглядно-действенное (сенсомоторное) мышление

Наглядно-действенное (сенсомоторное) мышление опирается на непосредственное восприятие предметов, решение задачи осу­ществляется с помощью реального, физического преобразования ситуации и опробования свойств объектов, доступных манипули­рованию. Сам акт наглядно-действенного мышления становится возможным лишь с появлением в поле зрения того или иного предмета. Для него характерно отсутствие учета иерархии воспри­нимаемых признаков по принципу родовидовых или принципу «частное — общее», низкая критичность к своим действиям, не­понимание относительности явлений. Данный вид мышления

представляет собой «первичный», наиболее ранний вид интел­лектуальной деятельности, не связанный с речью, хотя зачатки ее у ребенка уже имеются. По мере усложнения этой формы мыш­ления происходит постепенное отделение выполняемых действий от внешних наглядно воспринимаемых условий. Эта форма мыш­ления характерна для детей примерно до 3 лет, но существуют и зрелые формы ручного мышления, реализующиеся в ряде про­фессий или в отношении предметов, о которых нет ни знания, ни опыта.

Сспсомоторнос мышление, опирающееся на работу памяти, подготавливает почву для первой ступени обобщения получаемого опыта, в полной мерс раскрываемого в более поздних наглядно­образном и словесно-логическом мышлении — формирования представлений.

Представление это «отсроченное отражение», обобщенный образ предмета, возникающий на основе ранее пережитых ощу­щений и восприятий (без актуального воздействия на анализа­торные системы). Такая универсальная характеристика образа, как обобщенность, выражает отнесенность отображаемого в нем объекта к определенному классу. Обязательным посредству ющим звеном здесь является апперцепция, т.с. обращенность к образам, сформированным в прошлом опыте и извлекаемым из памяти в качестве эталонов, с которыми сличается каждый реально в данный момент времени воспринимаемый объект (на­пример, но параметрам относительной величины, формы, основ­ного цвета и т.п.). Эти эталоны, по сути, и являются представ­лениями, аккумулировавшими в себе признаки различных еди­ничных образов. Представления обычно фрагментарны, менее ярки, чем образы восприятия, но в то же время более схематизи­рованы. От абстрактных понятий они отличаются своей относи­тельной наглядностью, поскольку в них отражаются достаточно определенные объекты с их существенными конкретными осо­бенностями. Имеет место их воссоздание на основе предыдущего опыта.

Очевидно, что представления носят индивидуализированный характер, у разных людей различаясь но содержанию, точности, де- тализированности и отчетливости. Эти характеристики являются в значительной степени производными от сенсорной организации человека, частоты встреч с теми или иными объектами, а но мере взросления — от особенностей его мотивационных устремлений. Первые примитивные представления начинают складываться у ре­бенка примерно с полутора лет.

Наглядно-образное мышление

**Наглядно-образное мышление связано с ранее сформировавши­мися образными представлениями, в отношении которых и осуще­ствляются мысленные действия. Они** Moiyr **касаться как целостных образов, так и их отдельных сторон или качеств, в чем начинают усматриваться уже элементы абстрагирования. В каком-то смысле наглядно-образное мышление напоминает воображение, фантази­рование и моделирование, поскольку в его законченных формах производится сочетание перцептивных свойств и качеств, ранее не встречавшихся в реальной жизни. Это значит, что в наглядно­образном мышлении начинают реализовываться нс только ситуа­тивно возникающие связи, но также более глубокие, скрытые су­щественные свойства. Данная форма мышления доминирует в до­школьном и раннем школьном возрасте.**

**В более старшем возрасте главной особенностью образного мышления оказывается недостаточное развитие способности усва­ивать и использовать понятия, отличающиеся высокой степенью обобщения и абстрагирования. Место понятий занимают при­родные образы, объекты и явления в их ситуационных отношениях. Вместо отвлеченных, образное мышление предпочитает иметь дело с собирательными и конкретными понятиями, преобладают «ситу­ационные связи», всякий раз меняющиеся в зависимости от кон­кретных обстоятельств или эмоционального отношения к проис­ходящему. Понимание логических отношений и отвлеченных по­нятий страдает, особенно если они не иллюстрируются простыми и наглядными примерами. Скрытый, глубокий смысл явлений не формулируется, рассказы о происшедшем пространны и напол­нены массой излишних подробностей.**

**Специфический вариант образного мышления — художе­ственное мышление. Нго своеобразие состоит в том, что глубинное чувство, не всегда ясно осознаваемое, выражается посредством кон­кретных образов действительности или особой системы символов. Подчас очень серьезные мысли излагаются в виде аллегорий, ме­тафор, иных приемов иносказания. Примером художественного мышления могут служить также пословицы, поговорки, притчи |Жмуров, 1994|. Очевидно, что в последнем случае имеет место пе­реход и к следующему виду мышления, реализующего понятийный аппарат.**

Словесно (вербально)-логическое (понятийное) мышление

**Словесно (всрбально)-логичсскос (понятийное) мышление ха­рактеризуется использованием понятий, логических конструкций**

**и обобщений, которые часто не имеют прямого образного выра­жения. Оно функционирует на базе языковых средств и представ­ляет собой наиболее поздний этап исторического и онтогенетиче­ского развития мышления.**

**В качестве одной из определяющих характеристик поня­тийного мышления рассматривается децентризм как социали­зированная альтернатива эгоцентризму (терминология теории Ж. Пиаже) дононятийпого мышления. Децептрация выражается в постепенно формирующейся способности принимать в расчет частную точку зрения другого человека, в способности к смене по­зиции, в объективации своих действий [Зейгарник, 1986|, в том, что человек перестает рассматривать себя как основу системы отсчета и в восприятии (в меньшей степени), и в мышлении. Ре­зультатом этого становится объемное видение, многоуровневая оценка происходящего, возникает возможность корректного сопоставления общего и частного, усвоение обратимости мы­слительных операций. На этой почве постепенно формируется способность в соответствии с законами логики размышлять об абстрактных или отвлеченных проблемах, появляется потреб­ность проверять смысловую точность своих мыслей, принимать в расчет и учитывать одновременное существование нескольких признаков или свойств объекта, умение видеть проблему с по­зиции другого. Кроме того, понятийному мышлению свойственна высокая критичность и глубина понимания, способность осозна­вать скрытый, переносный смысл, чувствовать подтекст, что по­дразумевает и мпогослойность оценки когнитивно обрабатыва­емой информации.**

**Вслед за словесно-логическим мышлением иногда специально выделяют абстрактно-логическое мышление (по сути — высший уровень словесно-логического), в котором подчеркивается способ­ность человека оперировать отвлеченными понятиями.**

**В речевом мышлении основную нагрузку в информационном отношении песет значение слова, отражающее объективные связи действительности, и его смысл, представляющий собой результат выбора субъектом из всех значений тех, которые соответствуют его потребностям и мотивам.**

**Примером наиболее развитой формы отвлеченного мышления может служить научное мышление.**

**К основным формам словесно-логического мышления относят следующие.**

**1. Понятие — это форма мышления, в которой отражаются общие и существенные свойства предметов и явлений. Понятие су-**

шествует в виде значения слона, обозначается словом. Существуют понятия различного уровня обобщенности, житейские и научные. Кроме того, понятия характеризуются объемом и содержанием, на­ходящимися в обратных отношениях. Чем больше объем понятия, тем беднее его содержание, и наоборот. Формируются понятия на основе результатов восприятия, представлений и других по­нятий.

1. Суждение — форма мышления, содержащая утверждение или отрицание какого-либо положения относительно предметов, явлений или их свойств. Суждение раскрывает содержание по­нятий, связь между двумя понятиями. Это наименьшая единица логического мышления.
2. Умозаключение (силлогизм) — такая форма мышления, в про­цессе которой человек, сопоставляя и анализируя различные су­ждения (посылки), выводит из них новое суждение (следствие). Человек пользуется в основном двумя видами умозаключения: индуктивным и дедуктивным. Индукция — способ рассуждения от частных суждений к общему суждению. Дедукция — способность рассуждения от общего к частному суждению.

Мышление - это цепь непрерывно следующих друг за другом суждений и умозаключений, которые должны быть аргументиро­ванными и соответствовать окружающей реальности. Мышление у здоровых людей протекает в форме образования связей (ассо­циаций) между отдельными мыслями, простейшими из которых являются ассоциации но сходству, пространственной и временной смежности и контрасту.

Н настоящее время известно, что наглядно-действенное, на­глядно-образное и словесно-логическое мышление — это не только уровни его становления в онтогенезе, но и рядоположенпые виды мышления у зрелого индивида, применяемые для решения разного типа мыслительных задач или ориентированные на разные условия (нормальные или экстремальные). Они постоянно взаимно пере­ходят друг в друга, и фактически при поиске выхода из любой проб­лемной ситуации привлекаются компоненты всех трех уровней, что позволяет говорить лишь об относительном преобладании того или иного вида мышления. Их баланс определяется не только воз­растными, но и индивидуальными особенностями и связан с пре обладанием того или иного типа межполушарной специализации |Нрагина, Доброхотова, 1988; Николаенко, 2006|.

Помимо рассмотренных трех, существуют и другие многочис­ленные выделяемые разными авторами виды мышления, которые но разным основаниям противопоставляются друг другу:

* **теоретическое и практическое (эмпирическое);**
* **аналитическое (логическое, дискурсивное) и интуитивное;**
* **продуктивное (творческое) и репродуктивное;**
* **непроизвольное и произвольное;**
* **реалистическое и аутистическое.**

**Теоретическое мышление направлено на разрешение отвле­ченных теоретических задач, лишь опосредованно св$**1**занных с практикой; это познание законов, правил, обычно реализующееся в научных понятиях, в их взаимосвязях и зависимостях.**

**Практическое мышление подготавливает физическое преобразо­вание действительности, непосредственно направлено на решение практических задач, особенностью которых является их частный характер и ограниченность требованиями и временем существо­вания конкретной проблемной ситуации (например, житейской).**

**Аналитическое (дискурсивное) мышление развернуто во времени и имеет четко выраженные этапы, подчиняющиеся законам и опе­рациям формальной логики, в значительной степени представлено в сознании самого мыслящего человека и направлено на един­ственно верное понимание основного отражаемого принципа.**

**Интуитивное мышление — непосредственное «схватывание» си­туации на основе непосредственного отражения воздействий пред­метов и явлений объективного мира, «усмотрение» решения без осознания путей и условий его получения, без доказательства. Ха­рактеризуется быстротой протекания (внезапностью «озарения»), неожиданностью, отсутствием четко выраженных этапов, малой осознанностью, очевидностью результата | Ирина, Новиков, 19781 и связью со значимостью решения в сложных ситуациях (дефи­цитом времени, сложностью самой ситуации, избыточностью ин­формации, необходимостью учета противодействующих факторов, повышенной ответственностью за принимаемое решение и т.н.). Основой интуитивного мышления являются его связь с предшест­вующим опытом и вероятностные принципы обработки инфор­мации. Правильность или ошибочность интуиции устанавливается, в конечном счете, не самой интуицией, а методом проверки.**

**Творческое (продуктивное, креативное, дивергентное) харак­теризуется оригинальностью и изобретательностью, отличается большой самостоятельностью в отборе информации, его ре­зультат — создание субъективно нового продукта, ценностей, от­крытие принципиально новой тактики или стратегии разрешения проблемной ситуации либо усовершенствование решения ранее рассматриваемых задач. В творческом мышлении важная роль при­надлежит воображению, интуиции, неосознаваемым компонентам**

умственной активности, эмоциональному настрою и воле. И отно­шении ребенка творческое мышление иногда рассматривается как продолжение или аамсна игры.

Существен nail роль в раскрытии внутренних механизмов твор­ческого мышления принадлежит американскому психологу Джою Полу Гилфорду (Joy Pol Guilford, 1897 1987), который описал два тина поиска решений конвергентный и дивергентный | Гилфорд, 1965|.

Конвергентный характеризуется тем, что человек пытается ис­пользовать для решения задач полученный в прошлом опыт и логи­ческие размышления, при которых мыслительные усилия концен­трируются на поиске единственно верного и в известном смысле предсказуемого результата. Проблема разрешается путем точного и систематического следования какой-то теории или модели либо уже известной системе правил (алгоритму операций). Даже если конкретных решений может быть несколько, то их множество все равно ограничивается этими правилами. Такой стиль мышления, но существу, репродуктивен.

Дивергентный тин мышления является основной составляющей творческой одаренности и вострсбустся в условиях, когда не суще­ствует заранее предписанного или установленного пути решения. Н самом общем случае здесь речь идет о множественности, новизне и непредсказуемости решений одной задачи, а это предполагает «веерообразный» поиск по всем направлениям, комбинирование, часто приводящие к оригинальным выводам и результатам. Дивер­гентное мышление предполагает разрыв с прошлой информацией.

Позднее был описан перечень факторов, из которых складыва­ется дивергентное, креативное мышление. Из них чаще других упо­минаются следующие.

1. Ассоциативная беглость — способность генерировать большое количество идей за какой-то отрезок времени.
2. Гибкость — способность применять разнообразные и раз­нонаправленные стратегии при решении проблем, быстро пере­ключаться с одной идеи на другую, отходить от ставшего непро­дуктивным прежнего опыта. По мнению Д. Гилфорда, этот фе­номен находит свое воплощение в двух проявлениях: гибкости спонтанной независимой от внешних стимулов (се противо­положностью является р и гид nail персеверация) и гибкости адап­тивной в ответ на определенные требования проблемной си­туации (се противоположностью является ригидная инертность) |цит. но: Мэдди, 20021. Их конкретизация позволяет выделить три формы гибкости:
3. **семантическую — способность видеть объект под новым углом зрения, обнаруживать его новое использование, расширять функциональное применение на практике;**
4. **образную адаптивную — способность изменить восприятие объекта таким образом, чтобы видеть его новые скрытые от наблю­дения стороны;**
5. **семантическую спонтанную — способность продуцировать разнообразные идеи в неопределенной ситуации, в частности в такой, которая не содержит ориентиров для этих идей.**

**Американский психолог Элис Пол Торренс (Ellis Paul Torrance, 1915-2003), создатель весьма известных в мире тестов творческого мышления, считал, что избыточно высокая гибкость может отра­жать неспособность испытуемого придерживаться единой линии в мышлении.**

**3. Оригинальность — способность продуцировать идеи, отли­чающиеся от общепринятых, своеобразие творческого мышления, необычность подхода к проблеме, способность давать нестан­дартные ответы, ярко выраженное стремление к интеллектуальной новизне.**

**А. Интегративностъ как способность одновременно учитывать несколько противоположных условий, предпосылок или прин­ципов.**

1. **Чувствительность как умение подметить едва заметные де­тали, сходство или различие.**
2. **Любознательность — повышенная чувствительность к про­блемам, не вызывающим интереса у других.**
3. **Метафоричность — готовность работать в фантастическом, «невозможном» контексте, склонность использовать символи­ческие, ассоциативные средства для выражения мыслей.**

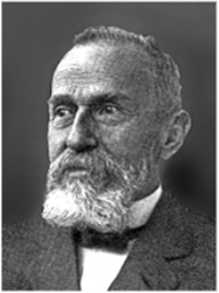
**Произвольное мышление — преднамеренное, целенаправленное, упорядоченное, обусловливаемое пониманием причин своего воз­никновения, осознаваемое но содержанию. Ему предшествуют на вербальном уровне сформулированные и исходящие либо «извне», либо возникающие из накопленного опыта вопросы. Сам процесс произвольного мышления сознательно контролируется по своей эффективности, т.е. по степени приближения к желаемому решению, чему способствует и включенность в него практически обязательного речевого фактора.**

**Непроизвольное мышление спонтанно но своему характеру, не предполагает целенаправленного сосредоточения на заранее намеченной цели (предмете мышления), предпосылками его про­текания становятся случайные ассоциации, эмоционально окра-**

**шснныс образы, воспоминания и фантазии. Иногда примером не­произвольного мышления выступает поток образов в сновидениях.**

**Реалистическое мышление в своей основе имеет опору на факты, к минимуму сводятся или полностью исключаются субъективно­эмоциональные влияния, изменения в мире трактуются как опосре­дованные естественными причинами, наличие которых может быть доказано практикой и отношения между которыми могут быть опи­саны законами логики. При этой форме мышления высока степень критичности, а адекватность учета реальных факторов обеспечивает высокий уровень прогностичности возможного и невозможного.**

**Аутистическое мышление. Данное понятие введено швейцарским психологом и психи­атром Ойгеиом Нлёйлсром (Kugcn Blciilcr,**



О. Блёйлер

**1857 1939) в 1912 г. [Нлсйлср, 19811 для выде­ления такой формы мышления, которое начи­нает определяться инстинктами и аффектами, но почти полностью игнорирует действитель­ность. Нели реальность противоречит дан­ному мышлению, она активно отбрасывается или в каких-то фрагментах нелепо сочетается с возникающими идеями. В одной мысли ужи­ваются «величайшие противоречия». Субъект перестает произвольно управлять своим мыш­лением.**



Ж. Пиаже

**По мнению другого швейцарского психо­лога Жана Пиаже (Jean BiagcL, 1896-1980), создателя теории когнитивного развития,**

**«аутистическая мысль... нс приспособляется к внешней действительности, а создаст сама себе воображаемую действительность, или действительность сновидения. Она стре­мится не к установлению истины, а к удовле­творению желания, и остается чисто инди­видуальной. Как таковая она нс может быть выражена непосредственно речью, она выявляется прежде всего в образах, а для того чтобы быть сообщенной, должна прибегать к косвенным приемам, вызывая посредством симнолов и мифов чувства, которые се направляют» | Пиаже, 1932].**

**В рассматриваемом ключе генеза детского мышления целесо­образно изложить итоги столкновения двух систем взглядов, вы­работанных такими выдающимися психологами, как Ж. Пиаже и Л .С. Выготский.**

Ж. Пиаже считал, что внсрсчсвос, подсознательное, выражаю­щееся в образах аутистического мышления (до 2 лет), являясь на­чальной стадией развития интеллекта, сменяется мышлением эго­центрическим, свойственным в норме детям 3- 6 лет и затем, в свою очередь, сменяется мышлением зрелым реалистическим.

По сравнению с первой стадией — «аутизма», на второй стадии — эгоцентризма уже формирующаяся детская речь пред­назначена для «самого себя», восприятие мира кажется един­ственно реальным, а точка зрения других людей отождествляется с собственной. R то время как аутистическое мышление характе­ризуется игнорированием принципа реальности и нс сообразуется с объективной действительностью, особенностью эг оцентрического мышления является то, что оно нс подчиняется принципу социаль­ности. Третья стадия — социализированного мышления харак­теризуется попытками воздействовать через речь на собеседника, доступностью понимания и принятием иных точек зрения, форми­рованием объективного образа мира, носителем которого являются и другие люди. Активный период перехода к социализированному мышлению совпадает примерно с 7- 8 годами. Таким образом, опи­раясь на исследования детской речи, Ж. Пиаже пришел к выводу, что процесс развития мышления у ребенка — это процесс его эксте- риоризации (переноса изнутри вовне).

Прямо противоположную позицию по этому вопросу занимал Л.С. Выготский [ 19991, который понимал развитие психики как формирование высших психических функций (в том числе и мыш­ления) в процессах интсриоризации и превращения социальных (интерпсихических) функций в интрансихичсские (индивиду­альные). На основании теоретических и экспериментальных иссле­дований он убедительно доказал, что последовательность развития детского мышления подчиняется иной логике: аутистическое мыш­ление, как более сложное, нс может предшествовать реалистиче­скому, что эгоцентрическая речь является промежуточной между внешней и внутренней, а не наоборот, при этом с возрастом эгои­стическая речь не затухает, а переходит во внутренний план.

Иногда (особенно в рамках психоаналитического направления) аутистическое мышление трактуется как полностью встроенное в принцип удовольствия и как форма компенсации высокой чув­ствительности к стрессу, выражающаяся в своеобразном бегстве от травмирующей реальности.

В современной патопсихологии понятие «аутистическое мыш­ление» может звучать в двух контекстах. В первом случае подра­зумевается негативный симптом, встречающийся преимущественно при шизофрении и характеризующийся погружением н собственные переживания, отгороженностью от внешнего мира с ослаблением эмоциональной коммуникативности [Чайка, 20021, алогичностью мыслительных операций, рискованным символизмом, утратой спо­собности отличать реальное от воображаемого, что и сопровожда­ется социальной дизадантацией. Аутистические идеи, отличаясь тенденциозностью и ориентированностью на аффективные потреб­ности, противоречат не только действительности, по и друг другу. Содержание любой фантастической или нелепой мысли прини­мается за свершившуюся реальность при том, что действительная житейская, даже драматическая ситуация, имеющая отношение к больному, оставляет его совершенно равнодушным. 2а пределы своих грез индивид не выходит, потребности в доказательстве пра­вильности и проверке своих мыслей не испытывает.

Одним из реже встречающихся вариантов аутизма, также наблю­даемого у больных шизофренией, является регрессивная синтон- ность или «аутизм наизнанку» |Самохналов, Коробов, Мельников и др., 20021, при котором вместо отгороженности и дсфицитарпости взаимодействия наблюдается открытость сверх всякой меры, «об­наженность», поиск глубоких контактов, болезненно откровенное высвечивание интимных переживаний, раскованность, утрата стыд­ливости на почве неумения тонко улавливать грань между обще­принятым и запретным.

Но втором случае аутистическое мышление понимается как общечеловеческий феномен, характеризующийся известным от­странением от реальной ситуации, преобладанием ассоциаций по аналогии, фиксацией внимания на собственных творческих фантазиях. Признаки аутистического мышления обнаруживаются у психически здоровых людей, проявляясь в поэтической метафо ричности, в мечтах, сновидениях, мифологии, мистике, народных суевериях, религии и других случаях, где мышление перестает со­ответствовать реально подтверждаемому миру. Н таком мышлении отсутствует дифференцированность объекта и субъекта, идеального и материального, нарушаются связи пространства и времени либо природные и социальные события начинают трактоваться как вы­ражение действия «верховных сил». Носителей такого мышления отличает доминирование элементарно-чувственного восприятия и слабое развитие понятийного и абстрактно-понятийного аппа­рата, тем нс менее ассоциативные связи продолжают оставаться понятными другим. Принимая форму фантазирования, аутистиче­ское мышление из-за дефицита опыта, необходимого для возникно­вения понятийно-логического мышления, присуще и детям раннего возраста. Еще О. Влейлср писал о существовании всевозможных переходных форм аутистического мышления, начиная от выводов по аналогии и заканчивая необузданным полетом фантазии, рас­сматриваемого как «необходимую гимнастику ума».

Отдельно в психиатрической литературе аутизм описывается как дизонтогенстичсскос проявление (синдром искаженного раз­вития по В.В. Лебединскому), который часто становится предметом рассмотрения специальной психологией или психологией, концен­трирующей внимание на лицах с расстройствами эмоционально­нолевой сферы.

Обычно патопсихологическому анализу подвергаются два из­вестных из истории психиатрии варианта дизонтогенстических аутистических расстройств: ранний детский аутизм (РДЛ), опи­санный в 194,3 г. американским психиатром Лео Канпером (Leo Kanner), и синдром, получивший снос название в честь австрий­ского ученого Ганса Лепергера (Hans Asperger), впервые выделив­шего его в 1944 г. (также называется «аутистическая психопатия»). В последние годы все большую распространенность получает ди­агноз «расстройство аутистического спектра» (РЛС), который помимо указанных двух «авторских» синдромов обычно вклю­чает, а точнее растворяет в себе, и атипичный аутизм (основанием для его выделения служит позднее начало и отсутствие полного набора признаков).

Первый вариант аутизма, как следует из его названия, может быть обнаружен у половины дстсй-аутистов уже в первые месяцы после рождения и проявляется в отсутствии или искажении так на­зываемого «комплекса оживления» — естественной эмоционально­положительной, двигательной и вегетативной реакции младенца в ответ на традиционные раздражители (например, на звук по­гремушки), на появление матери или другого заботящегося лица. Наиболее отчетливо признаки РДЛ проявляются в возрасте от 2 до 5 лет | Ковалев, 19791, выражаясь недостаточностью или полным отсутствием потребности в контакте с окружающими, эмоцио­нальной холодностью, страхом новизны и ритуальностью, стерео­типным поведением, амбивалентным отношением к взрослым, а также расстройствами мышления, речи и влечений | Исаев, Каган, 1973; Лебединская, 1979 и др.|.

Обладатели синдрома Лепергера отличаются преимущест­венными проблемами в установлении полноценных и взаимных эмоциональных отношений со сверстниками, непониманием юмора и иронии, неумением выражать снос отношение мимикой, панто­мимикой и жестами, моторной неуклюжестью, стереотипностью и узостью иптсрссон и увлечений в ущерб другим [Богдашина, 1999|, но при отсутствии задержек в когнитивном развитии и при относительной сохранности интеллекта в целом (возможно неко­торое преимущество вербального компонента интеллекта над не­вербальным вето пространственном звене). Благодаря наличию хо­рошо развитого лексикона и изощренному построению речи таких детей с подачи самого Лепергера иногда называют «маленькими профессорами».

Продолжает дискутироваться вопрос о целесообразности раз­деления синдрома Лепергера и так называемого высокофункцио­нального аутизма, при котором при достаточном развитии когни­тивных способностей присутствует задержка речевого развития, что нс типично для «аутистической психопатии». Кроме того, в опубликованном проекте МКБ-11 по отношению к расстрой­ствам аутистического спектра предлагается ввести дополнительную градацию, характеризующую имеющийся дефицит по параметрам присутствия — отсутствия нарушения интеллектуального раз­вития и присутствия — отсутствия нарушений так называемого функционального языка (речи, обеспечивающей коммуникативную функцию, достаточную для своего возраста).

Очевидно, что наличие аутизма как феномена, отражающегося на всем складе личности, вовлекает в этот круг в разной степени и процессы мышления.

Именно аутистическое мышление как клинический феномен характерно для больных шизофренией, шизоидных психопатов, для соответствующей акцентуации.

Помимо видов мышления, которые у здорового взрослого че­ловека с достаточной адекватностью обеспечивают отражение кар­тины внешнего мира, существующих в нем связей и вытекающие выводы, получаемые с помощью когнитивной деятельности, при па­тологических обстоятельствах (при очевидной психической пато­логии, пограничных феноменах, у лиц, попавших в экстремальные, нсихотравмирующие условия, и т.п.) могут развиваться разнооб­разные расстройства мыслительных процессов, сопровождающиеся формированием ложных представлений о действительности.

Результатом многообразия видов и форм мышления становится такое же многообразие форм его расстройств, которые **MOiyr** быть систематизированы иод разными углами зрения. Нельзя нс со­гласиться с В.М. Блейхсром [ 1983], который считал, что разде­ление расстройств мышления па группы, как и всякая классифи­кационная схема, условно. В клинической практике наблюдаются сложные переплетения различных видов расстройств мышления, и поэтому описание отдельных их типов первоначально возможно лишь при условии выделения основных, наиболее характерных проявлений и отвлечения от ряда признаков, свидетельствующих о близости этих расстройств с другими.

Ни одна из ныне существующих классификаций расстройств мышления нс может претендовать на исчерпывающую полноту и логическую четкость, поскольку анализ многочисленных мы­слительных процессов и их продукции может быть произведен с разных теоретических позиций и руководствуясь различными принципами.

Среди разнообразных индикаторов, привлекаемых для оценки мышления и его нарушений в экспериментальной и клинической практике, помимо поведенческих проявлений чаще всего исполь­зуется речевая продукция больного человека, которая позволяет осмысливать себя со стороны и формальных, и содержательных характеристик.

При существенном огрублении понимания механизмов рас­стройств мышления их традиционно разделяют на дне группы: количественные (без искажений смысловой составляющей мыш­ления) и качественные (хаотичность ассоциаций, их нецеленанрав- лснность, принципиальная нспонимасмость ассоциативного ряда, неадекватность содержания мысли, невозможность осознания соб­ственного поведения в целом), причем к последним обоснованно относят и патологию мыслительной продукции, интерпретируемую как патология мотивационной сферы.

Руководствуясь аналогичными соображениями, Н.В. Гкйгарник выделяет три вида патологии мышления: нарушения операционной стороны, расстройства динамики, нарушения мотивационного ком­понента мышления |.'кйгарник, 1986|.

*Нарушения операционной стороны* мышления:

* снижение уровня обобщения;
* искажение процесса обобщения.

Количественные расстройства мышления (расстройства дина­мики):

* но темпу (ускоренное мышление, замедленное мышление, шпер- рунг);
* по подвижности (детализация, обстоятельность, вязкость). Качественные расстройства (расстройства мотивационного ком­понента):

■ целенаправленности (витиеватость, резонерство, соскальзы­вание, разноплановость, разорванность (логическая и грамма­тическая), аморфность, аутичность, символическое, паралогиче­ское, копфабуляторнос, архаическое мышление);

\* патология продукции (содержания) мышления (навязчивые

идеи, свсрхцснпые идеи, бред).

При снижении уровня обобщения в мыслительной деятель­ности больных доминируют наглядные, конкретные представления о предметах и явлениях, нс формируется способность к абстра­гированию, в суждениях доминирует тенденция привлечения по­верхностных, повседневных, перцептивно регистрируемых связей между факторами внешней среды. 11среносный смысл в речи других людей и в текстах не понимается, а решение задач носит конкретно­ситуационный характер. Из-за этого решение задач на классифи­кацию может оказаться вообще недоступным, поскольку все пред­меты, представленные в стимульном материале, слишком различа­ются по конкретным свойствам (например, при сравнении лошади и собаки больной заявляет: «Нс знаю, что между ними общего. Лошадь кушает сено и на ней ездят, а собака ест мясо и на пей не ездят» | Блейхер, Крук, Боков, 20021). В других случаях при ра­боте с аналогичными методиками создается большое число мелких групп. Больной не понимает двухплановости, «окольности» и ху­дожественной образности пословиц и поговорок, но этой же при­чине не в состоянии отобразить обобщенные понятия пиктографи­ческим способом. Эти нарушения встречаются при расстройствах интеллектуального развития, тяжелых формах энцефалита, а также при органических поражениях головного мозга, сопровождаю­щихся деменцией.

Искажение процесса обобщения характеризуется отсутствием учета существенных признаков объекта или явления, уходом от со­держательной стороны задачи, преобладанием в мышлении слу­чайных, формальных или с избыточной легкостью образующихся ассоциаций. Суждения начинают опираться на второстепенные, размытые, чрезмерно общие, латентные или побочные основания. Например, в опыте на классификацию предметов больной объеди­няет карточки следующим образом: лыжник и свинья, объясняя: «Это означает противоположность зимы и лета; зима это мальчик на лыжах, а свинья на зелени» |Эейгарник, 1986|. Подобные на­рушения мышления встречаются у больных шизофренией.

Ускоренное мышление — облегченное возникновение и быстрота смены мыслей, воспоминаний, представлений, сопровождающиеся заметным преобладанием образных компонентов над абстрактными идеями, увеличение количества ассоциаций в единицу времени. Но при этом ассоциации начинают образовываться по упрощен­ному типу — сходству, созвучию, смежности, контрасту, из-за чего страдает глубина мысли и ее общая продуктивность. Мышление

утрачивает предусмотрительность, становится поспешным, по­верхностным и непродуманным, обща;) идея к высказываниях от­сутствует. Ыа фоне повышенного настроения или эйфории, ожив­ленной жестикуляции и мимики, переживания субъективного подъема и «особой ясности мысли» постепенно возникает неисто- щасмая монологичная говорливость, конспективно отражающая содержание мысли с утратой промежуточных звеньев и с частыми отклонениями по случайным, порой внешним причинам.

Помимо бесконтрольности суждений на личностном уровне за­метны утрата чувства такта и недостаточная способность смущаться |Блейхер, 1983|. В невыраженных случаях интеллект у таких больных очевидного снижения нс обнаруживает, сохраняется на­блюдательность, а норой и фрагментарное остроумие, порожда­емые идеи могут носить продуктивный характер и сопровождаться действительно творческой активностью. При наиболее ярких про­явлениях ускоренного темпа мышления оно приобретает характер «скачки идей», вихря мыслей и представлений, при которых поток ассоциаций становится вообще неуправляемым, возникающим сам по себе. Высказывания становятся неполными, отрывочными, речь не поспевает за мыслью и перестает быть связной, хотя при неко­торых усилиях наблюдателя здесь все же можно уловить их поверх­ностную упорядоченность.

Своеобразное место в ускоренном мышлении занимает мсн- тизм непроизвольно возникающий, насильственный, изнуря­ющий, калейдоскопический и плохоорсчснлясмый наплыв мыслей, воспоминаний и образов, тягостно переживаемый больным чело­веком и не подчиняющийся его воле.

Ускорение мышления характерно для маниакальных и гипома­ниакальных состояний, для некоторых форм шизофрении, во время эпизодов психического возбуждения, в начальных стадиях алко­гольного и наркотического опьянения.

Замедленное мышление — уменьшение числа ассоциаций в еди­ницу времени, ухудшение способности формировать общие пред­ставления и идеи, при том что даже при их порождении они все равно отличаются однообразием и скудностью своего содержания. В значительной степени это объясняется утратой интеллекту­альной инициативы, слабостью воображения и планирования. Внешне замедленное мышление выражается трудностями в под­боре слов, снижением темпа речи и ее односложностью, большим латентным периодом между возникновением проблемной ситуации и адекватным откликом на нее. Этот вид расстройства наблюдается при депрессивных и астенических состояниях, органических нора- жсниях мозга, шизофрении с односменным окрашиванием той симптоматикой, которая свойственна данным формам психической патологии.

Шперрунг — внезапная остановка («закупорка»), обрыв течения мысли, блокада мыслительной деятельности, субъективно пережи­наемые как «пустота в голове», что обычно сопровождается и пре­рыванием речи. Н этот период больные производят впечатление беспомощных, не способных не только мыслить, но и действовать, воспринимать, хотя явных нарушений сознания при этом нс на­блюдается (сохраняются общие воспоминания о своем состоянии). Вольные могут замечать у себя обрывки отдельных мыслей, но не складывающихся в системный поток. По окончании подобной паузы, которая может длиться секунды, минуты, а по некоторым описаниям и более, больной не в состоянии вспомнить того, что хотел сказать. За пределами описанного состояния шперрунг на ско­рость протекания ассоциативных процессов не влияет, поскольку после его столь же внезапного окончания темп мыслительной дея­тельности, как правило, сразу восстанавливается до своего обыч­ного уровня. Феномен шнеррунга типичен для шизофрении, по он может наблюдаться и при эпилепсии, а также под влиянием аф­фекта у психически здоровых людей, как, например, во время экза­мена (внезапное забывание хорошо знакомого материала).

Шперрунг можно рассматривать не только как количественное расстройство мышления, но и как результат утраты целенаправлен­ности психической деятельности. Н качестве состояния, напомина­ющего шперрунг, иногда описывают более мягкий по характеру обрыв мысли внезапную потерю нити рассуждений (например, при случайном отвлечении во время беседы или на фоне утом­ления) с порой удачными попытками вспомнить забытое и без утраты способности нормально ориентироваться во внешней среде.

Детализация — постоянное вовлечение в процесс мышления обилия второстепенных несущественных подробностей, про­странное описание обстоятельств, которые, возможно, для человека имеют особое эмоциональное значение, но являются совершенно лишними для передачи ключевой информации. Экономичность и продуктивность мышления в целом снижаются. При усилении выраженности детализация достигает степени обстоятельности (лабиринтного или турбулентного мышления) — систематического застревания на побочных ассоциациях с уходами в сторону и воз­вращениями к исходной мысли, с утратой ее общей связности, спо­собности дифференцировать идеи, явления и объекты по важности, с ослаблением процессов абстрагирования и обобщения, в резуль-

**тате чего мышление становится запутанным. Такие больные в итоге нс могут лаконично сформулировать свою мысль, привносят в свою речь вводные слова, затрудняются при необходимости перехода к новой теме, а во многих случаях при потере способности кон­структивно решать волнующие проблемы производят впечатление беспомощных.**

**Вязкость — крайняя степень обстоятельности, при которой детализация до такой степени искажает основное направление мысли, что делает ее малопонятной, а мышление непродуктивным. Больные вообще теряют способность удерживать основную нить разговора и не могут сами освободиться от побочных ассоциаций. Тягучестью начинает отличаться не только речь, но и все поведение человека.**

**Симптомы этой группы (детализации, обстоятельности, вяз­кости) отражают нарастание степени тяжести одного и того же яв­ления — тугоподвижности (ригидности, инертности, торпидности) мышления. Они наблюдаются при органических заболеваниях го­ловного мозга и эпилепсии.**

**Витиеватость — многоречивые, громоздкие рассуждения, иногда на абстрактные или философские темы, с привлечением обилия литературных цитат, метафор, сравнений, научных тер­минов, формул и далеких по смыслу аналогий, что, вопреки ожида­ниям говорящего, усложняет понимание мысли слушателями и ме­шает самому субъекту прийти к ясному умозаключению. Вместе с тем речь сохраняет грамматический строй и внешнюю логичность, но приобретает черты псевдонаучности, «красивости» и оригиналь­ности, порой заумности. Страдает доходчивость и убедительность.**

**Витиеватость нс следует путать с красноречием, при котором последние два качества, напротив, проявляются ярко и усилива­ются эмоциональным стилем речи.**

**Резонерство — склонность к бесплодному мудрствованию, не­продуктивному, многословному и детализированному рассужда- тсльству по несущественному поводу, часто с использованием абстрактных или позаимствованных из каких-то наук понятий, общих нравоучений, деклараций и известных изречений («Жизнь прожить — не поле перейти!»), привлекаемых по весьма поверх­ностным, формальным основаниям. При многозначительном тоне, претенциозности и неуместном пафосе речь построена граммати­чески правильно, но скудна содержательно («пустое философ­ствование», «праздное мудрствование», «умственная жвачка»). Вместе с тем собственно мыслительных ошибок при резонерстве не происходит, а сам этот феномен может рассматриваться как**

проявление особенностей мотивационной сферы человека, выра­жающийся в потребности «самовыражения» и «самоутверждения» на фоне недостаточной самокритичности и аффективной захвачен­ное™ субъекта. Характерна неспособность принимать во внимание конкретные факты и обстоятельства. Но мнению Н.М. Ьлсйхера, И.Н. Крук [ 198б|, резонерское мышление в эксперименте особенно ясно демонстрируется там, где выполнение задания требует слове­сных определений, формулировок и сравнения понятий.

Н качестве своеобразной формы резонерства может выступать патологический полисемантизм освобождение элементов речи от контекста, когда слово получает любой, малозависящий от си­туации смысл (понятие введено М.С. Лебединским в 19.47 г. и со­ответствовало тому, что Л.С. Выготский определял как уравни­вание вероятностных значений того или иного слона). В этих слу­чаях у больного появляются слова с новым смыслом, основанным на формальных лексических или внешних признаках. Характерно сосуществование разных, в том числе и чуждых, значений одного и того же слона, причем новое значение слона заметно доминирует над общепринятым, из-за чего понимание речи «непосвященным» ста н о в ится невозможным.

Резонерское мышление наблюдается при шизофрении, эпи­лепсии, умственной отсталости и ряде органических поражений головного мозга, но в принципе может встречаться и у психически здоровых людей как один из механизмов компенсации чувства соб­ственной малозначимое™.

Соскальзывание — неожиданная, немотивированная смена логи­чески и грамматически правильно простроенной мысли на какую-то иную, тематически чуждую строю рассуждений. Либо то же проис­ходит по несущественным, случайным ассоциациям, актуализиро­ванным из-за латентных, рыхлых связей между понятиями и пред­ставлениями. При этом непоследовательность суждений нс зависит от истощаемое™ психики или сложности заданий. Существует мнение, согласно которому соскальзывание может осуществляться и но сложным (абстрактным) ассоциациям | Ьухановский, Кутянин, Литвак, 19981. После него больной способен продолжить последо­вательность основного рассуждения, но уже допущенная логиче­ская ошибка им не исправляется. Соскальзывания к иную смы­словую плоскость следует отличать от неточных ответов, обуслов­ленных невнимательностью, и от непоследовательности суждений, возникающей на фоне астенических состояний (подобные ошибки имеют связь с трудностями проблемы и исправляются больными, как только они их замечают). Л.Р. Лурия 120001 считал, что легкое

соскальзывание на посторонние связи лежит в основе тех дефектов мышления, которые многие авторы считают специфичными для по­ражения лобных отделов мозга.

Соскальзывания как симптом наблюдаются у больных шизо­френией даже при их (лобных долей) относительной сохранности.

Разноплановость постоянная немотивированная смена осно­ваний для логического упорядочения ассоциаций, соскальзывание в иную содержательную плоскость. В результате этого в мысли на­чинают сочетаться несочетаемые или даже взаимоисключающие идеи и понятия. Оставаясь относительно адекватными внутри самих себя, непредсказуемо, причудливо переплетаются разные принципы обобщения и классификаций, что в итоге делает мысль, с одной сто­роны, небанальной, а с друг ой малопонятной, /(ля выявления по­добных особенностей используется широкий набор методических приемов: классификация предметов и понятий, исключение лиш­него предмета, сравнение понятий, построение объекта по ряду за­данных признаков, опосредование понятий с помощью рисунков и т.п. Например, в методике на классификацию предметов больной объединяет лопату и слона, поясняя, что это «инструменты труда».

Разорванность нарушение направленности ассоциативного процесса, смысловых связей между отдельными мыслями, сужде­ниями и понятиями при сохранности формальной стороны речи грамматической стройности фразы (логическая разорванность). Начальные проявления разорванности можно заметить в соскаль­зывании мысли при переходах от одного представления к другому. Это видно в нарушении смысловых связей нс внутри предложения, а при движении от одной мысли к другой, каждая из которых в от­дельности имеет законченное смысловое содержание. В результате возникает необычное парадоксальное сочетанию представлений. В.М. Ьлейхер пишет о разорванности как семантической диссо­циации при известной сохранности синтаксической стороны речи. Из-за грамматической правильности в организации фразы от слу­шателя требуется повышенное внимание, чтобы убедиться в се бессмысленности. Или при решении задачи на сравнение пациент отвечает, что озеро - это водоем, а рока холодная.

В. А. Жмуров [ 20021 приводит такой пример разорванности мыш­ления, продемонстрированного больным шизофренией: «Голоса это взаимное понятие дорожки в воде. Голоса мы сопоставляем как связки своих рук с руками руковых рук. Надо беречь правую руку, так как там находятся сплетения пишущих устройств, которые всех слышат и разговаривают. Вез отопления голоса будут замкнуты, получится звезда, которая будет закрыта танковым шлемом, как

**у вас в атаке. Это и требовалось доказать Чувашову на мусорной яме бритвенным прибором Эстонии на столе. Она была на потолке и шла гулять как бы за анютиными глазками. Причина и явление электрических следов, нарисованных на нашем предмете страны, является выходом на работу воздуха руки с клапанов без пони­мания цилиндра...». Или: больной написал заявление на имя врача (сохранена оригинальная грамматика и орфография) «Заявление. Прашу беседы со врачом но повалу безуездного дварянства узнать хоть, что необходимо из армии и полиции срочной службы (бе­седы) с врачом психиатором. Узнать сколько проблем. Перевод в 11стродворсц. 11атому что раньше нс додумался. Теперь что за за­хоронение на шуваловском кладбище. Асфальт и, что теперь абе- дать. Выпишусь узнаете, как работает (2 порции)».**

**В более тяжелых случаях на фоне расстроенного сознания возникает и грамматическая разорванность, бессвязность (инко- геренция) — речь превращается в «словесную окрошку», набор отдельных, нс связанных между собой слов (шизофазия), распа­дается синтаксический строй предложения. Уловить смысл речи не удается. Разорванность может проявляться и в форме «мимо- ответов», при которых больной на вопрос собеседника продуцирует информацию невпопад (рядом со смыслом вопроса), либо вообще недоступную для понимания.**

**Крайняя степень разорванности в речи может проявляться вер- бигерацией — бессмысленным, нередко ритмическим многократным повторением или выкрикиванием одних и тех же слов, фраз или не­лепых звукосочетаний.**

**В.В. Зсйгарник видит в разорванности крайнюю степень раз­ноплановости, заключающуюся в том, что суждения больного о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях, как бы в разных руслах. Помимо играющего важную роль в диагностике разорванности отсутствия понятных связей между отдельными элементами высказываний больного, Зсйгарник считает значи­мыми такие критерии, как независимость речи больного от при­сутствия собеседника (монологичность — больной наедине с собой или в присутствии кого-либо говорит безостановочно долго и бес­смысленно), отсутствие логики, невозможность обнаружить в речи больного объект мысли, незаинтересованность его во внимании собеседника. Наличием перечисленных моментов и объясняется то, что речь больного при разорванности перестает выполнять функцию общения и становится совершенно непонятной окру­жающим |Ьлсйхср, 198.3 ].**

**Наблюдается при шизофрении, маниакальных состояниях, орга­нических поражениях мозга.**

**Аморфность — нечеткое, бессистемное и противоречивое ис­пользование понятий, при котором грамматически правильно по­строенная речь приобретает расплывчатый, случайный характер, а основная идея остается несформулированной или непонятной окружающим. Аморфность выражается в наличии связности между собой но смыслу отдельных частей предложения и даже отдельных предложений при ускользании общего смысла сказанного: в срав­нениях сочетаются слишком абстрактные и слишком конкретные основания, уровень избирательности и обобщения мышления на­столько низок, что создастся впечатление бесформенности отра­жаемого в речи содержания (например, больной при многословии не может прямо ответить на вопрос).**

**В качестве иллюстрации аморфности мышления В.Д. Менде­левия 120011, ссылаясь на наблюдение Н.В. Вейгарник, приводит протокольную запись суждения больного, которому предлагалось объяснить поговорку: «Цыплят по осени считают».**

**Вольной говорит: «Ну, это вполне понятно. Иногда всегда под­считывают, когда они осуществились. Когда дело сделано. И только тогда можно уже заявить об увеличении успехов того или иного ме­роприятия. А то можно работать без конца, без края, шума много из ничего получится, как у Шекспира, помните?.. Пошумели, го­ворили, бегали, метались, торопились, а в результате что? Итог какой? Все в трубу, навылет. То есть шумиху подняли, а дела нет. Поэтому — меньше шума, больше дела, больше собранности, ор­ганизованности, а потом сказать: “Ну нот, товарищи, как бы там ни было, дело сделали, будьте здоровы”. Например, если мы строим какое-нибудь здание — нот наш долг, если мы сдаем экзамены вот наши оценки, отметки, пять, отлично или там, например, че­тыре, хотя на плохой конец, я говорю. Четыре — это уже терпимо, я считаю, по вообще нужно на отлично, чтобы было пять. Вот гак. Вот это называется... много шума из ничего или, как вы сказали, по­словица: “Кур по осени или цыплят по осени считают”. Ну да если непосредственно про них говорить, их перетаскивают кошки, как говорится».**

***Лутичное мышление —* см. выше.**

**Символическое мышление — мышление, в котором реализуется устойчивая тенденция замены общепринятых конкретных образов, явлений, действий, понятий или знаков личностно тенденциоз­ными представлениями-обозначениями, приобретающими форму метафор, неологизмов, иносказаний, аллегорий, знамений, особой**

знаковости, колдовства, мистики и т.и. В результате явления и предметы окружающего мира получают совершенно иной, порой переносный, вычурный смысл, нс разделяемый окружающими или вообще им непонятный. Могут использоваться и общепри­нятые символы, но для обозначения известных только больному явлений или фактов его жизни в совершенно нс свойственном им значении, конкретное обозначается абстрактным и наоборот. При­думываются новые слова — неологизмы.

Символическое мышление может встречаться и у психически здоровых людей, будучи обусловленным разделяемыми другими культурными или религиозными традициями и отражая эмоцио­нально-образный (иногда архаичный, мифопоэтический, ли­шенный логики) способ трактовки внешней действительности, уместный, например, в произведениях искусства, для поддержания этнической общности и т.п. При соответствующих психических расстройствах (чаще всего шизофрении) толкование речевой про­дукции возможно только исходя из индивидуальных установок че­ловека.

Паралогическое мышление — ложное по своим предпосылкам, до­казательствам, дефектное в установлении причинно-следственных отношений. Это мышление предвзятое, лишенное логики, игнори­рующее факты и доводы, противоречащие ходу мыслей больного. Нели логическая система в рассуждениях и возникает, то она свой­ственна только данному человеку с произвольной подменой одних существенных понятий и предпосылок другими, второстепенными, с неожиданными, странными и ничем не обоснованными умозаклю­чениями, сопоставлениями несопоставимого, «выкрутасами». Па­ралогическое или «кривое» мышление нс является собственно ало­гичным, формальнологический процесс часто нс нарушается. Речь идет главным образом о его тенденциозности, обусловленности стойким ложным целевым представлениям, реализующимися, на­пример, в интерпретативных формах бреда (преследования, рефор­маторства, ревности и т.и.) [Жмуров, 20021.

В.М. Ьлейхер |198.'3| приводит такой пример паралогического мышления больного шизофренией при исполнении методики на соотнесение между собой пословиц. Испытуемый относит к по­словице «Плохую овцу из стада вон» фразу «Ксли сам отрезал не­правильно, нс следует винить ножницы». Мотивирует это он сле­дующим образом: «Это дне фразы, характеризующиеся однотипно­стью отношения к объекту. Плохую овцу удаляют из стада. А если отрезал неправильно, то в досаде отбрасываешь ножницы. Эдссь однотипным является то, что объект, который удаляется, виноват».

Термин «паралогическое мышление» не всегда корректно ис­пользуется в более широком смысле, для обозначения других на­рушений с отсутствием логики в болезненных рассуждениях (ау­тистическое, символическое и др.).

Конфабуляторное (фабулирующее) мышление (лат. Jabula — по­вествование, история) встречается в разных формах, начиная от от­хода от естественного, реального развития событий (нарушений хронологического строя повествования), с включением в рас­сказы спонтанных фантазий, периодов мечтательной рассеянности до сознательной лжи и вымыслов, замещающих реальность. Рас­стройства памяти при этом могут быть, по могут и отсутствовать. Фабулирующее мышление встречается и при брсдоподобных фан­тазиях.

Архаическое. (прелогическое, мифологическое) мышление опери­рует устаревшими понятиями и представлениями, широко вклю­чает в себя суждения, основанные на предрассудках, заблуждениях и мифах. К архаическому мышлению относятся некоторые формы бреда. Оно наблюдается и у психически здоровых лиц, отражая уровень их интеллектуально-культурного развития.

Наиболее частой формой архаического мышления в быту явля­ются многочисленные суеверия, например такие, как вера в ясно­видение, возникающая у обычных людей на фоне тревожных ожиданий, подавленности или реальных драматических событий. Но выходе из подобного состояния наклонность к мистической ин­терпретации нередко исчезает и рассматривается с реалистических позиций, по в других случаях, в силу повышенной внушаемости или неразрешимости конфликта, лишь упрочивается.

Архаическая (палеолитическая) форма мышления рассматри­вается как филогенетически самая ранняя среди познавательных процессов человека. К се предпосылкам на начальных этапах раз­вития человечества относят:

• теснейшее слияние индивида с окружающей средой, физической и биологической природой, приводящее к одушевлению вещей и явлений, приписывание животным и растениям человеческих качеств, которыми они не обладают {анимистическое мышление, антропоморфизм), населению природы божествами, демонами и духами, объяснению природных явлений фантастическими причинами;

■ сильную духовную и эмоциональную связь с сообществом, вызванную глубокой интеграцией личности и рода, для кото­рого общий предок выступает как источник правил и законов для всех членов рода, что, в свою очередь, через тотсмичсскую символику и ритуалы порождает чувство сопринадлежности, отождествления сданной группой;

* высокую эмоциональную чувствительность, восприимчивость, аффективную напряженность коммуникаций и жизни в целом;
* высокую образность мышления и воображения, приближаю­щуюся к иконичсской полноте воспроизведения содержания памяти [Клике, 198Г?|.

Таким образом, данный вид мышления оперирует архаической логикой, характерной для древних народов и детей, из-за чего в большинстве случаев у взрослых может считаться регрессивным. Смежную с ним нишу занимает мышление, характерное для инту­итивного поэтического миропонимания.

Навязчивое (обсессивное) мышление. Навязчивости в целом представляют собой довольно большую группу психических рас­стройств, выражающихся в навязчивых идеях, страхах (фобиях) и сомнениях, воспоминаниях, влечениях и действиях. Их общим отличием является то, что они довольно стереотипны, возникают непроизвольно, часто противоречат системе внутренних принципов человека, расцениваются им критически, с понимаем их болезнен­ности, ненужности, неадекватности, а порой и нелепости. При этом появившаяся мысль рассматривается не как навязанная извне, а как собственная. По механизмам возникновения навязчивые мысли разделяются на тс, которые возникли в результате реальных психо­травмирующих обстоятельств (они логически понятны, поскольку и в самих мыслях звучит этот мотив), и тс, которые появились без видимой причины, оторваны от реальности.

Среди навязчивых мыслей, помимо сомнений и воспоминаний (например, о позорном событии), выделяют манипулирование циф­рами, абстрактные мысли, «умственную жвачку» изнуряющее мудрствование на отвлеченные темы, контрастные мысли, содер­жание которых противоречит мировоззрению или морально-этиче­ским принципам личности. Навязчивости также могут возникать в связи с сексуальной, религиозной озабоченностью, а также оза­боченностью своим телом (внешним видом, функциями и т.д.), что типично для подростков.

Испытывая эмоциональный дискомфорт, человек пытается от них избавиться, но, как правило, безуспешно. Нолсе того, по­пытки борьбы с ними, желание их подавить каким-либо образом нередко приводят к их усилению и выработке различных ритуалов (порой сложных двигательных или символических поведенческих актов), имеющих значение заклинания и создающих у субъекта впечатление контролируемости ситуации (перед выходом на улицу дотронуться до косяка двери, чтобы не попасть под машину). Ри­туалы в их клиническом значении обычно возникают как реакция на фобии, навязчивые сомнения или опасения, для предупреждения мнимого несчастья. Выполнение ритуала обычно сопровождается чувством облегчения. В психиатрической практике наблюдаются при неврозе навязчивых состояний, депрессии, шизофрении, орга­нических психозах.

Но навязчивые мысли необязательно являются симптомами болезни, они могут встречаться и у психически здоровых людей с тревожно-мнительными чертами характера. Нс сопровождаясь интеллектуальным снижением, они, однако, могут накладывать не­который отпечаток на избирательность мышления.

Сверхценные идеи — логически обоснованные эмоционально значимые стойкие убеждения, представления или комплексы мы­слей, вытекающие из реальности и мировоззрения личности. Их патологичность заключается не в содержании, которое относи­тельно адекватно имеющейся проблемной ситуации, а в масштабе охвата сознания, в том непомерном значении, которое им придается но сравнению со всеми остальными мотивами и сторонами жизни. Другой особенностью сверхценных идей является их ригидность, заключающаяся в длительном их существовании, иногда на про­тяжении жизни, в настойчивых попытках реализовать их на деле вопреки внешним совершенно корректным контраргументам.

К числу подобных феноменов относятся идеи реформатор­ства, изобретательства (вечного двигателя), физического и нрав­ственного совершенства (до изнеможения), сутяжничества (ведение тяжб до привлечения международных инстанций), коллекциониро­вания (до разорения семьи), вероисповедания, вины, любви, рев­ности и т.н. В большинстве случаев последовательное проведение свсрхценпой идеи приводит к дизадаптации личности, сужению круга ее интересов, тенденциозной трактовке фактов действитель­ности, избирательности их подбора. Собственная критика к свсрх- ценным идеям, в отличие от навязчивых, отсутствует. В других случаях сверхценная идея постепенно сама утрачивает свою акту­альность, иногда под влиянием убеждения со стороны достаточно авторитетного лица.

На начальных этапах своего развития эти идеи не несут чего-то патологического и, но существу, остаются в пределах психического здоровья. Однако по мере их развития и усиления эмоционального напряжения свсрхцснныс идеи Moiyr стать основой для возникно­вения идей бредовых, но эти два феномена требуют обязательного различения.

**Вред — совокупность ложных, последовательно и упорно отста­иваемых идей, суждений и умозаключений, обусловленная пси­хическим заболеванием и явно не соответствующая реальности и прежнему опыту. Бредовые идеи не поддаются переубеждению, и критика по отношению к ним полностью отсутствует. Кроме вы­сказываний, поступков и личностных отношений, непосредственно вытекающих из содержания бреда, все остальные психические про­цессы и функции (эмоции, речь, интеллект и поведение в целом) от нормальных могут нс отличаться. В других случаях бред соче­тается с нарушениями ассоциативных процессов и сопровождается разорванностью мышления, резонерством и символизмом. Неко­торые формы бреда имеют сходство с мифологическими конструк­циями (мифологемами), которые своими корнями уходят в ар­хаические предания, эпосы, мифы, легенды, сюжеты сновидений и фантазий. Бред является формальным признаком психоза.**

**Начальная стадия формирования бредового синдрома — бре­довое тстроение (корректнее — настроение, из которого возникает бред), выражается в чувстве неопределенного внутреннего бес­покойства, в тревожном, порой мучительном предчувствии беды, возникают настороженность, подозрительность и уверенность, что вокруг происходят опасные изменения. .Чатем формируется бре­довое восприятие — наряду с обычным восприятием реально суще­ствующего объекта появляется необычная, странная, не связанная логически с реальной действительностью идея с характером осо­бого отношения больного. Привычные объекты начинают нести новый смысл. То есть имеет место нс дефект самого восприятия, а ложное значение, которое придается объекту восприятия. При­обретая более очерченную форму, бредовое восприятие превра­щается в бредовое толкование, которое проявляется в том, что больной начинает интерпретировать события, факты, слова окру­жающих в бредовом плане, но еще не связывает свои болезненные умозаключения в единую систему. В дальнейшем происходит оформление бредовых соображений в систему бредовых идей. Этот этап называется «кристаллизацией бреда» [Руководство..., 1984; Ковалев, 19851. Иногда в рамки бредового толкования вклю­чают и бредовое осознание — «озарение», интуитивное постижение больным сути происходящего. Возникающая система из отдельных бредовых умозаключений обеспечивает субъективное объяснение состоянию тревоги, беспокойства, чувству неопределенности пред­полагаемой угрозы.**

**С достаточной степенью условности бред по механизму образо­вания делится на три типа:**

1. первичный {интерпретативный) бредовые построения определяются расстройством сферы мышления и логики, приво­дящим к неадекватной интерпретации реально существующих яв­лений, к созданию целой системы доказательств, причем но мерс прогрессирования болезни в бредовую систему начинает вовле­каться все большее число фактов жизни;
2. вторичный возникает на основе уже имеющихся нарушений других сфер психической деятельности (галлюцинаций, аффек­тивных нарушений, расстройств памяти и т.н.);
3. индуцированный, при котором здоровый человек воспроиз­водит бредовую систему психически больного но принципу зара­жения или конформизма у близких людей.

Фабула бредовых идей весьма разнообразна и может быть све­дена к четырем основным видам:

1. бред с пониженной самооценкой или отрицательной эмоцио­нальной окраской (ипохондрический, самообвинения, самоуничи­жения, убеждения в уродстве и т.н.);
2. бред с повышенной самооценкой или положительным эмоциональным топом (величия, богатства, знатного происхож­дения, реформаторства и т.н.);
3. бред преследования или подозрения (воздействия с по­мощью магии, колдовства, гипноза, космических лучей, ущерба, двойников, одержимости и т.н.);

А) смешанные формы бреда (сутяжничества, перевоплощения, особых знаков и т.н.).

Несмотря на то что фабула бреда нередко включает тс или иные реальные события, роль последних в его возникновении незначи­тельна и сводится лишь к наполнению бредового убеждения кон­кретным социальным содержанием [Ксрбикон, 19^9|.

Следует иметь в виду, что ошибки суждений и заблуждения психически здоровых, а также некоторые сомнительные умоза­ключения, являющиеся составной частью определенной культуры или субкультуры, к которой принадлежит человек, нс должны ха­рактеризоваться как бредовые.

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Дайте определение мышления, дифференцируя его от других отража­тельных процессов.**
2. **Череп какие этапы проходит развертывание мышления как процесса?**
3. **Охарактеризуйте основные мыслительные операции.**
4. **Каковы основные этапы созревания (уровни) мышления у ребенка?**
5. **Какими признаками характеризуется творческое мышление?**
6. **Раскройте содержание и противоречия трактовки аутистического мышления.**
7. **Опишитеструктуру классификации расстройств мышления по Б.В.Зей- гарник.**
8. **Какие уровни процесса обобщения описываются в психолог ии и какие формы может приобретать расстройство этой функции?**
9. **Какими качественными особенностями отличаются ускоренное и за­медленное мышление?**
10. **При каких психических расстройствах встречается резонерское мыш­ление и в чем оно выражается?**
11. **И чем разница между навязчивыми и сверхценными идеями?**
12. **Что такое «кристаллизация бреда»?**
13. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЛЕНИЯ

Методы исследования мышления чрезвычайно разнообразны, а характер предлагаемого в них стимульного материала обуслов­ливается возрастом испытуемого и конкретными задачами, стоя­щими перед клиническим психологом, начиная от наблюдения за игрой ребенка и заканчивая сложными заданиями, предусмат­ривающими операции абстрагирования и установления причинно­следственных связей, в норме доступных взрослым испытуемым. Помимо рассматриваемых ниже экспериментальных приемов, могут использоваться: метод наблюдения (например, за особенно­стями взаимодействия больного с другими людьми); метод беседы, в ходе которой могут быть установлены степень критичности ис­пытуемого к собственной мыслительной деятельности и уровень развития речи как основного выразителя мысли; метод изучения продуктов деятельности (дневники, письма, продукты творчества и т.н.), позволяющий иногда ретроспективно отследить этапность в развитии расстройств когнитивных процессов.

/(ля решения диагностических задач клиническими психоло­гами часто привлекаются следующие методики.

Методика «Ориентировочный тест школьной зрелости»  
Керна — Йирасека

**[Йирасек, 1978; Рабочая** книга..., **1991; Белоусова, Бойко,  
Мищик, 1994]**

Методика предназначена для исследования готовности ребенка к школьному обучению и включает три задания:

1. рисование по памяти фигуры мужчины;
2. срисовывание письменных букв;
3. срисовывание группы точек.

Нсс три задания направлены на определение развития тонкой моторики руки, координации движений и зрения, являющихся важными предпосылками для выработки навыков письма. Кроме того, с помощью этого теста в общих чертах можно оценить интел­лектуальное развитие ребенка, умение подражать образцу и спо­собность к сосредоточенности, концентрации внимания. Оценка нарисованного производится но пятибалльной шкале (наилучшее оценивание — один балл).

На рис. 2.13 показаны изображения мужской фигуры.

1 2 3 4 5



1. Нарисованная фигура должна иметь голову, туловище и ко­нечности. Голова с туловищем соединена посредством шеи, и она нс больше туловища. На голове имеются волосы (или их закры васт шапка или шляпа), но бокам — уши, на лице — глаза, нос и рот. Руки закончены кистью с пятью пальцами. Ноги внизу за­гнуты. Наличие мужской одежды. Фигура нарисована с исполь­зованием так называемого синтетического способа (т.е. контур­ного, предусматривающего, что вся фигура с составляющими се частями - телом, головой, руками, ногами — рисуется как единое целое).
2. Исполнение всех требований, как и в пункте 1, кроме син­тетического способа изображения. Три нс хватающих части (шея, волосы, один палец руки, по нс часть лица) могут быть исключены из требований, если это уравновешивается синтетическим спо­собом изображения.
3. Рисунок должен иметь голову, туловище и конечности. Руки или ноги нарисованы двойной линией. Допускается отсутствие шеи, ушей, волос, одежды, пальцев и ступней.
4. Примитивный рисунок с туловищем. Конечности (доста­точно одной пары) выражены лишь простыми линиями.

**5. Нс хватает ясного изображения туловища («головоногое» изображение). Каракули.**

**На рис. 2.1-1 представлен процесс срисовывания письменных букв.**

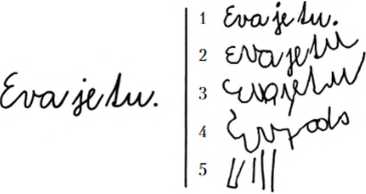


Рис. 2.14. Подражание письменным буквам

**Здесь в качестве образца для интерпретации дан оригинальный пример. В адаптированных для русскоязычной популяции версиях обычно предлагается фраза «Он ел суп». Вертикальный размер букв на карточке должен равняться 1 см, заглавная буква — 1,5 см.**

1. **Удовлетворительное (пригодное для чтения) подражание на­писанному образцу. Скопированные буквы превышают размер букв образца не более чем в два раза. Первая буква — заглавная. Ьуквы хорошо соединены в три слова (для оригинального образца необ­ходимо наличие точки над буквой «j»). Переписанное предложение не отклоняется от горизонтальной линии более чем на 30°.**
2. **Еще разборчивое подражание написанному предложению. Величина букв и соблюдение горизонтальности нс учитываются.**
3. **Очевидно расчленение надписи минимально на две части. Можно разобрать по крайней мере четыре буквы образца.**

**А. На образец похожи по крайней мере две буквы. Целое еще образует строчку «писания».**

**5. Черкание или каракули.**

**Во время выполнения детьми заданий необходимо следить за ними, делая при этом краткие записи об их действиях. В первую очередь следует обратить внимание на то, какой рукой рисует ре­бенок — правой или левой, перекладывает ли он во время рисования карандаш из одной руки в другую. Отмечают также, вертится ли он, роняет ли карандаш и ищет его иод стулом, начал ли рисовать не в том месте, которое ему указали, или просто обводит контур образца, желает ли убедиться в том, что рисует красиво, и т.д.**

**Рис.** 2.15. **Срисовывание группы точек**

1. 11очти совершенное подражание образцу. Допускается только очень небольшое отклонение одной точки из ряда или столбца. Уменьшение рисунка допустимо, увеличение нс должно быть больше, чем наполовину. Рисунок должен быть параллелен образцу.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 |
| **• • •** | **• • \*** | **\*** |
| **• • \*** | **•** 1 **•** | **/** ч |
| ф ф $ | $44 | 4 \*‘t |
| $ | 4 | МП |

\ 5 •

1. Количество и расположение точек должно отвечать образцу. Возможно отклонение даже трех точек на половину ширины про­межутка между рядами или столбцами.
2. Целое но своему контуру похоже на образец. По высоте и ширине оно нс превосходит его больше чем в два раза. Точки не должны быть в правильном количестве, но их нс должно быть больше 20 или меньше семи. Допускается любой поворот — даже на 180°.

\. Рисунок но своему контуру уже не похож на образец, но все еще состоит из точек. Величина рисунка и количество точек не имеют значения. Другие формы (линии) недопустимы.

1. Каракули.

Результат каждого задания оценивается но пятибалльной системе (1 высший балл, 5 низший балл), а затем вычисляется суммарный итог но трем заданиям. Развитие детей, получивших в сумме но трем заданиям от 3 до 6 баллов, рассматривается как выше среднего, от 7 до 11 — как среднее, от 12 до 15 — как ниже нормы. Детей, получивших 12-15 баллон, необходимо углубленно обследовать, так как среди них могут быть умственно отсталые. Но вместе с тем следует иметь в виду, что без дальнейшего обсле­дования указанную группу детей нельзя относить к слаборазвитым, характеризующимся школьной незрелостью, поскольку, по словам Я. Йирасска, удовлетворительный результат ориентационного теста является относительно надежным основанием для вывода о школьной зрелости с прогнозом хорошей школьной усненас-

**мости, но неудовлетворительный результат не может служить до­статочным основанием для вывода о школьной незрелости с про­гнозом плохой школьной успеваемости.**

Методика классификации

[Блейхер, Крук, 1986; Рубинштейн, 1998; Собчик, 2002;

Семаго, 2005]

Классификация предметов

**Как исследовательский инструмент сортировка (классифи­кация) предметов была разработана в 1920 г. Куртом Гольдштейном (Kurt Goldstein, 1878-1965) для исследования больных с афатиче- скими расстройствами, видоизменялась [(joldstcin-Schccrcr Object Sorting test, 19-i 11, а в оригинале предполагала классификацию реальных предметов. Позднее методика была модифицирована )|.С. Выготским, Л.Р. Лурисй и Б.В. Эсйгарник, причем изменения в основном сводились к замене реальных предметов на изобра­жения на карточках.**

**Методика предназначена для исследования уровня процессов обобщения и отвлечения, последовательности суждений, критич­ности, дает возможность анализа личностных реакций больных на свои достижения и неудачи.**

**Выявлено, что на классификацию влияют: форма представления материала, степень знакомства с ним, содержание и специфика той области, к которой относится классифицируемый материал (на­пример, может влиять практическая значимость тот или иного ас­пекта материала для жизни в конкретных условиях).**

**Стимульный материал методики представляет собой набор не­скольких десятков карточек (в стандартном варианте — 70 цветных и черно-белых), которые могут быть расклассифицированы по ка­тегориям: овощи-фрукты, одежда, животные, насекомые, рыбы, люди, растения, посуда, мебель, транспорт, измерительные при­боры и т.и. Характер изображений на карточках должен преду­сматривать возможность различных ступеней обобщения. С целью избегания артефактов и обеспечения сравнительного анализа С.Я. Рубинштейн настаивает на использовании комплекта изобра­жений, разработанных в Институте психиатрии МВ РСФСР. Од­нако стилистика изображений из этого набора, типичная для пе­риода времени более чем полувековой давности, скорее уместна для исследований взрослых, а не современных детей, погруженных в иную предметную среду. Это само может порождать дополни­тельные трудности, обусловленные гностическими, а не мысли­**

**тельными процессами. Представляется, что проблема осовреме­нивания стимульного материала должна лежать в плоскости его квалифицированного подбора и валидизации без консервативной приверженности изобразительным стандартам, типичным для пре­дыдущих поколений.**

**Образцы стимул ьного материала для методики «Классифи­кация предметов» (цвет и размер изменены) показаны на рис. 2.16.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **«-Д** | **I1WV**  Jtf |
| **пт** | **о** | & | 0 |

Рис. 2.16. Классификация предметов

**Работа с методикой носит поэтапный характер.**

**На первом, предварительном, этапе испытуемому в случайном порядке демонстрируется несколько карточек из комплекта, обра­щается внимание на то, что они различны, после чего показывается весь их набор рисунками вверх.**

**На втором этапе дается инструкция разложить изображения группами «что к чему подходит» без дополнительных разъяснений о принципе раскладывания — «как вам кажется лучше». Иногда в инструкции к этому этану может звучать мысль, что групп должно быть как можно больше, а их названия — по возможности короткими.**

**На третьем этапе после раскладывания но группам первых 10-20 карточек испытуемый либо поощряется, либо ставится в из­вестность об ошибочности действий с предложением исправить ошибки и дать общее название каждой группе сложенных вместе изображений. В отношении детей иногда рекомендуется проигно­рировать допущенные с точки зрения экспериментатора ошибки объединения и отследить, не заметит ли в дальнейшем их сам ре­бенок.**

**Этот этап считается законченным, когда с известной долей точ­ности устанавливаются все основные группы.**

**На четвертом этапе испытуемому предлагается объединить вы­деленные группы (без перекладывания отдельных карточек), сде­лать их более крупными, но так, чтобы каждой новой группе также можно было дать общее название. Процесс укрупнения может но­сить ступенчатый характер и в конечном счете может быть сведен к двум-трем большим группам — растения, живые существа (живое) и неодушевленные предметы (неживое).**

**Особую ценность при работе с данной методикой представ­ляют доводы испытуемого и исправления, которые он вносит под влиянием замечаний экспериментатора.**

**В процессе исследования могут быть обнаружены такие осо­бенности мыслительной деятельности, как: слабая критичность к своим действиям и решениям, низкий уровень обобщающих операций, склонность к конкретному или ситуативному мыш­лению, элементы его разноплановости, опора на несущественные признаки, соскальзывание на яркие, чувственные, необычные при­знаки, склонность к излишней детализации, инертность мышления, непоследовательности суждений при раскладывании изображений (например, одни группы излишне обобщены, а другие детализиро­ваны) и при объяснении причин объединения предметов в группу, особенности при подборе обобщающего слова (например, его причудливость, аграмматичность, вычурность, инфантильность, претенциозность), контраст между способностью собрать группу и неумением се обозначить. Наличие одноименных групп сви­детельствует о рассеянности, забывчивости больных, о сужении их внимания.**

**Методика «Классификация» в предназначенном для детей млад­шего возраста варианте Л.М. Шуберт и Л.Я. Ивановой предусмат­ривает иной, облегченный ход обследования. Из 12 карточек с ри­сунками (женщина, стол, брюки, школьник, стул, пальто, кровать, мужчина, рукавицы, младенец, шапка, шкаф) экспериментатором отбираются и раскладываются перед ребенком первые четыре с просьбой все остальные картинки разделить на уже обозначенные таким образом четыре группы.**

**Ксли ребенок объединяет предметы но конкретно-ситуативному (что является нормальным для детей младшего школьного воз­раста) или случайному признаку, то ему дается обучающий урок: экспериментатор сам укладывает карточку, объясняет, почему он туда се положил, и даст название собранной группе, а в даль­нейшем факт усвоения сформированных понятий уточняется путем добавления других изображений. В проведение методики начинают привноситься элементы обучающего эксперимента.**

При оценке результатов работы учитываются наличие интереса и устойчивость внимания, запас общих сведений и точность пред­ставлений, способность к обобщению, маштаб использования по­мощи.

Во всех случаях по ходу исполнения методики и протекания ее этапов экспериментатор ведет протокол, в котором фиксируются нее особенности действий испытуемого, его высказывания, эмоцио­нальные реакции, допущенные ошибки, реплики самого экспери­ментатора и иные нюансы, способные обосновать интерпретацию получаемых результатов.

Классификация понятий

При использовании вербальной версии методики классифи­кации испытуемый имеет дело с представленными на карточках конкретными словами-понятиями, которые ему также предстоит систематизировать по группам. Здесь отсутствует влияние рисунка, заранее предусматривается, что испытуемый понимает смысл слов, имеет достаточные знания об окружающих его предметах и явле­ниях. Стратегии классификации понятий или образов по своим предпосылкам связаны с доминантностью левой или правой геми­сферы.

Следует иметь в виду, что в случае предъявления рисунков (фотографий) предметов классификация происходила иначе, чем с реальными предметами и тем более их названиями (поня­тиями). В.М. Блейхер, И.В. Крук |198fi| пишут, что особенности шизофренического мышления легче выступают при предметной классификации, она оказывается более трудной по сравнению со словесной и для больных со сниженным уровнем процессов обобщения и отвлечения, так как содержит больше элементов (де­тали рисунка), провоцирующих несущественные, конкретные ас­социации. При эпилепсии наблюдается склонность к детализации; больные выделяют дробные группы: одежда детская и взрослая, мебель светлая и темная и т.д. Образование одноименных групп, ничем не отличающихся друг от друга (например, двух групп овощей, цветов и т.д.), свидетельствует о сужении объема вни­мания, забывчивости больных и характерно для органических по­ражений головного мозга | Атлас..., 19791.

Вели методика «Классификация предметов» в варианте Б.В. Зейгарник пригодна для работы с детьми примерно с 9 лет, а в варианте А.М. Шуберт и А.Я. Ивановой - примерно с fi лет, то «Классификация понятий» в основном ориентирована па более старший возраст.

Методика исключения

[Атлас..., 1979; Переслени, Чупров, 1983; Альманах..., 1995;  
Рубинштейн, 1998; Рубинштейн, 1986; Собчик, 2007; Ратанова, Шляхта,  
2003; Белопольская, 2006]

Исключение предметов

**Методика предназначена для оценки способности испытуемого осуществлять операции анализа и синтеза, обобщения, абстраги­рования, умения выделять существенные признаки на образном уровне. Широко используется в практике не только взрослой, но и детской патопсихологии. По сравнению с методикой класси­фикации исключение предметов предъявляет большие требования к логической обоснованности, правильности обобщений, строгости и четкости формулировок.**

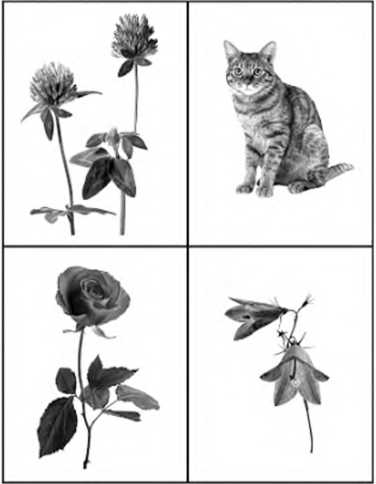
**В качестве стимульного материала выступают обычно прону­мерованные, градуированные по трудности и последовательно предъявляемые карточки с изображениями четырех предметов, три из которых благодаря какому-то свойству могут быть объединены в одну группу или названы одним обобщающим словом. Четвертый изображенный предмет не имеет признаков принадлежности к образованной группе и должен быть испытуемым, как лишний, исключен. Важным условием применения методики является ре­чевое обоснование выбора, которое характеризует и определенный уровень сформированное™ мыслительных операций, а также раз­вития понятийного мышления. Методика на исключение может применяться примерно с Л лет.**

**Первая, самая легкая карточка может использоваться в качестве образца для подтверждения понимания задания испытуемым. В протоколе против номера карточки экспериментатор записывает название предмета, который испытуемый считает нужным исклю­чить, а в соседнем столбце — его объяснения и то слово, которым он назвал остальные три предмета. Вели ответ неправильный и экспе­риментатор вынужден задать наводящий вопрос, то записываются и этот вопрос, и полученный ответ. Объем и характер необходимой помощи становятся специальным предметом исследования.**

**При работе испытуемого с карточками нарастающей сложности необходимо отследить, с какого момента он начинает допускать систематические ошибки и каково их качество.**

**На рис. 2.17 показаны образцы стимульного материала мето­дики.**

**При анализе результатов у детей Н.Я. и М.М. Семаго 12005] предлагают выделять следующие варианты объединения трех пред­метов по отношению к четвертому.**



**Рис.** 2.17. **Образцы стимульного материала методики**

Конкретная категория (К) опора производится на конкретный и в то же время существенный признак. Например: «Кошка с уси­ками, а цветы без усиков».

Конкретно-ситуативная категория (КС) наличие ситуации, в которой данный признак приобретает важное для различения значение. Например, выделяется птица, потому что «у нес есть крылья для того, чтобы летать, а остальные нс летают».

Функциональная категория (Ф) обобщающим признаком вы­ступает конкретная функция данной группы предметов. Например, выделяется птица, потому что «она летает, а все остальные не ле­тают».

Понятийная категория (II) имеется прямое указание на обоб­щающее понятие. Например: «это все обувь, а нога часть тела».

Латентная категория ответа (Л) — смыслообразующим стано­вится несущественный, второстепенный или случайный признак. Например, объединяются в группу очки, молоток и птица потому, что «у них есть остренькое или похожее на клюв, а у стола их нет». Из группы (термометр, часы, весы, очки) исключается термометр, поскольку он «нужен только больному человеку» [Зсйгарник, 1986|.

Решение испытуемого на оснонс конкретно-ситуационного объединения предметов в группу свидетельствует о снижении уровня обобщения. Актуализация слабых, чрезмерно размытых признаков свидетельствует об искажении процесса обобщения. Больной шизофренией либо производит исключение по ему од­ному понятному смыслу, либо вовсе затрудняется что-нибудь исключить, либо предлагает несколько, по его мнению, равно­ценных вариантов решений. Н.М. Нлейхер 11971 ] приводит такой пример: больной объединяет в одну группу ножницы, катушку и трубку — «все они имеют сквозные отверстия, а наперсток имеет лишь входное отверстие». Могут обнаруживаться явления разно­плановости мышления.

Неспособность ребенка справляться даже с простыми задачами может быть связана с умственной отсталостью (или задержкой психического развития) и предшествующим непониманием ин­струкции. После тщательного объяснения инструкции такие дети **Moiyr** формально верно производить выборы даже в задачах средней трудности, по они нс способны мотивировать свои ре­шения, т.с. нс могут найти слова для обозначения трех объединя­емых предметов.

Н.М. Ьлейхер, И. В. Крук |19#6| рекомендуют иногда специально вводить комбинации рисунков, где корректное обобщение произ­вести невозможно. Здоровые испытуемые в таких случаях либо заявляют, что задание невыполнимо, либо говорят о том, что иод давлением экспериментатора они дают вынужденный ответ (идут на компромисс).

Исключение понятий

Вербальный вариант методики включает наборы из пяти слов, одно из которых обозначает объект, качество или явление, непри­емлемое для объединения с другими четырьмя, имеющими какую- то смысловую связь. В остальном процедура исследования похожа на исследование по методике «Исключение предметов», т.с. помимо общего числа правильных ответов обязательно учитывается и каче­ственное обоснование испытуемого (родовое понятие), благодаря которому было произведено исключение. Часто встречающиеся нестандартные ответы являются показанием к более глубокому и полному исследованию мышления.

Примеры стимульного материала:

***Василий*, *Федор, Семен*, *Иванов, Порфирий.***

***Грабеж, кража, землетресение, поджог, нападение.***

Сравнение понятий (тест дискриминации свойств понятий)

**Автор методики — В.М. Бехтерев  
[Блейхер, Крук, 1986; Рубинштейн, 1998; Семаго, 2005]**

Методика применяется для исследования особенностей ана­лиза и синтеза, а также для выявления особенностей протекания мыслительных операций, динамики мышления. Стимулышй ма­териал представляет собой специально подобранные пары слов (10-30 пар), подлежащие сравнению. От испытуемого требуется ответить на два основных вопроса: чем эти понятия похожи и чем различаются.

Примеры стимульного материала:

***утро - вечер-, поезд* — *самолет-, хлеб* — *мясо\ обман* — *ошибка.***

Можно выделить три категории задач, которые применяются для сравнения и различения понятий [Лурия, 1979|:

1. испытуемому даются два слова, явно относящиеся к одной категории (например, корова - лошадь);
2. предлагаются два слова, у которых общее найти трудно и ко­торые гораздо больше отличаются друг от друга, чем в предыдущем случае (например, ворона рыба);
3. еще сложнее — это задачи па сравнение и различение объ­ектов в условиях конфликта, где различия выражены гораздо больше, чем сходство (например, всадник — лошадь).

Н ряде случаев в список преднамеренно вводятся такие пары по­нятий, которые плохо сопоставимы между собой, например: часы река, стакан — петух и т.и. |Мелешко, 1966].

Такие пары выступают своеобразными провокаторами, по­скольку «склоняют» испытуемого к нестандартным решениям. Именно они оказываются показательными для обнаружения рас­стройств мышления. При столкновении испытуемого с такой парой необходимо наблюдать за его мимикой и поведением и при выра­жении им удивления давать дополнительные пояснения о необхо­димости особой их оценки и выделения. Здоровый человек либо отказывается проводить сравнение этих слов, либо переходит на очень широкий уровень сравнений (муха и дерево относятся к живой природе). Важно, что при этом в норме отмечаются и оце­ночные реплики, что указывает на уровень критичности мышления.

Сравнение понятий является довольно сложным процессом, поскольку оно включает в себя анализ и синтез, требующий диф- фсрснцировки существенных признаков на общие и разные для не­скольких объектов. При сравнении относительно однородных объектов первыми оказываются родовые, а вторыми — видовые признаки. К относительно однородным понятиям относятся: часы — хронометр, трамвай — троллейбус и т.н. Различие уровней сложности различных задач зависит от степени трудности абстра­гирования признаков или наглядного взаимодействия объектов, от степени трудности включения этих объектов в определенную категорию.

Отслеживается: доступность необходимых мыслительных опе­раций, в какой мере исследуемый может выходить за пределы не­посредственного описания обоих предметов (понятий) и способен сравнивать их путем отнесения к какой-то категории, какая опе­рация нахождение сходств или различий — удастся лете. Оце­нивается также логичность хода высказываний испытуемого. Нели больной не может самостоятельно выполнить эту задачу, ему де­монстрируют правильный образец этой операции и фиксируют, насколько эффективно данный принцип может переноситься им на другие примеры.

Неумение выделить признаки сходства, а также существенные признаки различия свидетельствует о слабости обобщений боль­ного, о его склонности к конкретному мышлению. Имея инертное, вязкое мышление, испытуемый соскальзывает при сравнении слов со сходств на различия или наоборот, отвлекаясь на незначи­тельные, второстепенные моменты, уделяя им большое внимание, может терять нить рассуждений и т.д.

Дошкольники и младшие школьники вместо выделения общего обычно указывают на различия объектов, поскольку за операцией различения стоит наглядно-действенное и наглядно-образное мыш­ление. За указанием на общее кроется операция введения в от­влеченную категорию, что удается детям этого возраста зачастую с трудом. Поэтому для дошкольников особенно трудны задачи второй и третьей категорий по Л.Р. Лурия. Младшие школьники уже способны к операции обобщения, которая принимает форму выделения общих признаков, но очень часто за ней кроется еще наглядное сравнение или введение предметов в общую наглядную ситуацию. Поэтому для них трудны задачи третьей категории | Бог­данова, Корнилова, 1994].

Больные шизофренией сравнивают объекты, пользуясь очень разнообразными, необычными признаками, в то время как здоровые люди производят сравнения по банальным, «стандартным» свой­ствам и качествам. Нели испытуемый настаивает на сравнимости

**несравнимых понятий и придумывает неестественные объяснения при возможности простых обобщений («дождь и снег — предметы влажности, перемещающиеся вокруг земли»), есть основание пред­полагать резонерство, склонность к демагогии, нарушения логики мышления [Практикум..., 2007].**

Выделение существенных признаков (признаки понятий)

[Рубинштейн, 1998; Адрианов, Волкова, Десфонтейнес и др., 1992;

Худ и к, 1992]

**Методика предназначена для оценки способности испытуемого дифференцировать существенные признаки предметов и явлений от реально встречающихся, но второстепенных, а также корректно реализовывать последовательность рассуждений. Характер вы­деления признаков выступает индикатором преобладания аб­страктного или конкретного стиля мышления.**

**Стимульный материал — ряды из шести слон, пять из которых взяты в скобки. К первому слову (вне скобок) из этих пяти необ­ходимо подобрать дна, находящихся с первым в наибольшей связи, т.с. являющихся неотъемлемыми признаками первого понятия. Отобранные слова на бланке подчеркиваются.**

**Примеры стимульного материала:**

***Сад (растения*, *садовник, собака, забор, земля).***

***Река (берег, рыба*, *рыболов*, *типа*, *вода).***

**Нели в силу интеллектуальной слабости испытуемый нс пони­мает, что от него требуется, то рекомендуется одно или два за­дания решить вместе с ним. При исследовании детей решаемый экспериментатором пример может быть предусмотрен в самой ин­струкции.**

**По окончании работы с методикой полученные результаты могут быть обсуждены, а исправления ошибочных ответов уч­тены для дальнейшей интерпретации качества мышления. На­пример, отдельные допущенные, но исправленные ошибки могут быть следствием поспешности, импульсивности или невнима­тельности, а систематические непоследовательные суждения, исправляемые после обсуждения, — следствием астенического состояния. Все решения, вопросы, а также дополнительные вы­сказывания, вопросы испытуемого и ответы патопсихолога запи­сываются в протокол. При работе с этой методикой может учиты­ваться и время.**

**'Гест пригоден в основном для индивидуального обследования детей примерно с 3-го класса и взрослых.**

Выбор по аналогии

**[Егорова, 1975; Блейхер, Крук, 1986; Мельников, 1997; Рубинштейн,  
1998; Практикум..., 2002; Семаго, 2005]**

Простые вербальные аналогии

Методика предназначена для оценки способности испытуемого понимать и устанавливать логические связи и отношения между понятиями; умения распространять это понимание на другие логи­ческие задачи; умения различать типы неявных связей, критически соотносить их между собой и способности мыслить абстрактными категориями.

Стимульный материал представляет собой две колонки слов. Н левой колонке дана пара слов (образец), находящихся между собой в каких-то отношениях. В правой колонке необходимо, по­нимая эти отношения, построить аналогичные из уже заданного обязательного слова и одного из пяти, предложенных в качестве возможных вариантов продолжения. Последовательность кон­кретных задач выстраивается по степени их усложнения. Одна-две первых задачи иногда используются для пояснения испытуемому, что и как нужно делать. Общее число задач может достигать 150.

Образцы стимульного материала:

|  |  |
| --- | --- |
| Лошадь | Корова |
| Жеребенок | Пастбище, рога, молоко, теленок, бык |
| Хлеб | Дерево |
| Нож | Пилка, пень, лес, пила, кора |

Соскальзывание суждений на путь случайных или облегченных ассоциаций наблюдается при утомляемости больных (например, при органическом поражении мозга), но возможно и у больных шизофренией. Но если в первом случае ошибки в основном допу­скаются при решении относительно трудных задач, испытуемый быстро спохватывается и исправляет свою ошибку, если замечает неудовольствие экспериментатора, то у больных шизофренией ошибки, связанные с пенаправлспностью ассоциаций (их «рас­плывчатостью» по С.Я. Рубинштейн), коррекции нс поддаются и допускаются нс только в трудных, но и в легких задачах.

При исследовании детей значимым оказывается фактор места по порядку (в ряду слов справа под чертой), на котором находится необходимое для выбора по аналогии слово. Чем ближе верный ответ к двум последним словам в ряду справа, тем возможнее не-

**правильный выбор, поскольку ребенок с большей доли вероятности может остановить свой выбор на предыдущих словах в силу ряда причин, в том числе импульсивности, усталости или пресыщения. Достаточно часто при инертности мышления или инертности дея­тельности в целом ребенок подбирает к следующей парс слово в со­ответствии с логикой связи, выбранной в предыдущем задании |Сс- маго, 2005]. Однако это не всегда является признаком инертности, а иногда может быть расценено как истинная недоступность ана­лиза логической связи.**

**Использование методики целесообразно примерно с 10 лет.**

Сложные аналогии

**Иногда встречается в литературе иод наименованием «Логика связи». Методика (предложена Э.А. Коробковой) предназначена для оценки тех же параметров психического функционирования, что и в «простых аналогиях», в том числе способности к переносу обобщений из одной ситуации в другую, но отличается от нес повы­шенной сложностью, большим уровнем абстрагирования, а техни­чески — характером стимульного материала. Последний включает шесть пар пронумерованных слов, отношения (логические связи) между которыми служат образцами. Далее испытуемому предлага­ются другие 18-20 пар слов, для каждой из которых нужно решить, какому из образов данная пара соответствует. Рядом с тестовой парой проставляется номер аналогичной пары образца.**

**Образцы стимульного материала:**

1. ***Овца — стадо.***
2. ***Малина — ягода.***
3. ***Море — океан.***
4. ***Свет* — *темнота.***
5. ***Отравление — смерть.***
6. ***Враг — неприятель.***

***испуг — бегство***

***филина — тука пение — искусство***

**Чаще всего эта методика оказывается полезной для выявления соскальзываний, внешних паралогичных умозаключений, т.с. той растскаемости мышления, которая наблюдается при шизофрении. Анализ экспериментальных данных здесь основывается не столько на ошибках и неправильных решениях, сколько на тех рассужде­ниях, которыми ответ обосновывается (за формально верным реше-**

**нисм может скрываться фактически ложное понимание представ­ленных отношений).**

Простые невербальные аналогии

[Семаго, 2003]

**Методика предназначена для исследования детей -1,5-6,5-лет­него возраста, не владеющих навыками чтения. Выполнение за­даний в полном объеме считается условно нормативным для детей, начиная с 6-ти лет. Ребенку предлагается бланк, в левой части кото­рого даны два изображения, находящихся между собой в каком-то отношении. Характер этих отношений в первом задании объясня­ется экспериментатором. В правой части бланка из нескольких ва­риантов необходимо подобрать к нужному предмету такой рисунок, который в парс с ним воспроизведет аналогичные отношения. .'Затем по той же схеме, но уже без объяснений, предъявляются сле­дующие задачи. Для усложнения методики вместо реалистичных изображений могут быть предложены более абстрактные.**

**На рис. 2.18 приведены примеры стимульного материала (размер и цвет изменены).**

|  |  |
| --- | --- |
| Sk  л | % |
| т | tf) У\*' |

Рис. 2.18. Примеры стимульного материала

**Кроме показателей, традиционных для методик на подбор ана­логии, учитываются стратегия выявления ребенком логических связей и отношений между понятиями, характер обучаемости и объем необходимой помощи со стороны взрослого.**

Понимание пословиц и метафор

[Блейхер, Крук, 1986; Рубинштейн, 1998]

**Методика, предложенная в современных формах Б.В. Зейгарник |1934|, применяется для исследования особенностей мышления — способности к обобщению, отвлечению, абстрагированию и пере­носу, уровня мышления, целенаправленности и критичности.**

**Испытуемому устно или на карточках предлагают несколько часто употребляемых метафор и пословиц (языковых форм, способных через конкретные ситуации передавать обобщенные суждения)**

и просят объяснить их отвлеченный, переносный смысл («золотые руки», «каменное сердце», «заячья душа», «медный лоб» и др.).

Всякая метафора — перенос термина из одной системы или уровня значений в другую. Истолкованная буквально, всякая метафора абсурдна; она всегда рассчитана на понимание, способ­ность субъекта самостоятельно извлекать и анализировать по­дразумеваемые сю ассоциации. Метафора никогда не бывает од­нозначной, она сознательно строится но принципу «как если бы» | Кон, 1984]. Буквальное истолкование пословицы или метафоры, соскальзывания на приблизительный смысл, простое се переска­зывание будут свидетельствовать о недостаточности уровня об­общения (например, при умственной отсталости, прогрессивном параличе). Несколько лучше выглядит подбор конкретных жиз­ненных ситуаций под ту или иную пословицу, но оптимальным яв­ляется раскрытие общего смысла пословицы, ее абстрагированное толкование.

Существуют варианты этой методики, когда для данной посло­вицы нужно найти соответствующую ей по значению фразу в ряду других (отличая от сходных в формально-лексическом отношении) или другую пословицу, что облетает задачу лицам, плохо нербали- зирующим понимаемое (например, «Каков поп, таков и приход» - «Яблоко от яблони недалеко падает»-, «Куй железо, пока горячо»

«Золото тяжелее железа», «Железо кует кузнец», «Не откладывай дело в долгий ящик» [Зейгарник, 1968; Рушксвич, 1953; цит. по: Нлсйхер, Крук, Боков, 2002]. Последняя модификация чаще ис­пользуется для выявления нарушений мышления но шизофре­ническому типу. Например, В.М. Блейхер пишет, что объяснение переносного смысла пословиц у ряда больных шизофренией оказы­вается сохранным, и в информативном отношении при этом забо­левании гораздо более ценной является методика соотнесения по­словиц с фразами |Блейхер, Крук, Боков, 2002]. Дополнительную нагрузку может нести предложение испытуемому придумать си­туацию, подходящую для данной пословицы. Усложнения задачи можно достигнуть уходом от привычных пословиц и предъявле­нием редко употребляемых в быту.

По мнению Б.Н. Зейгарник [ 198в|, данная методика легко про­воцирует лиц с шизофренией на проявления симптома выхоло­щенного резонерства, что объясняется, с одной стороны, тем, что слово выступает для больного в различных значениях, а с другой сама задача, поставленная перед больным (отнесение фраз к по­словицам), не направляет его мысли, он исходит из более общих «принципов».

Понимание силлогизмов

**(методика предложена В.М. Бехтеревым [1991])**

Методика предназначена для оценки способности человека про­изводить корректные новые умозаключения и делать формально­логически правильные выводы на основании посылок (исходные суждения называются посылками, новое суждение — выводом). Вывод, полученный путем силлогистического рассуждения, счита­ется достоверным, если все посылки истинны и верна его форма. Благодаря силлогизмам и другим логическим формам мышление становится доказательным, убедительным, непротиворечивым. Ка­чество посылок является особой заботой составителей методики.

Силпогиш — это дедуктивное умозаключение, в котором из ка­тегорических суждений-посылок, связанных общим термином, по­лучается третье вывод.

Существуют разные формы стимульного материала, сопро­вождаемые различными инструкциями испытуемым. Например, в одном случае в конкретных заданиях вывод уже сформулирован, а от испытуемого требуется оценить его правильность, т.е. соот­ветствие посылкам, а в другом случае сам испытуемый находит правильное решение, опираясь на строгие логические правила и системы отношений, и вписывает ответ на подготовленное место. Обычно в инструкции специально оговаривается необходимость руководствоваться только логикой и никакими иными соображе­ниями. Иногда в стимульиый материал специально вводятся некор­ректные посылки для того, чтобы отследить реакцию испытуемого (в частности, его критичность) при столкновении с логически не­разрешимой задачей.

Образцы стимульного материала:

***У каждого государства есть флаг.***

***Замбия -- государство.***

***Следовательно, у Замбии есть флаг.***

***Медь электропроводна.***

***Медь* — *металл.***

***Следовательно, все металлы электропроводны.***

Как обнаружил еще Н.М. Бехтерев 11991 ], при исследовании по данной методике здоровые лица демонстрируют следующие тенденции:

1) производят оценку посылок в соответствии с содержанием данных в них понятий или в соответствии с фактами, несмотря на предупреждение нс обращать внимание на содержание (логи­чески вытекающий из посылок вывод может нс соответствовать бы- тоным представлениям и опыту человека); введение таких оценок обнаруживает зависимость от уровня образования;

2) многие из испытуемых не обращают внимания на объем понятий, указываемых в посылках слонами «нее» и «некоторые», и точно так же не соотносят объем вывода с объемом посылок.

Л.Р. Лурия использовал силлогизмы, строившиеся из посылок, в которых испытуемые имели собственный практический опыт, пе­реносимый в новые условия. В другом случае силлогизмы опериро­вали материалом, в котором испытуемые не имели личного опыта, и операции вывода из силлогизма должны были носить чисто тео­ретический характер |Лурия, 19741. Анализ допускаемых ошибок позволил ему сделать выводы, которые могут представлять общую ценность в интерпретации результатов по методике.

Л.Р. Лурия считал, что есть три причины, существенно огра­ничивающие возможности теоретического, вербально-логического мышления при решении силлогизмов.

Первая заключается в недоверии к исходной посылке, если она нс воспроизводит наглядный личный опыт, в отказе принять ее и исходить из нее как из реального основания для дальнейших рас­суждений. Часто испытуемые вообще игнорируют посылку. Про­должая рассуждать только на основании непосредственного опыта, они не высказывают суждения вне этого опыта, ссылаясь на то, что они «там нс были», что они «нс видели» фактов, о которых идет речь, что они могли бы сказать, «если бы увидели» или «если бы знали». Процесс вербально-логического рассуждения подменяется здесь процессом воспоминаний о наглядно полученных впечатле­ниях.

Вторая причина, ограничивающая процесс вывода из силло­гизма путем вербально-логического рассуждения, кроется в том, что посылки силлогизма нс имеют для испытуемых всеобщего характера, воспринимаются, скорее, как частные сообщения, вос­производящие какое-то явление. От посылок, лишенных характера всеобщности, поступает, естественно, лишь частная информация, которая нс создает твердой логической системы и нс даст осно­ваний для логических выводов. Поэтому, даже хорошо запомнив посылку, испытуемые продолжают строить независимые от нее до­гадки или обращаются к личному опыту.

Третья причина, ограничивающая возможность теоретического вывода, вытекающая из предшествующей, заключается в том, что предъявленный силлогизм легко распадается на три независимых, изолированных частных положения, не образующих единую логи­ческую систему и не дающих поэтому основания для того, чтобы мысль двигалась внутри этой системы. Выслушав силлогизм, ис­пытуемые фактически не получают ничего, кроме трех изолиро­ванных предложений, заставляющих обращаться либо к догадке, либо к своему непосредственному конкретному опыту.

Сходный подход был реализован и в одной из работ Т.В. Чер­ниговской и ВЛ. Деглина |1986|, где использовались варианты силлогистических задач, различающихся степенью абстрактности (например, по мнению авторов, силлогизм иод номером 10 отли­чается относительной абстрактностью, а силлогизм под номером 1 для своего решения может спровоцировать привлечение жизнен­ного опыта).

Образцы силлогизмов:

**1. *Во всех реках*, *где ставят сети, водится рыба.***

***На реке Нева ставят сети.***

***Водится в Неве рыба или пет*?**

**10. *Все млекопитающие кормят своих детей молоком.***

***Кенгуру* — *млекопитающее.***

***Кормит кенгуру своих детей молоком или нет* ?**

Задания сопровождались просьбой к испытуемому дать дополни­тельные объяснения сделанному решению, что, в свою очередь, спо­собствовало оценке ответа как теоретического или эмпирического.

В.И. Гинсцинский 119971 приводит одну из классификаций ошибок, допускаемых при решении силлогизмов в рамках обыч­ного мышления:

*Ошибки в посылках, в основаниях доказательства:*

а) ложное основание доказываемый тезис пытаются вывести из ложных посылок;

б) предвосхищение основания — доказываемый тезис пыта­ются вынести из таких посылок, которые, может быть, и не ложны, но еще сами нуждаются в том, чтобы доказать их истинность;

в) порочный круг — тезис выводят из посылок, а посылки, в свою очередь, выводятся из тезиса, так что получается круг, ко­торый нс доказывает ни тезиса, ни посылок.

*Ошибки в отношении тезиса, мысли, которые следует доказать:*

а) подмена тезиса — начав доказывать один тезис, через неко­торое время в ходе того же доказательства начинают доказывать уже другой тезис, сходный с начальным только внешне;

б) чрезмерное доказательство из данных посылок следует нс только доказываемый тезис, но и какое-нибудь ложное поло­жение.

***Ошибки в аргументации*:**

**а) тезис нс следует из посылок — в подтверждение тезиса вы­ставляются аргументы, сами по себе верные, но не являющиеся до­статочным основанием для тезиса;**

**б) аргументация к тому, кто выдвинул тезис (argumentum ad hominem) — вместо обоснования истинности или ложности тезиса с помощью объективных аргументов пытаются все свести к поло­жительной или отрицательной характеристике личности человека, утверждение которого поддерживается или оспаривается;**

**в) аргументация к тем, кто слушает (argumentum ad publicum) — вместо обоснования истинности или ложности выдвинутого тезиса с помощью объективных аргументов пытаются все свести к воздей­ствию на чувства людей и тем самым нс дать им возможность со­ставить объективное мнение о предмете, подлежащем обсуждению;**

**г) поспешное обобщение — свойство, обнаруженное только у части предметов данного класса, переносят на все предметы этого класса;**

**д) смешение причинной связи с простой последовательностью во времени («после этого значит по причине этого»).**

Методика «Количественные отношения»

[Практикум..., 2003]

**Эта методика близка методике «Понимание силлогизмов» и на­правлена на оценку способности к логическим умозаключающим операциям, построенным на хорошо усвоенных всеми людьми ко­личественных связях.**

**Стимульный материал представляет собой предложенный на бланке набор из 18 задач, в которых на основании двух посылок (числовых отношений) нужно сделать умозаключение о том, какое число больше. Задачи решаются только в уме, а время работы с ме­тодикой фиксируется (иногда ограничивается 10 минутами).**

**Образец стимульного материала:**

***А больше Б в 3 раза***

***Б больше В в 2 раза***

А **[подставляется необходимый знак]** Б

Выделение закономерностей (числовые ряды)

**[Рогов, 1999]**

**Решение мыслительной проблемы выделения закономерностей может быть осуществлено с помощью разных методик, среди ко­торых одной из наиболее распространенных является методика «Числовые ряды». Например, аналогичный субтсст был включен**

**в тест структуры интеллекта (TSI) немецкого психолога Рудольфа Лмтхауэра (1820-1989).**

**Методика предназначена для определения уровня развития математических способностей, аналитической составляющей ин­дуктивного мышления в условиях ограниченного времени, спо­собности теоретизировать, находить причинно-следственные связи между явлениями.**

**Стимульный материал — числовые ряды, упорядоченные по какой-то усложняющейся закономерности (организованные с помощью повторяющихся или чередующихся математических действий). От испытуемого требуется выявить эту закономерность в каждом ряду и закончить ряд одним-двумя числами, либо, в не­которых вариантах методик, — заполнить пробелы между числами.**

**Примеры стимульного материала:**

1. 3 5 7

9 11 15 .39 71

7 21 18 6 18 15 5

**Время работы с методикой может фиксироваться или ограничи­ваться.**

**Следует обращать внимание на то, способен ли испытуемый гибко менять способ поиска закономерности, либо шаблонно при­держивается алгоритма, выработанного для первых простых рядов.**

Выделение закономерностей

(методика Б.И. Пинского)

[Блейхер, Крук, Боков, 2002; Богданова, Гиппенрейтер,  
Григоренко, 2002]

**Методика предназначена для оценки умения выделять законо­мерности и реализовывать эти умения в конструктивном праксисс. Вейлу свой наглядности и компактности особенно пригодна для ис­следования умственно отсталых. Она состоит из трех эксперимен­тальных заданий возрастающей сложности, включающих расклады­вание в определенном порядке набора красных (К) или черных (Ч) и белых брусков (В) (прямоугольников) одинаковой величины.**

**Обследуемому предлагают удлинить выложенный эксперимен­татором «заборчик»:**

1. **задание КВ КВ КВ;**
2. **задание КВВ КББ КВВ;**
3. **задание - КВ КВВ КВВВ.**

При анализе выполнения задания обращается внимание, пред­шествует ли началу деятельности уяснение принципа задания, на­сколько стереотипен избранный обследуемым модус деятельности, как влияют на эту деятельность случайные побуждения (например, меняет ли он найденный принцип, если кончились бруски одного цвета). Существенное значение имеет обнаруживаемая при ис­следовании тенденция переносить в готовом, неизмененном виде прошлый опыт на решаемую в настоящий момент задачу.

Понимание сюжетной картины

**[Бернштейн, 1921; Блейхер, 1983; Блейхер, Крук, Боков, 1996;**

**Вассерман, Меерсон, Дорофеева, 1997; Лурия, 2000;**

**Практикум по..., 2002; Белопольская (соет.), 2005; Семаго, 2005;**

**Тонконогий, Пуанте, 2007]**

.'Задание направлено на исследование интеллектуального уровня, возможности осмысления изображения, оценку уровня сформи­рованное™ рсчемыслитсльной деятельности, во многом обуслов­ленной работой лобной коры, особенностей зрительного воспри­ятия, в частности, способности к симультанному синтезу, а также понимания подтекста изображения. В некоторых случаях при со­ответствующем содержании картинок и для изучения эмоцио­нального отношения к нравственным нормам [см.: Диагностика..., 20021**.**

В качестве стимульного материала могут использоваться раз­личные картинки, различающиеся сюжетной сложностью, степенью реалистичности и рассчитанные на разные возрастные группы - начиная от репродукций известных живописных произведений и заканчивая специально подготовленными, стилизованными для детей изображениями, включающими, в частности, юмористи­ческие или назидательные компоненты. Возможно и применение картинок, отличающихся сочетанием глубокого эмоционального подтекста и сюжетной незавершенностью, что привносит в работу элементы проекционное™. Наряду с относительно простыми кар­тинами, наглядно изображающими все детали соответствующего события, целесообразно привлекать картины, в которых общий смысл может быть понят только из сопоставления ряда деталей и с помощью ряда заключений, которые испытуемый должен сде­лать.

На рис. 2.19 приведен пример сюжетной картинки.

Испытуемому предъявляют несколько сюжетных картинок с просьбой их интерпретировать или составить короткий рассказ об увиденном.



Рис. 2.19. Сюжетная картинка {«Не В2яли на рыбалку» К. Успенская-Кологривова, 1955)

Но ходу работы с испытуемым отслеживаются признаки им­пульсивности в поведении, а также задаются наводящие вопросы, позволяющие уточить глубину осознания происходящего, критич­ность к себе и степень сохранности вербального фактора (умение сформулировать реально замеченное).

Описывая картину, обследуемый не только обнаруживает пони­мание ее сюжета, но и демонстрирует запас знаний и особенности речи (степень развернутости и связанности высказываний, на­личие аграмматизмов), свое отношение к изображенным событиям. При обследовании ребенка учитывается, насколько он способен к разворачиванию собственной речевой активности или же его речь носит репродуктивную форму, т.е. выстраивается как ответы на вопросы экспериментатора [Семенович, 20021, присутствуют ли в рассказе элементы фантазирования и домысливания.

.Затруднения понимания сюжетных картин обнаруживаются при состояниях, характеризующихся интеллектуальной недоста­точностью, тогда же может регистрироваться бедность словарного запаса. При симультанной агнозии у больных возникают затруд­нения, заключающиеся в невозможности охватить всю ситуацию и произнести зрительный синтез, а при поражениях лобных от­делов головного мозга оценка картины производится без ориенти­ровочной фазы в сюжете, в эмоциональном фоне картины, на осно­вании случайно выхваченного из контекста фрагмента и при

**фрагментарности восприятия в целом |Хомская, Батова, 1998|, им­пульсивно.**

**При эпилепсии в интерпретации картин типичны чрезмерная детализация ассоциаций и обстоятельность суждений, медленное понимание смысла картин.**

**Использование юмористических рисунков позволяет судить о некоторых личностных особенностях обследуемого, о понимании им юмора, об умении откликнуться на шутку, о тенденции соот­нести ситуацию юмористического рисунка со своим жизненным опытом [Блсйхср, Крук, Боков, 1996].**

**Для детей понимание простых сюжстшлх картин возможно уже с трех лет. Ребенок правильно называет изображенное на картинке, с чстЕлрсх лет хорошо ориентируется во временах года, с пяти лет возможна группировка картинок по сюжетам.**

**Работа с данной методикой предполагает учет сохранности пер­цептивных процессов.**

**Для оценки перцептивных функций стимульный материал предъявляется испытуемому на короткое время (неограниченная экспозиция целесообразна именно для исследования мышления). При наличии расстройств зрительного гнозиса отдельные детали картинок улавливаются верно, но целостного представления о сю­жете не складывается из-за того, что целый ряд значимых для пони­мания сюжета фрагментов за отведенное время нс воспринимается и нс осмысливается. В результате составленный рассказ оказыва­ется неадекватным изображению нс из-за расстройств мышления, а из-за дефектности его исходных предпосылок.**

Установление последовательности событий

**[Блейхер, Крук, 1986; Рубинштейн, 1998; Гуткина, 2000; Семаго, 2005;**

**Сборник..., 2006]**

**Методика предназначена для оценки критичности, выявления сообразительности, умения понимать связь событий (причин­но-следственную и пространственно-временную) и строить по­следовательные умозаключения, сравнивать различные данные в их отношениях друг к другу, оценивать предсказательную функцию, а также для анализа речевого развития ребенка. Предло­жена А.Н. Бернштейном [19211.**

**/(ля проведения опыта используются серии сюжетных кар­тинок, различающиеся по сложности (3-8 картин в одной серии), на которых изображены этапы какого-либо события. Существуют комплекты (цветные и монохромные), предназначенные для об­следования детей и взрослых. Стимульным материалом могут**

**стать и изображения из субтестов таких методик, как шкала ум­ственного развития Вине — Симона, Векслера и Мейли. Для ана­логичных целей часто используются юмористические рисунки дат­ского художника X. Ьидструна, рисованные рассказы Н.Э. Радлова и В.Г. Сутеева для детей. Однако наличие в подобных рисунках (или в карикатурных изображениях) компонентов юмора может смещать направленность исследования в сферу доступности пони­мания комичности ситуации.**

**На рис. 2.20 и 2.21 приведены образцы разных вариантов после­довательных картинок.**

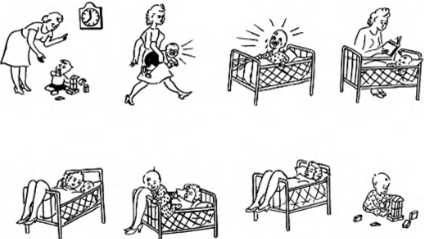


Рис. 2.20. Последовательные картинки (X. Бидструп)



Рис. 2.21. Последовательные картинки (Н.Э. Радлов)

Испытуемому предлагается разложить беспорядочно распо­ложенные картинки так, чтобы по ним можно было составить связный рассказ. Необходимо выделить существенные детали и их изменение на разных картинках для оценки смысловой линии сю­жета. Иногда для полученного ряда предлагается подобрать и на­звание.

11оследоватслыюсть картинок записывается. Существуют серии, в которых возможен лишь один вариант правильного разложения, и серии, в отношении которых возможны вариации последова­тельности. При необходимости испытуемому могут быть заданы вопросы, цель которых — помочь ему обнаружить противоречия в рассуждениях. При обследовании детей частью процедуры может оказаться дозированная помощь с последующим контролем того, насколько эффективно возможен «перенос» усвоенного способа рассуждений на новую ситуацию.

При объяснении больным хода своих рассуждений необходимо выяснить, что служило основным критерием для сопоставления этих рисунков во времени: выделил ли больной общие для всех рисунков серии элементы, как улавливались им изменения, отли­чающие один рисунок от другого.

Считается, что испытуемый нс справился с заданием, если: 1) не смог найти последовательность событий и отказался от рас­сказа; 2) по найденной им самим последовательности картинок составил нелогичный рассказ;3) составленная испытуемым после­довательность не соответствует рассказу (за исключением тех слу­чаен, когда ребенок после наводящего вопроса взрослого меняет по­следовательность и соответствующий рассказ); 4) каждая картинка описывается отдельно, сама по себе, вне связи с остальными в ре­зультате рассказа нс получается; 5) на каждом рисунке просто пере­числяются отдельные предметы.

Недостаточный уровень процессов обобщения и отвлечения осо­бенно явственно обнаруживается при органических поражениях го­ловного мозга с преимущественной локализацией в лобных отделах |Лурия, 2000; Голдберг, 2003], когда больные описывают отдельно каждый рисунок, но сопоставить их не могут и приходят к со­вершенно нелепым выводам о развивающемся на этих картинках событии. Причем для такого рода больных с лобным синдромом характерна абсолютная некритичность мышления, их ошибочные рассуждения коррекции недоступны |Нлсйхср, 1983].

В некоторых сериях могут содержаться картинки, нс соответ­ствующие сюжетной линии рассказа, они либо включают противо­речащие ему детали, либо в них игнорируются некоторые основные признаки, играющие важную роль в развитии сюжета | Влсйхер, Худик, 1982; Худик, 19921. Однако и по стилю, и но основным персонажам они существенно не отличаются от других картинок. Вольные с нарушениями критичности мышления нс могут выде­лить картинки-артефакты. Они пытаются привнести их в составля­емый рассказ, становящийся от этого бессмысленным.

Интеллектуальное недоразвитие, затрудненность осмысления, свойственные умственно отсталым и больным с органическими за­болеваниями мозга, проявляются в том, что больные, справляясь с легкими сериями картинок, не могут ориентироваться в более трудных.

Отчетливо диагностируются с помощью данной методики не­которые формы инертности психических процессов больных: раз­ложив в первый раз картинки неправильно, они после сделанного замечания в дальнейшем несколько раз подряд повторяют ту же ошибочную версию последовательности. Такая «склонность к за­стреваниям» наблюдается при некоторых органических заболева­ниях мозга в детском, а также в старческом возрасте.

Возможны варианты поведения, при которых составленный рассказ очевидно не соответствует содержанию или порядку раз­ложенных рисунков, а попытки экспериментатора обратить вни­мание на это никак испытуемым в расчет нс принимаются. Таким образом, выявляется нскритичность мышления (при глубоком сла­боумии, паралитических синдромах и др.).

Некоторые больные нс в состоянии установить последователь­ность событий по пяти или шести картинкам, так как нс могут ох­ватить столь значительный объем данных. Нели ту же серию сокра­тить, т.е. ограничить задачу этапами (первой, средней и последней картинкой), они успешно справляются с заданием. Такое сужение объема доступных для рассмотрения данных наблюдается при со­судистых и иных астениях органического гснсза.

При исследовании детей возможно проведение методики с уже заданной экспериментатором последовательностью картинок, по которым испытуемый также должен составить рассказ, избегая необдуманных догадок [Полонская, 2007].

Понимание рассказа

(понимание прочитанного текста, понимание скрытого смысла)

**[Бернштейн, 1921; Альманах..., 1995; Лурия, 2000; Семаго, 2005]**

Методика предназначена для исследования степени осмысления сюжета рассказа, состояния памяти обследуемого; при исследо­вании детей оцениваются возможность построения ребенком раз- нсрнутою высказывания, характеристики связной речи ребенка, принятие им помощи.

Для исследования применяются специально подобранные разной степени сложности (в том числе в синтаксическом отно­шении) небольшие рассказы, чаще всего поучительного характера, притчи, имеющие не только очевидный сюжет, но и подтекст.

Н зависимости от задач исследования рассказ или зачитыва­ется экспериментатором, или чтение осуществляется испытуемым, после чего его просят рассказ пересказать.

Существенное значение имеет следующее: насколько доступен обследуемому скрытый смысл рассказа, понимает ли он основную мысль, связывает ли он его с окружающей действительностью, до­ступна ли ему юмористическая или скрытая сторона рассказа, улав­ливаются ли эмоциональные состояния героев. При исследовании детей целесообразно для каждого рассказа заранее подготовить не­сколько наводящих вопросов, позволяющих, с одной стороны, под­сказать ребенку нужное направление поиска смысла, а с другой уточнить его способность в дальнейшем пользоваться найденной тактикой мышления.

Среди диагностических индикаторов расстройств рецептивной (понимающей) речи |Психические..., 1998] должны учитываться следующие недостатки в понимании читаемого:

* неспособность вспомнить факты из прочитанного;
* неспособность сделать заключение или выводы из сущности прочитанного;
* для ответов па вопросы о прочитанной истории используются скорее общие знания, чем информация из конкретного рассказа. 11ониманис скрытого, переносного смысла рассказа часто бывает

затруднено при интеллектуальной недостаточности, хотя пересказ при этом очень близок к заданному тексту.

При использовании поучительных рассказов легко выявляются резонерские особенности мышления.

Приведем пример рассказа для детей.

*Муравей* и *голубка (Л.Н.* *Толстой)*

***Муравей спустился к ручью: захотел напиться. Полна захлестнула его и чуть не потопила. Голубка несла ветку, она увидела -- муравей тонет, и бросила ему ветку в ручей. Муравей сел на ветку и спасся. Потом охотник расставил сеть на голубку и хотел захлопнуть. Муравей под­полз к охотнику и укусил его за ногу, охотник охнул и уронил сеть. Го­лубка вспорхнула и улетела.***

**Говоря о специфике понимания скрытого смысла коротких рас­сказов детьми, воспитывающимися в различных социокультурных условиях, Н.Я. и М.М. Семаго 120051 отмечают следующее. Детям, воспитывающимся вне семьи (в дошкольных, а впоследствии в школьных образовательных учреждениях интернатного типа), подобные рассказы часто оказываются недоступными в связи с их «исключснностью» из реальной социальной жизни. Эти условия существования формируют у них обычно ответы эгоцентрической и конкретной трактовки. Дети с искаженным развитием вне зави­симости от уровня своего интеллектуального развития редко спо­собны понимать скрытый смысл и подтекст рассказов, в том числе юмористических. Необходимость большого объема помощи, труд­ности переноса на последующий материал логики рассуждений или даже полная недоступность понимания простых рассказов детьми старше 8-8,5-лстнсго возраста будут свидетельствовать о проблемах собственно интеллектуального плана.**

Недостающие предметы (недостающие детали)

(Методика предложена Г.И. Россолимо [1917])  
[Белопольская, 2003; Собчик, 2003]

**Данная методика может проводиться в разных вариантах. Наи­более широко она известна как один из невербальных субтсстов шкалы интеллекта Д. Векслера |Филимонснко, Тимофеев, 2002]. Кроме того, существуют и другие варианты стимул ьного материала, предназначенного избирательно для оценки функции восприятия | Вассерман, Мссрсон, Дорофеева, 1997; Немов, 20011.**

**Испытуемому предлагается серия рисунков, на каждом из ко­торых либо не хватает какой-то существенной детали, либо сам образ какого-то объекта нс полон. Испытуемый получает за­дание как можно быстрее определить (самостоятельно или с по­мощью экспериментатора) и назвать отсутствующую деталь, либо, во втором случае, назвать сам предмет, изображенный на картинке. Иногда стимульный материал предполагает наличие нескольких изображений одного и того же предмета, но в каждом очередном случае степень полноценности изображения прирастает.**

**В других случаях отсутствие заметной, но весьма важной но смыслу детали вносит в изображение элемент несообразности. Испытуемый может не знать точной) названия недостающей части изображения или отсутствующего предмета, но должен но крайней мере показать, где она (он) должна находиться на рисунке, при опре­деленной ясности (для экспериментатора), что испытуемый имеет в виду действительно необходимую деталь.**



**Исполнение методики требует внимании, тонкой визуальной перцепции (одна из решаемых методикой задач направлена на вы­явление связи сформированное™ восприятия зрительных образов с мыслительными процессами), наблюдательности и способности выявлять существенные признаки.**

**В зависимости от сложности стимульного материала в структуре необходимых психических процессов будет преобладать или ощу­щение незавершенности образа конкретного предмета, способности формировать (достраивать) его, или понимание смысла житейских ситуаций, умение делать связанные с ними умозаключения и пред­ставлять эти заключения в словесной форме.**

**Методика может применяться для диагностики детей с 3-6 лет, а также для испытуемых более старшего возраста с интеллектуальной недостаточностью. «Недостающие предметы» — невербальная мето­дика, поэтому она особенно эффективна для диагностики интеллекта детей с речевыми нарушениями и нарушением слуха.**

**/(ля уточнения количественных характеристик восприятия с по­мощью секундомера может фиксироваться время, затрачиваемое на выполнение всего задания.**

Ассоциативный эксперимент

[Блейхер, 1983; Блейхер, Крук, 1986; Попова, 2011; Крылов, Маничев  
(ред.), 2000]

**Это одна из старейших диагностических процедур, разрабо­танная еще в конце XIX в. Френсисом Гальтоиом, предназначав-**

шаяся для решения двух задач. С одной стороны, ассоциативный эксперимент рассматривается как проективная методика исследо­вания личности, с другой — ее использование может быть уместным и для оценки качественной специфики мышления.

Вольному зачитывают заранее подготовленный ряд слов обычно .‘{0 40 существительных, лишенных какой-либо связи (могут использоваться и глаголы, прилагательные или наречия). При подборе слов желательно ориентироваться на частоту встре­чаемости этих слов, что можно установить но частотному словарю или по словарю ассоциативных норм русского языка. Также це­лесообразно предусматривать слона, отличающиеся уровнем кон­кретности-абстрактности. Дастся инструкция: на каждое услы­шанное слово отвечать любым, пришедшим в голову, и как можно быстрее.

Н протоколе опыта регистрируется время ответной реакции и се содержание. Обращают внимание па лаконичность речевых реакций, соответствие их слову — раздражителю или, наоборот, случайный, нелепый характер, отсутствие связи между словом- раздражителем и словом-ответом. Многословные речевые реакции свидетельствуют о неспособности выполнения инструкции.

Средний латентный период при обследовании здоровых состав­ляет 0,5-1,5 с, по в некоторых случаях наблюдается заметное уве­личение латентного периода при воздействии, что, по-видимому, объясняется нсиндиффсрентностью для обследуемого этого раз­дражителя.

/(ля установления ассоциативных зависимостей между стиму­лами и реакциями необходимо учитывать разные типы словесных реакций.

Одна из таких классификаций была предложена Л.Г. Ива­новым-Смоленским. Он делит все словесные (вербальные) реакции на низшие (примитивные) и высшие.

К низшим, или примитивным, относятся ответы:

1. отказные (не знаю, нечего сказать, слов нет и т.п.);
2. междометные (гм, ну, ой, ай и др.);
3. вопросительные (какой? кто? почему?);
4. эхолаличсскис, буквально воспроизводящие слово-раздра­житель;
5. псрссрвирующие — один и тот же ответ появляется на не­сколько стимулов подряд;

fi) созвучные тождественные или близкие по звучанию слову- раздражителю своими первыми или последними звуками (но­лики — кролики);

**7) экстрасигнальныс — нс имеющие отношения к слову-раздра­жителю, являются реакцией па другие раздражители, поступающие из внешней среды.**

**Высшие словесные реакции:**

1. **индивидуально-конкретные (например, город — Москва, чашка голубая);**
2. **общсконкрстныс (город — деревня, чашка блюдце);**
3. **абстрактнЕчс (город культура, чашка — посуда).**

**Предлагается классификация реакций по логическому и грам­матическому принципам [Практикум..., 20001 (табл. 2.3).**

***Таблица 2.3***

Матрица ассоциативных реакций

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Логическая реакция | | Грамматическая реакция | |
| Стимул | цент- | перифериче- | синтагматичес- | паради гматиче- |
|  | ральная | с кая | кая | ская |
| 1  2  3  4  5  30  Всего, % |  |  |  |  |

**После выполнения ассоциативного эксперимента последова­тельно сравниваются между собой пары стимул-реакция по двум категориям: логические и грамматические реакции. Логические реакции, в свою очередь, делятся на подгруппы центральных и пе­риферических, грамматические - на подгруппы синтагматических и парадигматических.**

1. **Логические cesuu — это связи по смыслу между стимулами. Вели такая связь есть (например, «армия — солдат» или «бо­лезнь смертельная»), то ставится любой опознавательный знак (типа галочки) в графу щептралъпая логическая реакция». Вели же эта связь отсутствует, то [-алочку ставят в графе «периферическая логическая реакция» (например, «армия — танец» или «болезнь — еда»). Увеличение периферических ассоциативных реакций сви­детельствует о плохом знании языка, нарушении динамических особенностей: заторможенность, скачкообразность мыслительных процессов и т.п. Для взрослых носителей языка характерно пре­обладание центральных ассоциативных реакций не менее 65% от общего количества предъявленных стимулов.**

2. С точки зрения грамматического критерия также можно вы­делить дна варианта ответных реакций: синтагматические и пара­дигматические.

Под синтагматическим вариантом связи между словом-сти­мулом и словом-реакцией понимается связь между разными грам­матическими категориями, например между существительными и прилагательными или глаголами и наречиями («хороший — по­ступок», «дождь идет»).

Под парадигматическими реакциями испытуемых понимается связь в пределах одной грамматической категории («хороший плохой», «дождь грязь»). Увеличение синтагматических реакций свидетельствует о комплексности мышления, неумении испыту­емого выделять рядоположные объекты и их признаки. Эта ком­плексность мышления, по мнению Л.С. Выготского, составляет спе­цифику детского мышления с его синкретизмом, комплексностью: предмет или признак видятся вместе с дополняющими их аксессу­арами (характерная ассоциативная реакция у детей: «экскаватор копает», «мальчик - дерется», «молоко — белое»), /(ля взрослых носителей русского языка характерно преобладание парадигмати­ческих ассоциативных реакций не менее 70%. Увеличение син­тагматических реакций свидетельствует о недостаточности анали­тических операций, некотором инфантилизме мышления. Иногда это может быть следствием индивидуально-психологических осо­бенностей испытуемого вроде правосторонней асимметрии мозга (тип художника).

На эмоционально значимые слона время реакции может возра­стать иногда в два с лишним раза.

*Контрольные вопросы и задания*

1. Какие характеристики детской психики оцениваются с помощью ме­тодики Керна — Йирасека?
2. Какие особенности мыслительной деятельности Moiyr влиять на ра­боту с методикой «Классификация предметов»?
3. Как категоризируются обоснования выбора испытуемого в методиках «Исключение предметов» и «Исключение понятий»?
4. Какие виды психической недостаточности обнаруживаются при ра­боте с методикой «Сравнение понятий»?

б. Какой стимульный материал используется в методике «Выделение существенных признаков»?

1. Каковы причины ошибок, допускаемых ребенком и взрослым испыту­емым при работе с методикой «Простые вербальные аналогии»?
2. С какого возраста возможно использование методики «Простые вер­бальные аналогии»?
3. При каком психическом заболевании хорошо улавливаются рас­стройства мышления в процессе использования методики «Пони­мание пословиц и метафор»?
4. Какие ошибки мышления регистрируются при работе с методикой «Понимание силлогизмов»?
5. Какой стимульпый материал может использоваться в методиках на выявление закономерностей?
6. Какие психические характеристики становятся предметом исследо­вания при работе с методикой «Понимание сюжетной картины»?
7. Какие ошибки может допускать испытуемый при работе с методикой «Установление последовательности событий»?
8. Каковы психологические предпосылки правильности исполнения ме­тодики «Недостающие предметы (недостающие детали)»?
9. ЭМОЦИИ И ИХ РАССТРОЙСТВА

Понятие эмоции н психологии до сегодняшнего дня является одной из наименее разработанных, что отражается и на много­образии се толкований и определений (Ч. Дарвин, У. Джеймс, К. Ланге, У. Кеннон, Л. Фсстингер, К. Изард, II.К. Анохин, II.В. Си­монов и др ). .'Здесь мы принимаем концепцию, в соответствии с которой эмоции это особая форма непосредственного психиче­ского отражения (в форме переживания) и выражения отношений субъекта к значимым объектам и явлениям внешней и внутренней реальности. Вплетаясь но все остальные психические процессы, эмоции выполняют функции связи между действительностью и потребностями организма и человека. Возникая в результате тех или иных воздействий, эмоции захватывают весь организм и обеспечивают генерализованный стереотипный поведенческий акт, который сам является приспособительным продуктом эво­люции, предназначенным для привлечения в типичных ситуациях, сопровождающихся дефицитом аналитических оценок. С другой стороны, эмоции это и мощный мотиватор поведения, обеспе­чивающий выбор одних его целей и способов их достижения и от­вержения других. Можно предположить, что эмоция это и есть отношение в самом чистом его виде. Особо ярко связь эмоций с мотивацией отражена в общей теории функциональных систем II.К. Анохина [ 19781, который в отрицательных эмоциональных со­стояниях видел основной источник мотивационного возбуждения, а в положительных подкрепляющий фактор удовлетворенной по­требности. Аналогичную роль положительных эмоций подчеркивал и II.В. Симонов |1975].

Целесообразно выделить три феноменологических аспекта, или канала, через которые реализовываются и могут быть изучены эмоции, которые:

1. субъективно переживаются и в значительной степени осо­знаются (это их импрсссивная сторона);
2. сопровождаются многочисленными и разнообразными из­менениями в центральной нервной системе и других системах ор­ганизма (эндокринной, дыхательной, пищеварительной, выдели­тельной и др.);
3. своими внешними проявлениями имеют: типичные изме­нения лица (мимика), выразительные изменения расположения ко­нечностей и тела (пантомимика), голоса (сила, тембр, модуляции) и общего поведения. Это их экспрессивная сторона.

Эмоции характеризуются:

1. временными параметрами:

* быстротой возникновения (реактивностью), которая в значи­тельной степени зависит от пороговой чувствительности и ин­тенсивности имеющейся потребности (силы мотива);
* длительностью, или периодом затухания;
* быстротой перехода из одного состояния в другое (лабильно­стью);

1. силовыми параметрами:

* интенсивностью внешних проявлений (в норме поведение че­ловека определяется законом силы, в соответствии с которым сильные раздражители должны вызывать сильные эмоцио­нальные и поведенческие реакции, и наоборот);
* глубиной интенсивностью внутренних переживаний, может быть, и без очевидных внешних проявлений;
* мобилизирующим эффектом, благодаря которому становится возможным делить эмоции на стсничсскис, повышающие жиз­ненный тонус, и на астенические, снижающие его;

1. качественными параметрами:

* модальностью, качеством самого субъективного переживания, которое может рассматриваться в двух плоскостях — горизон­тальной (спектральном) и вертикальной (в диапазоне от прими­тивных до высших);
* знаком положительным, отрицательным и кратковременно нейтральным, индифферентным, связанным с ориентацией субъ­екта в ситуации (необходимо различать субъективную окраску эмоции и оценку ее знака как полезности со стороны общества);
* обобщенностью — вербальным определением субъективного от­ношения через широкие категории типа «плохой» «хороший», «нравится» — «нс правится» и т.п., обычно без объяснения причин почему;
* предметностью — увязанностью с конкретными объектами и яв­лениями;
* когнитивной нагрузкой благодаря способности отражать отно­шения и закрепляться в памяти и опыте.

Классификация эмоциональных явлений

Попытки создания простой линейной классификаций собственно человеческих эмоциональных явлений наталкиваются па многочис­ленные объективные трудности, важнейшие из которых сложные отношения эмоций с порождающим их предметным содержанием, феноменологическая полимодальность, способность эмоций к сли­янию и образованию многочисленных, порой противоречивых со­четаний, многомерность, большой перечень независимых или пе­рекрывающихся оснований для классификации (по генетическому происхождению, но уровню, знаку, условиям возникновения, вы­полняемым функциям, направленности, «пормальности»-натологич- ности и т.д.). В результате одна и га же эмоция в разных классифи­кационных схемах будет занимать разную позицию.

Чаще всего пользуются классификацией, построенной по эмпи­рическому принципу (т.е. нс имеющей четких и однородных осно­ваний для систематизации), которая предусматривает наличие на­строений, чувств, аффектов и страстей.

Онто- и филогенез эмоций проходит те же этапы, что и остальные психические функции, свойственные человеку, от элементарных до высших форм. Наиболее древняя по происхождению, про­стейшая и наиболее распространенная среди живых существ форма эмоциональных переживаний это континуум между чувствами неудовлетворения и удовлетворения, возникающими в процессе формирования дефицита или избыточности со стороны каких-то факторов внутренней среды, поисковой активности или реали­зации органических потребностей. Подобный слой переживаний у человека наиболее точно описывается категорией самочувствия (протопатичсским чувством по М.И. Лствацатурову |1939|), ко­торое основывается на ощущениях, исходящих от внутренних ор­ганов, в основном отражаемых такими мозговыми структурами, как таламус и гипоталамус |Тхостов, 19901. Будучи связанными с органическими потребностями и с поддержан нем гомеостаза, они могут быть дополнены эмоциями, порожденными инстинктивными механизмами: половым инстинктом, инстинктом самосохранения, сохранения рода и т.п.

Настроение

Настроение — эмоциональное состояние, во многом произ­водное от соматического и функционального статуса организма, самочувствия, что соответствует общему беспредметному (и часто субъективно беспричинному) эмоциональному фону, который устойчив на протяжении длительного времени и накладывает от­печаток на протекание всех остальных психических процессов (восприятия, мышления и др.). Современные данные указывают на жесткую зависимость настроений от биохимического состава внутренней среды мозга.

Настроение, как состояние, по временному параметру может быть противопоставлено относительно кратковременным эмоцио­нальным реакциям - гнева, радости, тоски, страха, выступающим в форме отклика (быстрого и неглубокого переключения в си­стемах отношений человека к рутинным изменениям ситуаций обы­денной жизни), вспышке или эмоциональному взрыву (аффекту) (Смирнов, Трохачсв, 197-i |.

По другому вектору - источнику своего происхождения — на­строение может быть противопоставлено эмоциональному топу ощущений от объектов, явлений и качеств внешней среды (вкуса, запаха, цвета и т.и.), которые непосредственно полезны или вредны для живой системы в контексте существования у нес недифферен­цированной или конкретной потребности. Это низший уровень врожденного (безусловно-рефлекторного) эмоционального реаги­рования, выполняющего функцию биологической оценки воздей­ствующих на организм человека и животных раздражителей через возникновение переживаний удовольствия или неудовольствия. Эдесь вектор эмоциональной детерминированности направлен вовне и выполняет иную роль — указывает на приоритеты дости­жения одних объектов по сравнению с другими. Эмоциональный тон ощущений является следствием уже протекающего психофи­зиологического процесса (ощущения). Поэтому для возникновения эмоционального тона ощущений необходим физический контакт с раздражителем | Ильин, 2002].

Чувства и эмоции

Чувства — одна из наиболее противоречивых категорий в психо­логии эмоций, имеющая, по крайней мерс, два способа толкования: расширительный и узкий. Проблема здесь заключается в установ­лении между этими понятиями родо-видовых отношений.

При расширительном подходе чувства рассматриваются как синоним эмоций, а порой и как понятие более высокого уровня обобщенности, чем эмоция (эмоция предстает как частный случай чувства, чувства заключают в себе эмоцию). Разделение чувств здесь производится в соответствии с тремя иерархически органи­зованными уровнями их осознания.

1. Плохо осознаваемые чувства, возникающие на почве органи­ческих, физиологических потребностей человека (см. выше).
2. 11редметныс чувства (собственно эмоции), имеющие средний уровень осознания. Это устойчивые эмоциональные переживания по отношению к ряду аспектов внешней природной и социальной среды, которые и составляют основную часть внешне выражаемых эмоций (радости, удивления, возмущения, любви, сомнения, тре­воги и т.п.).
3. Обобщенные (высшие) чувства (собственно чувства) отра­жают созревшие мировоззренческие позиции человека, духовные ценности и идеалы, тесно связаны с мышлением и социальными влияниям (чувства возвышенного, трагического, комического, иронии, юмора и т.д.) |Рубинштейн, 2000]. По-видимому, сюда же могут быть отнесены моральные, интеллектуальные и эстетические чувства. Все они — сложные и поздние явления, развивающиеся на базе сознания и оказывающие контролирующее и тормозящее влияние на эмоции более низких уровней.

Важнейшим составным компонентом чувства, по крайней мерс, на последних двух уровнях, выступает присутствие в них отчетли­вого отношения к тому объекту или явлению, которое вызвало это чувство.

При узком толковании чувства прямо противопоставляются эмоциям, либо как это сделано в пункте 3 (дифференцирующим фактором является наличие в чувствах выраженного когнитив­ного компонента), либо исходя из интенсивности, направленности и других характеристик переживаний (эмоции слабо проявляются во внешнем поведении, чувства, напротив, весьма заметны, эмоции ситуативны, чувства устойчивы |Лсонтьсв, 2002; Ильин, 20131. К эмоциям причисляются лишь сильные переживания, дезорга­низующие текущую деятельность |Фрссс, 1975; Линдсли, 1960|; чувства отличаются сложностью, эмоции относительной про­стотой |Крутецкий, 1980). В других случаях, без отчетливого ука­зания на обоснования, чувства просто рассматриваются как частное проявление эмоций, либо критерием их выделения становится факт их возникновения на базе социальных и духовных потребностей |Симонов, 1981). К.II. Ильин (2013) вообще считает, что чувство эмоцией не является.

Ситуацию с определением чувств еще более запутывает то об­стоятельство, что в бытовом и психофизиологическом контекстах данное понятие часто используется для обозначения анализаторных систем и их сенсорных функций («органы чувств», «способность ощущать, чувствовать»).

Особую позицию в отношении классификаций эмоций зани­мает Кэр рол Э. Изард [Изард, 1999), который предлагает выделять несколько так называемых базовых, дискретных или фундамен­тальных эмоций, отвечающих следующим критериям:

1. имеют отчетливые и специфические нервные субстраты;
2. проявляют себя при помощи выразительной и специфи­ческой конфигурации мышечных движений лица (мимики);
3. влекут за собой отчетливое и специфическое переживание, которое осознается человеком;

А) возникли в результате эволюционно-биологических про­цессов;

5) оказывают организующее и мотивирующее влияние на чело­века, служат его адаптации.

Перечень таких десяти базовых эмоций включает: интерес (воз­буждение), радость (удовольствие), удивление (изумление), стра­дание (печаль), гнев, отвращение, презрение, страх, а также с неко­торыми оговорками стыд и смущение.

Из различных конфигураций фундаментальных эмоций, но мнению автора, возникают все остальные, более сложные эмоциональные состояния. Например, любовь как переживание (а нс как отношение) трактуется как сочетание эмоций интереса возбуждения и удовольствия радости. При всей внешней при­влекательности такого выведения, концепция К. Изарда грешит существенным механицизмом, поскольку эмоции более высокого уровня представляют собой психические феномены, отличающиеся от более «низких» качественно, а не своим составом.

Аффекты

Аффекты — это сильные, внезапные, бурно протекающие и от­носительно кратковременные эмоциональные состояния, сопрово­ждающиеся резко выраженными двигательными и соматовсгста- тивными проявлениями (ярость, ужас, восторг, отчаяние). Аффект можно рассматривать как защитную реакцию организма человека в ответ на воздействия как биологически значимых факторов, угро­жающих физическому благополучию и жизни, так и факторов со­циальных, психотравмирующих, угрожающих самооценке или со­циальному статусу (например, в ситуации публичного оскорбления или унижения).

Отличительной особенностью аффектов является то, что они возникают в ответ на уже фактически наступившее событие при не­способности субъекта найти быстрое и разумное его разрешение. Подобные обстоятельства приводят к навязыванию субъекту сте­реотипных, закрепившихся в эволюции (и потому плохо контро­лируемых, внешне бессмысленных и даже вредных) «аварийных», но по-своему адаптивных действий типа бегства, оцепенения, аг­рессии и т.н. |Леонтьев, Судаков, 1978]. Это физиологические аф­фекты.

Ксли интенсивность переживаний достигает такой степени, ко­торая полностью блокирует произвольное управление поведением и его контроль, что обычно сопровождается и изменениями со сто­роны сознания, то в подобных случаях говорят о патологическом аффекте (см. ниже).

Следует иметь в виду, что в отношении категории чувств, тер­мина «аффект» и производной от него «эффективность» в раз­личных литературных источниках возможны разночтения, ко­торые, прежде всего, касаются широкого использования понятия «аффект» в качестве синонима «эмоций» и «чувств». В какой-то мерс подобная тенденция объясняется исторически сложившимся (еще с времен Л.С. Выготского и включая перевод номенклатуры МКЬ-10) заимствованием слона «affect» из западных работ, где оно обычно обозначает эмоцию в широком се понимании (лат. affectus — переживание, душенное волнение).

Страсть

Страсть — сложное, встречающееся только у человека эмоцио­нальное состояние, отличающееся продолжительностью, значи­тельной степенью выраженности, напряженностью, глубиной, ох­ватом всей личности и направленностью на единую цель, предмет или вид деятельности («хронический аффект» но В.II. Осипову 119'511). Страсть может сочетаться с нарушениями мышления (сверхценными идеями) и мотивационно-волевого регулирования (односторонней направленностью влечений).

Психофизиологическую основу эмоций составляют весьма сложные нейрохимические и нейрогормональные процессы в целом ряде подкорковых и корковых систем мозга — в гипоталамусе, та­ламусе, ретикулярной формации, миндалевидном теле, своде мозга, лобной и височной коре и др. |Хомская, Патова, 1998; Тонконогий, Пуанте, 20071. Пиологически активные химические вещества, по­средством которых осуществляются эти (и иные) процессы, назы­ваются нейромедиаторами (их около .80). Изменение баланса этих нещсстн в организме может приводить к затруднениям или облег­чению в возникновении определенных эмоциональных состояний.

Очевидно, что другим источником модуляций и изменения знака эмоций является внешняя среда и особенно се социально­психологический компонент, сопоставляемый с системой потреб­ностей и ценностных ориентаций индивида на разных этапах его развития.

функции **эмоций**

Анализ эмоциональных феноменов показывает, что ими осу­ществляется довольно большой перечень взаимосвязанных и вза­имозависимых функций (более двадцати), важнейшие из которых перечислены ниже:

1. Отражательная функция. Все психические процессы в той или иной мерс являются процессами отражения, и эмоции в этом отношении не составляют исключения. Специфика этой функции здесь выражается в том, что:

* эмоции отражают субъективное отношение человека к зна­чимым объектам и явлениям внешней и внутренней реальности;
* в эмоциональной сфере отражения выделяется система эмоций, презентирующих субъекту сами потребности и удовлетво­ряющие их объекты, и другая система, общая для всех потреб­ностей, помогающая субъекту в достижении этих объектов | Ви- люнас, 198^1;
* эмоциональные переживания, как слсдустсщс из работ В. Вундта, выступают синтезирующей основой образа, обеспечивающей возможность целостного и структурированного отражения мо­заичного разнообразия фактически действующих раздражений | Вилюнас, 19841;
* эмоции отражают изменения, имеющие характер нарушений в организме [Рсйковский, 1979];
* эмоции непосредственно отражают отношения между моти­вами и реализацией отвечающей этим мотивам деятельности |71сонтьсв, 20021; качество и величину актуальной потребности и вероятность (возможности) ее удовлетворения, которую мозг оценивает на основе генетического и ранее приобретенного ин­дивидуального опыта |Симонов, 19811;
* эмоции предвосхищают результат действия;
* отражают состояние, процесс и результат удовлетворения по­требности;
* отражают строение личности, выявляя се направленность и установки | Рубинштейн, 20001.

Многократное повторение аффективного содержания одной и той же ситуации приводит к постепенному отключению ког­нитивных процессов и, но принципу ассоциации, — к тенденции воспроизводства эмоциональных реакций как привычных или ав­томатизированных в случаях, если индивид попадает во внешне сходные условия. При этом причины возникшего состояния могут не осознаваться.

1. Оценочная функция позволяет обобщенно, через знак, опре­делить полезность и вредность факторов, воздействующих на че­ловека. Нго эмоциональные оценочные способности формируются на основе инстинктивных, врожденных механизмов, опыта его ин­дивидуальных переживаний, в результате эмоциональных сопере­живаний в бытовой сфере, в воображаемых ситуациях и в сфере различных видов искусств. Оценочная эмоциональная реакция возникает независимо от ноли субъекта; он не в состоянии их изме­нить или устранить. Эмоции в деятельности человека выполняют функцию оценки ее хода и результатов.

За крайне редкими исключениями, поведение человека, равно как и большинства животных, построено но принципу избегания не­гативных и получения наибольшего числа положительных эмоций (своеобразная система «наград» и «наказаний»). Эмоциональная оценка становится тем сигналом, посредством которого субъект узнает о потребностной значимости имеющегося фактора. Кроме того, положительные эмоции являются сигналом собственной по­веденческой компетентности.

С учетом того, что любая система ценностей может существовать только на основе сравнения, по мнению II.В. Симонова |1981|, эмоции выступают в роли своеобразной «валюты мозга» — универ­сальной меры ценностей, а не простого эквивалента, функциони­рующего по принципу: вредно неприятно, полезно приятно. Широко известна часто критикуемая информационная концепция эмоций этого ученого, в соответствии с которой для формирования оценочного компонента эмоций необходимыми и достаточными яв­ляются два фактора (их соотношение): потребность и вероятность (возможность) се удовлетворения.

Очевидно, что не только «рациональная», но и эмоциональная оценка формируется как функция индивидуального времени, а это значит, что одно и то же событие разными людьми либо в разные периоды жизни одного человека может расцениваться по-разному. Времен ной аспект эмоциональной оценки имеет и еще одну сто­рону: сама она может производиться в отношении нс только ак­туальных, но и будущих событий, а также событий прошлого, ко- торыс могут и переоцениваться. В инструментальном отношении параметр времени в развертывании эмоциональных реакций в ответ на разные но значимости раздражители (латентный период) может выступать индикатором искренности или наигранности эмоцио­нальных ответов.

Один из векторов «оценочного влияния» эмоций направлен и на мозг, отдельные системы которого в зависимости от знака эмоций приходят в состояние активности или пассивности, в норме избирательно обеспечивая адаптивные формы моторного и обще­поведенческого реагирования. Именно мозг является хранителем эмоциональной памяти, компоненты которой становятся индика­торами оценочного сравнения.

Наблюдения показывают, что вегетативные проявления при по­ложительных и отрицательных эмоциях в большинстве случаев одни и тс же, но положительные эмоции никогда не бывают дли­тельными, быстро дсзактуализируются и нс способны к кумуля­тивному эффекту, в отличие от отрицательных, которые продол­жительны и склонны к суммации. Последние чаще, чем положи­тельные, образуют хранящийся в памяти прочный аффективный комплекс |Юнг, 20001 совокупность мыслей и образов, прямо

или случайно связанных с ситуацией, породившей сильное эмоцио­нальное переживание. В рамках этого комплекса актуализация од­ного из элементов влечет, даже против воли субъекта, введение в сознание и других его элементов. Один из аспектов связи памяти со знаком эмоций феномен вытеснения из сознания ярко выра­женных негативно окрашенных воспоминаний.

1. Побуждающая функция. Эмоции или потребности, пережи­ваемые в форме эмоций, вместе с тем являются и побуждениями к действию, образуя основную мотивационную систему человека | Изард, 1980], т е., но сути, организуя поведение. Об этом же писал и СЛ. Рубинштейн [20001, указывавший, что эмоция в себе самой заключает влечение, желание, стремление, направленное к пред­мету или на него. Мотивация и эмоции — две стороны одного и того же процесса, выявляющего зону поиска, в которой будет найдено решение задачи или удовлетворение потребности. Предпо­сылкой побуждения является сам факт двух групп эмоций — поло­жительных, в которых существует потребность, и отрицательных, требующих избавления. И в том и в другом случае необходимой оказывается интеллектуальная или двигательная (поведенческая) активность либо их сочетание. Отстранение эмоций от функции побуждения в значительной мере обессмысливает и производимую ими функцию оценки |Вилюнас, 1984|.

Побуждающая функция реализовывается, в частности, и в том, что многие, особенно сильные эмоции начинают навязывать чело­веку некоторые стереотипные действия, даже нежелательные в кон­кретной ситуации.

Подкрепляющая функция более, чем все остальные, реали­зуется через физиологические механизмы. Она сводится к тому, что события, вызывающие выраженные эмоциональные реакции, запоминаются быстрее и надежнее (оставляют следы), чем не обла­дающие подобной способностью, а это значит, что роль этих со­бытий и в процессах обучения оказывается большей. Основная нагрузка в этом отношении ложится па положительные эмоции, выступающие в качестве безусловного подкрепления |Симонов, 19811. Они, как часть системного ответа на воздействия внешней среды, упрочивают ту стратегию поведения, которая привела к до­стижению желаемой цели. С широкой биологической точки зрения удовлетворение можно рассматривать как конечный подкрепля­ющий фактор, который толкает организм па устранение исходной потребности [Лнохин, 19781.

Биологический смысл негативного эмоционального подкре­пления («наказания») состоит в том, что возникающие отрица­тельные эмоции тормозят неэффективный для особи вид деятель­ности, заставляя искать другие способы достижения цели, другие виды деятельности, поведения или даже сменить цель. Кроме того, включение эмоциональной составляющей помогает повысить ре­зультативность двигательной деятельности человека и выполнить значительно большую работу, чем в обычных условиях.

Однако при известных обстоятельствах может наблюдаться и противоположный, отрицательный эффект при нарастании эмоционального напряжения продуктивность деятельности будет меняться ненрямолинейио, что и отражает открытый еще в на­чале XX в. закон Йсркса — Додсона. В соответствии с ним по мере увеличения силы мотивации продуктивность деятельности, ее успешность и качество сначала повышаются, но затем, после до­стижения оптимума таких соотношений, дальнейшее усиление под­крепляющего фактора ведет к падению показателей деятельности (подобный закон описывается n-образной кривой).

Любопытно, что в качестве подкрепляющего фактора могут вы­ступать и эмоции другой особи (субъекта).

5. Регулирующая функция сводится к изменению тактики пове­дения в зависимости от переживания успеха неуспеха при еще незавершенном действии. На основе эмоциональных оценок инди­видуум или завершает его, или отказывается от него и приступает к иному действию. Фактор регуляции в большей или меньшей сте­пени присутствует но всех остальных функциях эмоций.

1. Организующая функция описывается как способность эмоций упорядочивать, структурировать, обеспечивать целенаправленное поведение, мобилизовывать интеллектуальные и физиологические ресурсы для решения какой-то эмоционально значимой задачи. Па­раллельно предполагается отвлечение сил и внимания от друг их реально существующих проблемных ситуаций.

Н конкретных условиях и при известной интенсивности эмоций (например, при аффектах) возможен прямо противоположный, де­зорганизующий результат, который можно рассматривать как по­бочный эффект по отношению к ведущей цели поведения.

1. Переключательная функция актуализируется в ситуации кон­курирующих мотивов: при прочих равных условиях доминирующая потребность выделяется на основе интенсивности эмоциональной окраски, что приводит и к изменению вектора целенаправленного поведения. Подобный выбор может происходить у человека не только на осознаваемом, но и на неосознаваемом уровне (инту­итивно). Очевидно, что на переключательную задачу эмоций на­кладывает отпечаток система ценностей индивида, его личностные установки, особенно в обстоятельствах, когда в конфликт вступают ценности разных уровней (например, биологические и морально­этические).
2. Коммуникативная функция. В самом общем виде — это пе­редача информации собеседнику невербальными, в данном случае экспрессивными (выразительными) средствами: мимикой, пан­томимикой, позой и голосом. Чарльз Дарвин был первым [2001 (1872)|, кто предположил, что телесные изменения, сопровожда­ющие различные эмоциональные состояния, в частности, свя­занные с соответствующими эмоциями движения, есть нс что иное, как рудименты целесообразных инстинктивных действий, высту­пающих в качестве биологически значимых сигналов для своего и других видов. При этом лицевая экспрессия играет особенно важную роль в кооперации, объединении членов сообщества. Ов­ладение коммуникативной функцией включает дна гармонично сочетающихся процесса: умение дифференцировать и идентифи­цировать оттенки экспрессии (не все проявления эмоций иденти­фицируются с одинаковой легкостью) и умение пользоваться ими для информирования о собственных переживаниях, состояниях и отношениях.

Помимо вышеперечисленных, различные авторы называют и другие функции эмоций: экспрессивную, компенсаторную (за-

**метающую), функцию «аварийного» разрешения ситуаций, предвосхищающую (эвристическую), синтезирующую, функцию активации и мобилизации организма, стабилизирующую, управ­ляющую, контролирующую, защитную, адаптивную, санкциониру­ющую, сигнальную и др.**

**В.В. Лебединский и его соавторы |1990| выделяют четыре уровня эмоционального взаимодействия с окружающим миром, различающихся степенью дифференцированности, решаемыми приспособительными задачами и, в известной степени, онтогенети­ческой последовательностью.**

1. **Уровень полевой реактивности (оценки интенсивности сре- довыхвоздействий) исходно связан с наиболее примитивными, пас­сивными формами психической адаптации и участвует в решении наиболее общих задач защиты организма от разрушающих влияний внешней среды. Кто приспособительным смыслом является органи­зация аффективной преднастройки к активному контакту с окру­жающим. Аффективное переживание на этом уровне соотносится лишь с общим ощущением комфорта или дискомфорта.**

**В обыденной жизни влияние этого уровня у взрослых осуще­ствляется опосредованно, через пространственную организацию всей окружающей среды, в том числе и эстетическую, реализую­щуюся через национальные, культурные традиции.**

1. **Уровень стереотипов. Основной задачей этого уровня яв­ляется регуляция процесса удовлетворения соматических потреб­ностей, или контроль за функциями самого организма. Здесь оценка воздействия опирается на его соответствие или несоответ­ствие витальным нуждам организма.**

**Данный уровень, начиная с детства, в основном сосредоточен на аффективной регуляции ритмически организованных соматиче­ских процессов и выработке стереотипов удовлетворения потреб­ности, основанных на повторяемости внешних условий. Поэтому он проявляет особую чувствительность к различным ритмическим воздействиям (например, режиму питания), что можно было бы на­звать привычками.**

**Аффективные стереотипы являются необходимым фоновым обеспечением самых сложных форм поведения человека. Но, пре­красно адаптируя к привычным условиям, этот уровень оказыва­ется несостоятельным в условиях нестабильных.**

1. **Уровень экспансий. Механизмы этого уровня начинают ос­ваиваться ребенком во втором полугодии жизни, что позволяет ему перейти к активному обследованию и освоению окружа­ющего мира. Позже этот уровень сохраняет свое значение и обсс-**

починает активную адаптацию к нестабильной ситуации. Здесь выделяются не только объекты желания, но и препятствия. Это становится возможным благодаря тому, что положительные и от­рицательные воздействия оцениваются нс сами но себе, а в общей структуре.

Ксли на втором уровне нестабильность ситуации, неизвестность, опасность, неудовлетворенное желание всегда вызывают тревогу, страх, то на третьем эти же впечатления мобилизуют субъекта на преодоление трудностей. При этом он может испытать любо­пытство, азарт в преодолении опасности, гнев в стремлении к унич­тожению преграды.

Подобный тип поведения особенно характерен для детей и под­ростков, когда задачи аффективного освоения мира наиболее акту­альны и решаются наглядно, как покорение темноты, глубины, вы­соты, обрыва, открытого пространства и т.п. Во взрослом возрасте это влечение часто толкает человека на необъяснимые с точки зрения здравого смысла поступки.

\. Уровень эмоционального контроля (аффективной коммуни­кации) отвечает за разрешение сложных задач организации жизни индивида в сообществе. Конкретным приспособительным смы­слом этого уровня является налаживание эмоционального взаи­модействия с другими людьми: разработка способов ориентировки в их переживаниях, формирование правил, норм взаимодействия с ними. В широком смысле этот уровень, надстраиваясь над низ­шими, обеспечивает контроль сообщества над индивидуальной аффективной жизнью, приводя се в соответствие с требованиями и нуждами окружающих. С появлением эмоционального контроля за аффективным переживанием можно говорить о возникновении собственно эмоциональной жизни человека.

Цель этого уровня выделение аффективных проявлений дру­гого человека как сигналов, наиболее значимых для адаптации к окружающему. Она осуществляется благодаря возникающей на этом уровне эмпатии. Обычно под этим психическим явлением понимают в различной степени осознанное сопереживание акту­альному эмоциональному состоянию другого человека, сочувствен­ность ему в широком смысле независимо от качества воспринима­емых в другом эмоций. Психологической базой эмпатии выступают развитая чувствительность, наблюдательность, интуитивное чутье, внимание и эмоциональная отзывчивость. Иногда наблюдается чрезвычайно утонченная эмоциональная чувствительность, когда неприметные и совершенно случайные детали происходящего оставляют очень глубокое впечатление, — эмоциональная гипере­стезия. Витально значимыми сигналами становятся лицо человека, его мимика, взгляд, голос, прикосновение, жест.

5. Позднее |Нардышсвская, Лебединский, 2003| был выделен уровень высших символических регуляций, отвечающий за способ­ности ребенка дифференцировать, обобщать и накапливать эмоцио­нальный опыт, выражать его в игре, фантазиях, рисунке.

При реализации высших низшие аффективные уровни нс по­давляются и нс выключаются. Они продолжают сигнализировать о витально значимых впечатлениях своего ряда, что обусловливает многомерность и конфликтность аффективных переживаний чело­века. В случае свсрхсильных сигналов со стороны низшего уровня с их особо важным витальным смыслом он может временно уйти из-под контроля и выходить на первый план.

При согласии с содержанием указанных уровней, логику их по­явления можно поставить под сомнение. Представляется, что, во-первых, в онтогенезе в более ранние сроки возникает уровень стереотипов (поскольку на младенческом этапе развития экстсро- цептивно-ориентированные анализаторные системы еще не дости­гают той степени совершенства, при которой поступающая от них информация могла бы расцениваться как эмоционально сущест­венная, в то время как интсроцсптивпая афферентация, например голод или кишечные колики, определенно эту роль выполняет), а во-вторых, трудно себе представить, чтобы уровень эмоцио­нального контроля мог возникнуть без ранее сформировавшегося уровня высших символических регуляций, т.с. без предваритель­ного накопления и обобщения эмоционального опыта, по отно­шению к которым контроль только и может осуществляться.

Эмоциональный (психологический) стресс

Особое место среди психических феноменов, связанных с эмоциональной сферой, занимает эмоциональный (психологи­ческий) стресс. Это разновидность общей системной реакции инди­вида на воздействие субъективно сильных внутренних и внешних факторов информационной природы (в ряде исследований инфор­мационный стресс выделяется специально и рассматривается как частный случай психологического стресса, связанного с информа­ционными перегрузками). Эмоциональный стресс может быть пра­вильно понят только с учетом того, что вообще подразумевается под понятием стресса, исходная концепция которого разрабатыва­лась в физиологическом ключе в 30-х гг. прошлого века канадским ученым Гансом Ссльс [Селье, 1960; Эмоциональный..., 19701.

**По его определению, стресс есть совокупность всех нсспсцифи- чсских, т.с. достаточно универсальных физиологических изменений организма под влиянием любых по своей природе сильных, экстра­ординарных факторов (стрессоров), приводящих к усиленной пе­рестройке его защитных систем и направленных на поддержание гомеостаза. Подобная стереотипная совокупность реакций (гормо­нальных, вегетативных, обменных и др.) в своих клинических про­явлениях получила название адаптационного синдрома, в развер­тывании которого выделяют три фазы:**

1. **тревоги (название фазы не отражает буквальной эмоцио­нальной реакции, а носит лишь метафорический характер), соот­ветствующей мобилизации защитных сил и компенсаторных ре­сурсов организма (e/arm-рсакция), что обеспечивает экстренную подготовку к действиям в новых условиях и общую энергетиче­скую активацию;**
2. **резистентности (сопротивления, стабилизации гомео­стаза — динамического равновесия внутренней среды), или при­способления к неблагоприятной ситуации в условиях продолжа­ющегося действия стрессора (норой путем патологического функ­ционирования); в благоприятных случаях, при нахождении выхода из сложной ситуации развитие стресса прекращается и организм переходит на нормальный режим функционирования;**
3. **истощения (при продолжительном и сильном воздействии стрессора либо недостаточности ресурсов самого организма проис­ходит ослабление иммунного потенциала, его полное истощение, заканчивающееся смертью).**

**По физиологической сути стресс на первых двух стадиях пони­мается как целесообразный адаптационный процесс, смыслом кото­рого является предотвращение разрушения структурной и фукцио- нальной целостности организма и обеспечение оптимального при данных обстоятельствах взаимоотношения с внешней средой. 11оэтому в зависимости от того, какие результаты и какой ценой до­стигнуты человеком в ходе преодоления затруднений, стресс может оказаться продуктивным и деструктивным. В концепции Сслье раз­личают позитивный эустрссс (eu-stress), связанный с эффективным использованием мобилизированных ресурсов, активным и кон­структивным выходом из трудной ситуации, и негативный дистресс (distress), выражающийся в дезорганизации поведения и в переходе к обычно невротическим формам поведения.**

**Среди многочисленных форм стресса, обычно обозначаемых через термины спровоцировавших его раздражителей (болевой, термиче­ский, интеллектуальный и т.п.), особую роль играет эмоциональный**

стресс, в той или иной степени сопутствующий всем другим его ва­риантам. Такая универсальность эмоционального стресса объясня­ется тем, что его содержанием оказывается нс только включенность в него собственно аффективной составляющей, по и присутствие мо­тивации, которая обусловливает эмоцию и предшествует ей: стресс запускается нс воздействующим фактором, а отношением к нему (в основном негативным — наличием угрозы или лишением того позитивного, что было). Раздражитель становится стрессором в ре­зультате его когнитивной интерпретации, т.с. благодаря значению, которое человек приписывает данному раздражителю. Сам Г. Ссльс считал, что качество ситуации нс имеет принципиального значения, важна лишь потребность в перестройке или адаптации. Но трак­товка психологического стресса в более широком контексте вообще предполагает исследовательское внимание к памяти, мышлению, ин­теллекту, перцептивным функциям и т.д. Л.Л. Китасн-Смык [ 198Г?| вообще полагал возможным в структуре адаптационного синдрома выделять эмоционально-поведенческий, вегетативный, когнитивный и социально-психологический субсиндромы.

Сутью стресса на аффективном уровне оказывается неопреде­ленная тренога, маниакальные формы поведения либо депрессия, хроническая усталость, необъяснимая раздражительность, апатия, страх, переживание безысходности и отчаяния. В симптоматике эмоционального стресса велика роль и психосоматических рас­стройств. Мри определенных условиях эмоциональный стресс может явиться причиной возникновения неврозов, гормональных дисфункций, а также патологических изменений сердечно-сосуди­стой, пищеварительной и других систем.

Вредность стимула, создающего психологическую стрессовую реакцию, воспринимается символически в виде совокупности представлений о событии с неблагоприятным исходом (возникает опережающий образ будущего негативного события), т.е. вред­ность стимула начинает прсдвидиться. Эмоциональная стрессовая реакция оказывается результатом опосредован ной оценки угрозы, которая представляет собой предвосхищение человеком возмож­ности опасных последствий воздействия на него негативных фак­торов | Бодров, 20001. Вели при «чисто» физиологическом стрессе раздражитель вызывает достаточно стереотипизиронапную фи­зиологическую реакцию, развитие которой не определяется ка­кими-либо интеллектуальными защитными механизмами, то при эмоциональном стрессе психический фактор позволяет индивиду производить оценку стимула, анализировать значение угрозы и противопоставлять ей защитные механизмы, что по всегда при­водит к ожидаемым последствиям 1-Л азарус, 1970]. Поэтому, в от­личие от физиологической, с учетом жизненного опыта эмоцио­нальная реакция оказывается высокоиндивидуализированной. Таким образом, физиологический и психологический стрессы от­личаются друг от друга по особенностям воздействующего стимула, механизму возникновения и характеру ответной реакции.

Имеет право на существование гипотеза, согласно которой огра­ниченность осознания эмоций, известная еще со времен 3. Фрейда, и дсфицитарность когнитивной переработки имеющегося аффек­тивного состояния ведут к концентрации внимания на соматиче­ском факторе эмоционального возбуждения и усилению физиоло­гических реакций на стресс.

Эмоциональный стресс может проявляться в двух формах: как кратковременная вспышка эмоций и как длительное напряжение («психическая напряженность» |Наснко, 197в|) со сложными изме­нениями поведения, мышления, взглядов на жизнь и т.п. Например, так называемый синдром выгорания (эмоционального, психического, профессионального) в последние годы трактуется как частый случай хронического стресса. Чем выше субъективная значимость негатив­ного события (чем больше личностных потребностей оно нарушает и чем больший смысл придаст ему человек), тем большее психи­ческое напряжение оно порождает. Показано, что из-за длительного воздействия негативных эмоций порожденное возбуждение при­обретает способность к постоянной активации мозговых структур и различных соматонсгстативных процессов. При наличии соответ­ствующего слабого звена в организме возбуждение через него может оказать патогенное влияние как на деятельность головного мозга, так и на реализацию отдельных соматических и вегетативных функций. Эмоциональный стресс нарушает имеющую место в нормальном ор­ганизме гармонию внутри- и мсжсистсмных информационных от­ношений, которая наиболее чувствительна к различным поврежда­ющим последствиям. В итоге при эмоциональных стрессах прежде всего нарушаются основные биоритмы организма: бодрствования и сна, менструальные циклы и up. [Судаков, 1999|.

По данным Ф.Б. Березина и Т В. Варлас |199>1|, для лиц, у ко­торых в зрелом возрасте под влиянием различных жизненных со­бытий возникали такие расстройства, в детстве были характерны стрессовые ситуации, обусловленные неадекватным поведением матери: се упрямство, нетерпимость к чужому мнению, завы­шенные притязания, авторитарность, властность, чрезмерные тре­бования к ребенку, или, напротив, обидчивость, сниженный фон настроения, пессимизм, неуверенность в себе. Выделялся также

**комплекс негативного воздействия со стороны отца: его поведение, снижающее самооценку ребенка, недостаток внимания и пони­мания, агрессивность или отчуждение, затрудняющее идентифи­кацию с ним. При этом особенности взаимодействия с матерью не позволяли компенсировать стрсссогснныс ситуации, связанные с отцом. К числу других стрессовых ситуаций детства следует от­нести конфликтность в родительской семье, се нестабильность и положение «обойденного» ребенка (предпочтение ему братьев или сестер). Описанные стрсссогснныс воздействия могут приво­дить к клинически выраженным расстройствам уже в детстве.**

Стрессоры

**Развитие адаптационного синдрома во многом обусловли­вается природой стрессора, которая в силу своего разнообразия может классифицироваться в соответствии с разными прин­ципами. Стрессоры классифицируются но типу жизненных со­бытий или по типу трудностей (финансовые, служебные, меж­личностные, связанные со здоровьем, со смертью близкого и т.н.), но интенсивности (острые, средние, умеренные), по величине по­терь или угрозы, но длительности (хронические, краткосрочные), по степени управляемости событий (контролируемые, некон­тролируемые), но уровню влияния (макро- и микрострсссоры) |Муздыбаев, 1998|. Но мнению известного американского психо­лога Ричарда Лазаруса (Richard S. Lazarus; 1922 2002), который в формировании стресса существенное место уделял оценке акту­альной или предвосхищаемой угрозы (в последнем случае вред­ность стимула, создающего психологическую стрессовую реакцию, воспринимается символически, без физического контакта), име­ется три основных вида стрессоров: вред / утрата (уже осущест­вившийся ущерб), угроза (ожидаемый ущерб) и вызов (трудная задача, несущая потенциал выгоды) | Lazars R.S., Kolkman S., 1984|. Но существуют и более детализированные классификации стрессоров.**

**Например, в зависимости от продолжительности своего воз­действия на человека предлагается делить их следующим образом | Harris, Mackie, Wilson, 1956; цит. по: Леви, 1970].**

**Кратковременные стрессоры:**

1. **неудачи;**
2. **отвлечения внимания (решение задачи в условиях помех);**
3. **вызывающие чувство страха;**
4. **вызывающие неприятные физические ощущения;**
5. **темпа или скорости.**

**Длительно действующие стрессовые ситуации:**

1. **сражения (наступление или оборона);**
2. **опасной работы;**
3. **заключения и изоляции;**
4. **длительной работы, порождающей усталость, умственную или физическую либо ту и лру|ую вместе.**

**С.Д. Разумов 119761 предлагает условно делить стрессоры в со­ответствии с общностью их проявлений в условиях жизни.**

1. **Стрессоры активной деятельности:**

**а) экстремальные — участие в боевых действиях, космических полетах или трансатлантических подводных походах; деятельность, связанная с риском, нс исключающая страхующие механизмы (испы­тание техники, прыжки с парашютом и т.п.) и исключающая страху­ющие механизмы (работа саперов по обезвреживанию бомб, прыжки на лыжах с трамплина и др.), нахождение в средах обитания, отличных от обычной (астронавты, гидронавты, спелеологи и т.д.) и др.;**

**б) производственные — работа с информационной перегрузкой, с большой ответственностью, дефицитом времени и т.д.;**

**в) психосоциальной мотивации соревнования, сдельная ра­бота, участие в конкурсах, стремление получит!, награду, благодар­ность и т.д.**

1. **Стрессоры оценок (могут действовать как в период какой-то деятельности, так и до, и после нес):**

**а) «старг»-стрсссоры и стрессоры памяти — предстоящее состя­зание, защита диплома или диссертации, накануне медицинской процедуры или операции, перед кабинетом авторитетного лица, внезапное воспоминание о пережитом горе, ожидание угрозы или необычной радости, предчувствия и др.;**

**б) побед и поражений — победа в соревновании или в конкурсе, признание изобретения или открытия, успех в искусстве, твор­ческий экстаз, любовь, женитьба, рождение ребенка, поражение, не­успех, непризнание в деятельности, проигрыш, смерть или болезнь близкого человека и т.д.;**

**в) зрелищ — спортивные зрелища, драматические или коме­дийные фильмы, театральные представления, изобразительное ис­кусство и т.д.**

1. **Стрессоры рассогласования деятельности:**

**а) разобщения — конфликтные ситуации в квартире, семье, на работе, в общественных местах; угроза или неожиданное, но зна­чимое известие и т.д.;**

**б) психосоциальных и физиологических ограничений — сен­сорная депривация, мускульная депривация, заболевания, ограни-**

чикающие обычные сферы общения и деятельности, тюремная изо­ляция, сексуальная дисгармония, родительский дискомфорт, голод, жажда и т.д.

1. Физические и природные стрессоры: мускульные нагрузки, хирургическое вмешательство, травмы, электрический ток, тем­нота, яркий свет, сильные неприятный звук, вибрация, качка, вы­сота, холод, жара, землетрясения и т.д.

Совершенно очевидно, что только наличие стрессора еще не определяет развитие стрессовой реакции и се последствий, по­скольку она оказывается зависимой и от физиологических особен­ностей самого организма, и от целого ряда социальных и социаль­но-психологических факторов (стиля жизни, активного отношения к ситуации, опыта, воспитания и др). Например, индивидуально умеренный стресс может нс разрушать, а мобилизовывать за­щитный потенциал организма и, как было показано в ряде иссле­дований, оказывать тренирующий эффект, поднимая организм на новый, более совершенный уровень адаптации.

Американские психиатры Томас Холмс (Thomas Holmes) и Ри­чард Рэй (Richard Rahe) па основании опроса большого числа ис­пытуемых | Holmes, Rahe, 1967] составили шкалу стрсссогснности различных жизненных ситуаций, в том числе и приятных, приняв за 100 баллон смерть супруга (табл. 2.4). Ориентироваться на при­веденные в ней баллы можно лишь условно, поскольку за по­следние более чем полвска спектр ситуаций, порождающих стресс, изменился, кроме того, даже в адаптированном виде эта шкала про­должает отражать особенности западного менталитета.

Таблица 2.4

Шкала стрессоров Т. Холмса и Р. Рэя

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  и/п | Жизненные события | Наллы |
| 1 | Смерть супруга (супруги) | 100 |
| 2 | Развод | 73 |
| 3 | Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв с партнером | 63 |
| 4 | Тюремное заключение | 63 |
| 5 | Смерть близкого члена семьи | 63 |
| 6 | Травма или болезнь | S3 |
| 7 | Женитьба, свадьба | 30 |
| X | Увольнение с работы | 47 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  и/п | Жизненные события | Валлы |
| 9 | Примирение супругой | 45 |
| 10 | Уход на пенсию | 45 |
| 11 | Изменение в состоянии здоровья членов семьи | 44 |
| 12 | Переменность партнерши | 40 |
| 13 | Сексуальные проблемы | 39 |
| 14 | Появление нового члена семьи, рождение ребенка | 39 |
| 15 | Реорганизация на работе | 39 |
| 16 | Изменение финансового положения | 38 |
| 17 | Смерть близкого друга | 37 |
| 18 | Изменение профессиональной ориентации, смена места работы | 36 |
| 19 | Усиление конфликтности отношений с супругом | 35 |
| 20 | Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома) | 31 |
| 21 | Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги | 30 |
| 22 | Изменение должности, повышение служебной ответствен­ности | 29 |
| 23 | Сын или дочь покидают дом | 29 |
| 24 | Проблемы с родственниками мужа (жены) | 29 |
| 25 | Выдающееся личное достижение, успех | 28 |
| 26 | Супруг бросает работу (или приступает к работе) | 26 |
| 27 | Начало или окончание обучения в учебном заведении | 26 |
| 28 | Изменение условий жизни | 25 |
| 29 | Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов поведения | 24 |
| 30 | Проблемы с начальством, конфликты | 23 |
| 31 | Изменение условий или часов работы | 20 |
| 32 | Перемена места жительства | 20 |
| 33 | Смена места обучения | 20 |
| 34 | Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска | 19 |
| 35 | Изменение привычек, связанных с вероисповеданием | 19 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  ii/ii | Жизненные события | Каллы |
| 36 | Изменение социальной активности | 18 |
| 37 | Ссуда или заем для покупки менее крупных вещей (машины, телевизора) | 17 |
| 38 | Изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна | 16 |
| 39 | Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи | 1,7 |
| 40 | Изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т.п.) | 15 |
| 41 | Отпуск | 13 |
| 42 | Рождество, встреча Нового года, день рождения | 12 |
| 4.3 | I (езначительное нарушение правопорядка (штраф за нару­шение правил уличного движения) | 11 |

Фрустрации

С понятием стресса и невроза (особенно в классическом пси­хоанализе) теснейшим образом связано понятие фрустрации (от лат. frustratio — обман, неудача, крушение надежд, расстройство планов) — психического состояния, которое возникает при наличии препятствия, блокирующего удовлетворение значимых потреб­ностей, что проявляется ощущением неудовлетворенности и пси­хического напряжения, возникающего из-за невозможности осуще­ствить тс или иные цели, реализовать мотив («ситуация невозмож­ности» [Василюк, 1984]). Ощущение непреодолимости препятствия может иметь под собой объективные основания, а также возникать исключительно на субъективной почве (в случаях, когда препят­ствие реально непреодолимым нс является). Фрустрация может выражаться в гнетущем напряжении, тревожности, чувстве безыс­ходности, депрессии. Частными реакциями могут быть уход в мир фантазий, агрессивность (или аутоагрсссинпость), дсструктивизм, сосредоточение внимания на неудовлетворенной потребности, иска жения в восприятии действительности и др. Л. Маслоу [20071 подчер­кивал, что феномен фрустрации адекватен только в том случае, если в структуре возникшей депривации присутствует угроза для жиз­ненных целей индивида, его самооценки и самоактуализации.

Выраженность фрустрации зависит от силы и интенсивности ограничивающего фактора (например, угрозы), функционального

**состояния субъекта, его опыта и выработанных ранее форм эмоцио­нального реагирования на жизненные трудности.**

**Фактор, выступающий в качестве препятствия или сопротив­ления, может быть внешним и внутренним но отношению к субъ­екту, пассивным и активным.**

Депривации

**Частным, но весьма распространенным фрустрируюшим обстоя­тельством выступает депривация, как уже указывалось, — лишение или ограничение возможностей удовлетворения жизненно важных потребностей, отделение человека от необходимых для него источ­ников (обычно в течение достаточно длительного времени). Форма депривации обозначается через качество и специфику того, чего лишен субъект: двигательная, сенсорная, информационная, со­циальная, материнская и др. Эмоциональная депривация', отсутствие возможности создания чувственного отношения, эмоциональных контактов с каким-либо лицом или разрыв ранее существовавшей эмоциональной связи. По степени выраженности депривация может быть полной или частичной. Причинами депривации могут являться как чисто физические обстоятельства, например, отсут­ствие объекта потребности, так и обстоятельства морально-этиче­ского характера (самоограничения).**

**Естественно, что различная национальная специфика, степень «цивилизованности» и обычаи диктуют и некоторые вариации в понимании того, что считать депривацией.**

**Вис экспериментальных условий широко распространены два ва­рианта депривации, различающиеся по характеру происхождения. В первом случае субъект (обычно ребенок) исходно лишен необ­ходимых для полноценного развития психических функций и спо­собностей информации, стимуляции и впечатлений (например, в условиях закрытых учреждений или в неблагополучной семье — материнской ласки и заботы, необходимого разнообразия сен­сорной составляющей, широты коммуникаций), а во втором случае человек отсекается от обычных, привычных для него факторов, без которых жизнь субъективно начинает восприниматься или реально оказывается неполноценной (например, тюремное заключение, по­падание в социальную среду, лишенную ранее имевшихся средств массовой информации или культурного слоя и т.н., как, например, в среде мигрантов). Как правило, адаптации к имеющемуся ограни­чению не наступает и, несмотря на попытки подавления, мотивация ущемленной потребности сохраняется, что и приводит к кумуляции негативных эмоций, проецирующихся в различные формы невро-**

тичсского, психопатического или дсниантного поведения. В других случаях, напротив, происходит снижение уровня познавательной активности и мотивации, что, в частности для детей, может сопро­вождаться проблемами со школьным обучением. На высоте субъек­тивных переживаний психическая депривация рождает ощущение отсутствия личностных потребностей, смысла жизни и, соответ­ственно, целесообразности существования.

Эмоциональная депривация — отсутствие возможности создания чувственного отношения, эмоциональных контактов с каким-либо лицом или разрыв ранее существовавшей эмоциональной связи.

В частности, большинство исследователей детской психики ука­зывают на существенные неблагоприятные следствия материнской депривации в раннем возрасте. Не результатом становятся труд­ности в выработке ребенком адекватных средств эмоционального реагирования, в формировании чувства безопасности, уверенности в себе, а также неумение вступать в значимые отношения с окру­жающими, вялость эмоциональных реакций и агрессивность. В подростковом возрасте депривация приводит к дезорганизации развития психических процессов и процесса становления ориенти­ровочно-исследовательского поведения, снижению познавательных мотиваций и коммуникативной активности, затруднениям в пони­мании и предвосхищении событий, недостаточности интеллекту­ального развития. Речь также может идти о высокой тревожности, слабой эмоциональной устойчивости, раздражительности, негати­визме, враждебности, подозрительности, которые в сочетании с не­благоприятными социальными факторами могут провоцировать развитие девиантного поведения |Ярославцева, 2002|.

Вместе с тем Й. Лангмейер и В. Матейчек [ 198Л|, анализируя различные теории депривации, указывают, что развитие ребенка не ограничивается лишь связью «ребенок мать». В действитель­ности ребенок является составной частью всей социальной системы и всегда постепенно усваивает многочисленные социальные роли, которые нс только он сам перенимает и осуществляет, но и тс, которые касаются других лиц, что подготавливает к их более позднему приятию. Депривация может в данном понимании рас­цениваться в первую очередь как дефект в учении социальным ролям, обусловленный отсутствием требуемого опыта в области социальных взаимодействий в детстве. Это сближает материнскую депривацию с депривацией социальной, поскольку в последнем случае также присутствует фактор эмоционально окрашенного контакта со взрослыми и эмоциональной чувствительности ребенка к отношению с ним. Л И. Божович [1997] пишет о том, что положи­тельные эмоции у младенце» возникают и развиваются лишь под влиянием удовлетворения потребности во внешних впечатлениях. Удовлетворение же собственно биологических потребностей в нище, кислороде и нр. — приводит лишь к успокоению ребенка, состоянию удовлетворенности, но не вызывает радостных эмоций.

Влияние депривации на ребенка имеет и другую сторону. К мо­менту, когда деятельность коры больших полушарий становится актуальной и востребованной, сама кора еще не завершила своего формирования ни в структурном, ни в функциональном отно­шении. Известно, что полноценное развитие столь сложного органа возможно лишь но взаимодействии с внешней средой, в результате действий комплексных внешних раздражителей на воспринима­ющие органы и ответного на них реагирования. Вели внешних раздражителей нет или они недостаточны, то и морфологическое развитие, и функциональная деятельность коры полушарий мозга задерживается или идет неправильно | Щелованов, 1960].

Длительное пребывание ребенка в бедной стимульной среде закрытых детских учреждений, даже при наличии хорошего пи­тания и медицинского обслуживания, сопровождается феноменом госпиталиша, выражающегося прежде всего в недостаточности эмоционально-нолевой сферы, в элементах аутизма, агрессивности и отставании в развитии (само понятие ввел в оборот австро-аме­риканский психоаналитик Рене Спите (Rene SpiLz, 1887 1974) в 1945 г., исследовавший его причины, проявления и последствия у младенцев и детей, потерявших в период войны родителей и долго находившихся в больницах). В грубых формах подобные явления в настоящее время почти не встречаются, но общая тен­денция пока продолжает сохраняться. В соответствии с МКЬ-10 госпитализм рассматривается как реактивное расстройство у тех детей, кто в силу пребывания в больнице на длительное время раз­лучен с матерью и лишен домашнего окружения. Такие дети вялы, недостаточно активны, истощены и бледны, плохо едят и снят, короткий период плача, возбуждения сменяется заторможенно­стью, пассивностью, выглядят несчастными (печально-покорное выражение лица); у них отмечаются приступы лихорадки, у мла­денцев — отсутствие навыков сосания. Пребывание в больнице сказывается более заметно на психике интеллектуально сохранных детей и, в меньшей степени, на больных с психическим недоразви­тием. В первую очередь происходит утрата навыков речи и игры, затем нарушается координация моторики | Исаев, 2005].

После выписки некоторые дети из-за пережитого эмоцио­нального шока первое время не узнают родителей, затем болез-

**ценно реагируют на замечания, становятся более обидчивыми, требовательными и капризными. У них часто расстраивается сон, увеличиваются количество страхов и «прилипчивость» к роди­телям. Нарастают эмоциональная и вегетативная неустойчивость, вероятность появления психомоторных нарушений в виде тиков, заикания, энуреза |Захаров, 2006]. Эти расстройства обратимы (симптомы исчезают через 2-3 недели после возвращения ребенка к матери или заменяющему се лицу).**

**Следует иметь в виду, что при прочих равных условиях, чем раньше для ребенка возникает депривация и чем сложнее комплекс вызвавших се обстоятельств, тем тяжелее дизонтогснетичсские по­следствия и тем слабее толерантный и адаптационный потенциал личности.**

**Сенсорная депривация в быту иногда наблюдается у лиц, свя­занных с некоторыми видами профессиональной деятельности (на­пример, служащих на подводных лодках) или улице повреждением ведущих анализаторных систем, прежде всего — зрения и слуха. Ха­рактеризуется резким ограничением поступления через эти каналы потока разнообразных ощущений и образов, что в начальный пе­риод таких ограничений может вызывать компенсаторную реакцию в виде оживления фантазирования, повышения чувствительности сохранных сенсорных аппаратов или активации работы памяти (эйдетические представления). Но позднее сенсорная депривация, особенно в условиях жестких экспериментов, начинает порождать целый ряд расстройств, начиная от тревоги до изменений сознания, депрессии и галлюцинаций.**

Толерантность

**Толерантность, или фрустрационная толерантность, — устойчи­вость к соответствующим ситуациям, способность адекватно их оце­нивать и прогнозировать, умение находить из них социально при­емлемый выход. Смысл и значение понятия толерантности может варьироваться в зависимости от контекста, в котором оно встре­чается: например, она может выражаться и через эмоциональную устойчивость, терпимость к чужим мнениям и системе взглядов, вы­носливость и т.н. Понятие фрустрации, равно как и фрустрационной толерантности, тесно связано с понятием стресса. Отсутствие доста­точного уровня толерантности к неблагоприятным факторам способ­ствует невротизации личности, возникновению психосоматических и психических расстройств вплоть до суицидных попыток.**

**Н.Д. Левитов 11967 ] указывает на существование разных форм толерантности. Наиболее благоприятная предполагает спокой-**

стнис, рассудительность, готовность использовать случившееся как жизненный урок, отсутствие самообвинений. Толерантность может проявляться и известным напряжением, усилиями по сдер­живанию нежелательных импульсов и реакций. Она реализуется в виде бравирования, подчеркнутого равнодушия, маскирующих скрываемое озлобление или уныние. Упоминается и такая форма толерантности, как интерпретирование ограничивающей ситуации в качестве благодеяния или выгоды, что можно рассматривать и как срабатывание других — защитных — механизмов.

Психологическая защита

Термин «защитные механизмы» был впервые употреблен Я. Фрейдом в 1884 г. в его статье «Нсйропсихозы защиты». Позднее это понятие многократно модернизировалось, интерпретировалось, наполнялось иным смыслом по сравнению с исходными трактов­ками, предпринималось большое число попыток верифицировать сведения об отдельных защитных механизмах, как в рамках психо­аналитического толкования, так и с иных теоретических позиций.

В современной психологической литературе понятие психоло­гической защиты тесно связано с понятием целостности личности. Особое внимание уделяется поддержанию самооценки, чувству уверенности, самоуважению, «Я-концспции», индивидуальности.

.'Защита вообще обозначает любую реакцию организма с целью сохранить себя и свою целостность. В психоаналитической теории это любые психические процессы, позволяющие сознанию достичь компромиссного решения проблем, нс поддающихся полному раз­решению, и оградить его от негативных, травмирующих личность переживаний.

В современной науке термин «психологическая защита» до сих пор нс нашел своего окончательного определения, но чаще всего употребляется для обозначения любого поведения, устраняющего психологический дискомфорт, который гипотетически может возникнуть в результате стресса, фрустрации или травмы. Среди многочисленных дефиниций используются такие как: сохранение соответствия между имеющимися у больного представлениями об окружающем мире, себе и поступающей информацией, снижение тревоги (психического дискомфорта) или повышение самооценки посредством искажения процесса отбора и преобразования ин формации; понижение субъективной значимости травмирующего фактора; система адаптивных реакций личности на защитное изме­нение значимости дезадаитинных компонентов отношений ког­нитивных, эмоциональных, поведенческих — с целью ослабления

их психотравмирующего воздействия на «Я-концснцию» |Психо­терапевтическая..., 200в|; специальная регулятивная система ста­билизации личности, направленная на устранение или уменьшение чувства тревоги путем ограждения сферы сознания от негативных, травмирующих личность переживаний; совокупность способов последовательного искажения когнитивной и аффективной со­ставляющих образа реальной ситуации; система процессов и ме­ханизмов, направленных на сохранение однажды достигнутого (или на восстановление утраченного) позитивного состояния субъ­екта [Штроо, 19981 и др. Около десяти иных определений психо­логической защиты различных авторов приводит В.И. Журбин 11990]. Практически все определения содержат в себе указание на вектор защитных механизмов, ориентированный на сохранение относительного эмоционального комфорта.

Совокупность психологических защит как специальный меха­низм формируется в процессе взросления каждого индивида, стал­кивающегося с большим разнообразием ситуаций, вызывающих эмоциональные состояния, выражения которых чреваты даль­нейшим конфликтом, дополнительной опасностью и выработкой путей совладания с ними (по Р. Плутчику) [Романова, Гребен­ников, 199fi|.

Разногласия, существующие между многочисленными авторами, использующими это понятие, сводятся к следующему: следует ли его распространять на повседневную жизнь и рассматривать как разновидность нормального механизма, либо ограничить его дей­ствие случаями явного дезорганизующего влияния на поведение, когда возникшая ситуация но своему деструктивному потенциалу превышает внутренние ресурсы индивида.

/(ругая сфера разногласий касается перечня и содержания конкретных механизмов психологических защит, число которых в настоящее время исчисляется десятками. Здесь отмечаются не­ясности, омонимичность и синонимичность существующих тер­минов, неточность перевода научной терминологии с одного языка на другой, неопределенность соотнесения защит друг с другом.

Среди психологических механизмов защит у взрослых чаще всего упоминаются следующие [Романова, Гребенников, 199fi|.

Отрицание — отказ признавать существование нежелательных, болезненных фактов, что может выражаться как в искаженном восприятии действительности, так и в специфических феноменах работы памяти (пропуск тяжело переживаемых событий, замена их вымыслами). 3. Фрейд считал, что отрицание онтогенетически наиболее ранний и наиболее примитивный механизм защиты.

**Проекция — подсознательное приписывание собственных (неже­лательных или кажущихся угрожаемыми) качеств, чувств, желаний и мыслей другому лицу.**

**Регрессия — возвращение к более раннему, примитивному спо­собу реагирования (эмоциональному, нелогичному мышлению) или привычкам, свойственным ребенку.**

**Замещение — перенаправление агрессивных импульсов с опа­сного или значимого индивида на слабый одушевленный или не­одушевленный объект либо на самого себя, совершение бессмы­сленных действий.**

**Вытеснение (подавление) — устранение, перевод психического содержания (мыслей, образов или воспоминаний) из сознания в бессознательное, часто сопровождающийся забыванием (амне­зией) как самого травмирующего события, так и сопутствующих ему обстоятельств. Вытеснение считается наиболее универсальным средством избегания внутреннего конфликта. Вытеснение и по­давление иногда противопоставляются друг другу но критерию большей — меньшей осознанности.**

**Интеллектуализация - избыточная рассудочность, защитный механизм, близкий рационализации или являющийся ее частным случаем, при котором абстрактное, дискурсивное, «объективное», отстраненное мышление становится инструментом овладения пе­реживаниями и аффектами. Контроль над эмоциями достигается путем доминирования рассуждений но поводу переживаний над самими переживаниями. При этом субъект от эмоций не дистанци­руется (как при рационализации), но в результате холодного ана­лиза придаст им новый смысл, что может создавать у окружающих впечатление эмоциональной неискренности.**

**Сублимация — вытесненная в бессознательное энергия нереали­зованной (инстинктивной, сексуальной) потребности канализиру­ется в другую приемлемую или даже полезную форму активности (например, научную, творческую или спортивную). 11онятис субли­мации стало распространяться и на область агрессивных влечений.**

**Компенсация — онтогенетически поздний механизм защиты, ис­пользуемый, как правило, сознательно. Это попытка нахождения замены потере, нехватке или недостатка.**

**Реактивное образование связывается с окончательным усвое­нием индивидом «высших социальных ценностей». Развивается для сдерживания радости обладания определенным объектом — в поведении подчеркиваются прямо противоположные тенденции.**

**Интроекция (интернализация) — включение внешнего мира, в том числе взглядов, мотивов и установок других в свой внут-**

**рснний мир, присваивание или приписывание собственному «Я» определенной части обычно ожидаемых другими качеств внешнего мира. Идущее извне ошибочно воспринимается как происходящее внутри.**

**Идентификация — бессознательный перенос на себя чувств и качеств, присущих другому, любимому или уважаемому человеку. Идентификация часто ориентируется на внешние признаки пове­дения (в детстве — родителей, в юности — литературных или ре­альных героев и т.д.). Одновременно она (как и интроскция) явля­ется и механизмом, способствующим усвоению социальных норм. Поэтому причисление идентификации и интроскции к защитной сфере можно рассматривать как условное.**

**Рационализация — построение безопасных, приемлемых мо­ральных, логичных обоснований для объяснения и оправдания не­приемлемых форм поведения, мыслей, поступков, желаний (агрес­сивности как активности, безразличия как независимости, скупости как бережливости и т.д.), уход от принятия поступков, признание которых за собой грозило бы потерей самоуважения (дискреди­тация недосягаемого объекта).**

**Инверсия {реактивное образование) — подмена действий, мы­слей и чувств, отвечающих подлинному желанию, диаметрально противоположными, что обусловливается конфликтом между же­ланием и запретом на его удовлетворение (смена установок иод влиянием «цензора»).**

**Изоляция — отделение угрожающей, психотравмирующей си­туации от связанных с ней переживаний (например, страха, вины или стыда), от других сторон жизни субъекта — доступ неприятных эмоций к сознанию блокируется. Примитивная изоляция — это либо бегство от реальности, порой в мир фантазий, либо использо­вание химических веществ для изменения самого сознания.**

**Фантазирование — создание воображаемого приукрашиваю­щего сценария, в котором исполняются желание субъекта. Счита­ется, что фантазирование может нс только выполнять защитную функцию, но и играть роль «вознаграждения», отождествления себя с некоторым идеальным «Я». Элементы фантазирования с разной степенью осознания присутствуют почти во всех иных механизмах и стратегиях защиты.**

**При том что один человек может иметь пристрастия к преимуще­ственному использованию какой-то ([юрмы защиты, в реальной жизни мо**1**ут применяться любые их варианты в различных сочетаниях.**

**Очевидно, что подавляющее большинство защитных механизмов формируется в детстве, в семье, а позднее во взаимодействии с дру-**

гими людьми, определяющем разнообразные модификации защит­ного поколения. Чем раньше ребенок сталкинастся с психическими травмами, тем более глубокий отпечаток они накладывают на жиз­недеятельность и адаптацию повзрослевшего человека. В то же время, хотя механизмы защиты считаются частью любого невроти­ческого процесса, психологическая защита сама по себе нс рассмат­ривается как признак патологии.

В качестве специфически детских защит (Никольская, Гранов­ская, 20001 выделяют следующие:

* отказ - проявляется к отстранении от общения даже с близ­кими людьми, от пищи, игр, в уходах из дома;
* оппозиция — провоцируемый обидой или неудовлетворением капризов, просьб активный протест против норм и требований взрослых (от криков и падений до агрессивности);
* имитация незрелая форма идентификации, обнаруживаемая в стремлении во веем подражать определенному лицу или герою;
* компенсация — стремление восполнить слабость и псудачли- ность к одной области успехами в другой;
* эмансипация — борьба за самоутверждение и самостоятельность, свободу и даже за имущественные права;
* замещение — замена мишени агрессии с возможной проработкой своих чувств;
* вытеснение — замена реальных неприятных фактов вымышлен­ными, становящаяся основой лживости;
* отчуждение (изоляция) — отключение от внешнего мира и уход в собственный, в мечты и фантазии.

И М. Никольская, Р.М. Грановская также упоминают субли­мацию, регрессию и сновидения.

Принципиально важными в реализации психологических защит являются два обстоятельства. Во-первых, они определяются субъ­ективной значимостью события для человека, и поэтому задача психологических защит заключается в устранении психологиче­ского дискомфорта, а не в разрешении стрсссорной или фрустри- рующей ситуации (их вектор направлен на устранение тревоги, беспокойства, а не на их источник; изменения происходят в мире субъективных значений и смыслов, они реализуются через отно­сительно нерациональное поведение). В этом смысле психологи­ческая защита обслуживает актуальный психологический ком­форт. Во-вторых, после работы Анны Фрейд «Эго и механизмы защиты» |19'ifi, 200'i |, в которой она, но сути, ввела это понятие в научный оборот, защиты относятся к числу бессознательных, ав­томатизированных явлений. Эта точка зрения разделяется не всеми авторами, изучавшими данную проблему. Например, Ф.В. Ьассин, один из первых отечественных ученых, анализировавших значения психологических защит, считал, что они возможны и при столкно­вении вполне осознаваемых, по аффективно насыщенных уста­новок | Ьассин, 1969|.

Несмотря на позитивную роль, которую играют рассматри насмыс формы поведения в предотвращении невротических и аф­фективных расстройств, Л.Д. Демина, И.Л. Ральникова [2000] справедливо считают, что защитные механизмы обладают и двумя общими нежелательными характеристиками:

1. действуют на неосознаваемом уровне и поэтому являются средствами самообмана;
2. искажают, отрицают, трансформируют или фальсифицируют восприятие реальности, чтобы сделать се (реальность) менее угро­жающей для индивидуума.

Кроме того, их третьей общей чертой является отказ личности от деятельности, предназначенной для продуктивного разре­шения ситуации или проблемы. Поэтому по мере нарастания от­рицательного влияния извне психологическая защита, временно позволявшая личности иллюзорно-положительно воспринимать объективное неблагополучие, становится все менее эффективной, а порой и вредной, приводящей к депрессии. Аналогичные крити­ческие идеи звучат и в более ранних работах К.В. Зейгарник 119821, В.С. Ротенберга, В.В. Аршавского |1984|, В.А. Ташлыкова [ 1992] и др.

Стратегии совладения

В современной психологии все большую отчетливость начи­нает приобретать идея о необходимости разделения адаптивных психологических механизмов на защитные стратегии и стратегии совладания со стрессом и с другими порождающими тревогу собы­тиями (копипг-стратегш). В отличие от защитных, также много­численные стратегии совладания всегда осознаны, рациональны и направлены на реальный источник тревоги. Основная функция копинга состоит в реальной адаптации человека к требованиям си­туации.

Проблема копинга начала разрабатываться еще с середины XX в., а сам термин «сонладанис» впервые использовал в 1962 г. Луис Мэрфи (Lois Barclay Murphy, 1902 2003) для обозначения пре­одоления кризисов развития у детей. .Занимаясь проблемами ста­новления личности в раннем детстве, она особое внимание уделяла взаимодействию среды и организма ребенка.

Н настоящее время широкое распространение получила кон­цепция преодолевающего поведения, предложенная зарубежными исследователями Р.С. Лазарусом (Richard Stanley Lazarus) и С. Фол- кман (Susan Folkman) | Lazarus, 1966; l^azarus, Folkman, 19841.

Эти авторы определяют конинг как «когнитивные и поведенче­ские попытки управлять специфическими внешними и / или вну­тренними требованиями, которые оценены как вызывающие на­пряжение или чрезвычайные для ресурсов человека» |цит. по: Корнев, 2006, с. 24-35| и предлагают рассматривать два основных тина стратегий: проблемно-ориентированный и эмоционально­ориентированный конинги. Авторы подчеркивают, что коиинг - это процесс, который все время изменяется, поскольку личность и среда образуют неразрывную, динамическую взаимосвязь и ока­зывают друг на друга взаимное влияние.

Проблемно-ориентированный коиинг связан с попытками че­ловека улучшить отношения «человек — среда» путем изменения когнитивной оценки сложившейся ситуации, например, через поиск информации о том, что делать и как поступить, или путем удержания себя от импульсивных или поспешных действий. По­добные формы копинга, скорее всего, будут использованы, если результат столкновения оценен субъектом как поддающийся из­менению. Эмоционально-ориентированный конинг включает в себя мысли и действия, которые имеют своей целью снизить физическое или психологическое влияние стресса. Эти мысли или действия не направлены на устранение угрожающей ситуации, а просто дают человеку почувствовать себя лучше. По существу, вектор прило­жения этой формы преодолевающего поведения и его механизмы практически совпадают с вышеописанными стратегиями психоло­гической защиты. Эмоционально-ориентированные формы копинга более вероятны, если ситуация оценивается субъектом как нс под­дающаяся изменению. Психологическая защита скорее выполняет функцию отсрочки, данной сознанию для подготовки к более про­дуктивным процессам переживания неихотравмирующей си туации.

Являясь комплексным ответом на стресс, коиинг в основном опирается на когнитивные механизмы и преимущественно волевые, произвольные формы поведения. Он оказывается более сложным и онтогенетически более поздним механизмом приспособления че­ловека к окружающей среде. Лишь после многократного столкно­вения с однотипными фрустрирующими или стрсссогснными си­туациями реакции на них могут становиться все более автоматизи­рованными. Это не значит, что все формы конин г-но ведения всегда будут приводить к успешной адаптации в социуме — в принципе возможны как эффективные, так и неэффективные их варианты, обусловленные различными стратегиями: конкретными приемами и способами, с помощью которых происходит процесс совладания | Корнев, 20061.

Необходимо отметить, что непроходимой смысловой пропасти между психологическими защитами и копинг-механизмами нет, это скорее континуум, на одном полюсе которого расположены более ранние, непосредственные, аффективно-ориентированные и эк­стренные формы субъективного реагирования, а на другом более поздние, опосредованные сознанием, активные и учитывающие не только желаемое состояние индивида, но и возможности преоб­разования внешней среды. Стратегии совладания строятся на ос­нове защитных механизмов, и в обоих случаях имеется тенденция к адаптации и избеганию тревоги. Например, стратегии совладания могут иметь отношение к управлению собственными эмоциями (их редуцированию за счет изменения обстоятельств, их вызы­вающих, или за счет прямого влияния на эмоции).

Вероятность использования активных проблсмосонладающих поведенческих стратегий по мере взросления человека повышается.

Преодолевающее поведение можно рассматривать как процесс, включающий несколько последовательных стадий:

1. предупреждающая или подготовительная (предварительная оценка ситуации, выделение в ней критических изменений, с кото­рыми необходимо справиться);
2. оценка возможностей и ресурсов индивида;
3. выбор адекватных стратегий совладания, мобилизация ре­сурсов;

А) собственно совладание (непосредственное осуществление когнитивных и поведенческих усилий для решения конкретных задач);

5) завершающая (восстановление, оценка результата или пере­оценка стрсссогснности события).

Н современной психологии существуют различные перечни стратегий разрешения проблемных ситуаций, каждый из которых по-своему классифицирует конкретные их формы (эффективные — неэффективные, когнитивные — поведенческие, эмоциональные проблемно-ориентированные, по направлению: приближение из­бегание и т.д.). Широкую известность получила классификация коп и пга, предложенная американским исследователем К. Карвером |Carvor, 19891, которая включает: активный копинг (действия но устранению источника стресса); планирование своих действий в отношении сложившейся проблемной ситуации; поиск активной общественной иоллержки (помощи, совета у своего ближайшего окружения); поиск эмоциональной поддержки (сочувствия и по­нимания со стороны окружающих); подавление конкурирующей деятельности (снижение активности в отношении дел, не имеющих отношения к стрессу); обращение к религии; положительное истол­кование и рост (оценка ситуации с точки зрения ее положительных сторон и отношение к ней как к одному из источников жизненного опыта); сдерживание (ожидания более благоприятных обстоя­тельств для разрешения ситуации); принятие (признание реаль­ности ситуации); фокус на эмоциях (аффективное реагирование); отрицание стрессового события; ментальное отстранение (отвле­чение от источника стресса), а также поведенческое отстранение, использование алкоголя и юмор |см. также обзор: Нартона-Но- чавср, 1997|.

При этом необходимо иметь в виду, что когнитивные и эмоцио­нальные потребности могут конфликтовать между собой, а удовле­творение первых способно приводить к фрустрации вторых, либо, напротив, фрустрация когнитивных может провоцировать психи­ческие расстройства |Маслоу, 20071.

Кщс более радикализированным в отношении жизненных труд­ностей является понятие жизнестойкости (hardiness) [Александ­рова, 20041, которое наравне с личностным адаптационным потен­циалом [Маклаков, 2001) - черта, безусловно, позволяющая инди­виду справляться с дистрессом.

Согласно мнению одного из основных разработчиков кон­цепции жизнестойкости С. Мадди (Salvalore Maddy), будучи анта­гонистичной трусости, она включает психологическую живучесть и расширенную эффективность человека, а также является показа­телем его психического здоровья. Важнейшие характеристики жиз­нестойкости в отношении себя и окружающего мира установка на выживаемость и «включенность», которая мотивирует человека к реализации, лидерству, здоровому образу мыслей и поведению |Maddi, Khoshaba, 20051. Она дает возможность чувствовать себя значимым и достаточно ценным, чтобы полностью включаться в решение жизненных задач, несмотря на наличие стрсссогснпых факторов и изменений в противовес впаданию в состояние беспо­мощности и пассивности. .'-Эти обстоятельства требуют учета пато­психологом при формулировании им функционального диагноза.

Количественные и качественные изменения вышеупомянутых свойств и функций эмоций их неадекватное ослабление, усиление, утрата, а также нарушения динамики эмоций и и:шенения их содер­жания (например, степени реалистичности), сопровождающиеся со- циальпо-психологической и личностной лизадантацисй, мешая вы­полнению различных социал!>ных функций и обязанностей, могут трактоваться как расстройства эмоциональной сферы. Подобные нарушения выступают в качестве самостоятельных (детермини­роваться личностными особенностями, «Я-концснцисй», особой мыслительной переработкой информации), являться частными симптомами других психических расстройств, возникать как по­следствия значительных фрустрирующих (препятствующих, бло­кирующих, ограничивающих) стрессовых ситуаций, сопутствовать соматическим заболеваниям, быть следствием внешних воздей­ствий (травм, интоксикаций и т.н.). Подходы к принципам класси­фикации этих расстройств столь же многообразны, как и они сами.

Нарушения в эмоциональной сфере

Большинство нарушений в эмоциональной сфере, главным образом настроения, могут описываться с помощью категорий ги- потимии, гипертимии, паратимии, нарушения динамики эмоций, а также на более низком уровне: изменениями порогов эмоцио­нального реагирования.

Эмоциональная гиперестезия - нарушение чувственного тона, при котором обычные но силе ощущения и восприятия сопро­вождаются неадекватно обостренной эмоциональной окраской, оценкой раздражителей как травмирующих. Возникает при пони­жении порога эмоционального реагирования.

Эмоциональная гипестезия — это нарушение чувственного тона, при котором обычные но силе ощущения и восприятия сопрово­ждаются неадекватно ослабленной эмоциональной окраской. Воз­никает при повышении порога эмоционального реагирования.

Д.Н. Исаев 120011, помимо упомянутых, рассматривает еще изменения уровня чувственной сферы, выделяя две группы рас­стройств:

1. регресс чувств, наблюдаемый при выраженном шизофрени­ческом дефекте в форме исчезновения высших чувств и преобла­дания низших (элементарных) чувств, вытекающих из органи­ческих потребностей;
2. встречающийся реже прогресс чувств у некоторых психопати­ческих личностей, характеризуемый болезненным доминированием высших (предметных и мировоззренческих) чувств, т.е. чувств мо­рального, эстетического удовольствия, личного достоинства и др.

Гипотимия

С гипотимией отождествляются все виды патологически по­ниженного настроения. Психологически она сложна по структуре

**и характеризуется одновременным сосуществованием различных нарушений (меланхолической подавленности настроения, тревоги и страхов, дисфорических, апатических, адинамичсских, дснрсс- сивно-нараноидных, ипохондрических, истерических явлений, су­ицидальной настроенности, психической анестезии и др.). Крайнее проявление гинотимии — депрессия.**

**Депрессия — патологически сниженное, мрачное, подавленное или печальное настроение, сопровождающееся потерей интересов, унынием, упадком духа, снижением энергичности и тонуса, чув­ством безысходности, обреченности, разочарованием, чрезмерными мыслями о собственной виновности, либо низкой самооценкой, угрызениями совести, в далеко зашедших случаях — отчаянием и суицидными мыслями (депрессия является одной из основных причин самоубийств). У пожилых больных возникает чувство усталости от жизни, пресыщенности, отвращения к ней, желание смерти. Для людей в подобном состоянии характерна и скорбная мимика. Иногда депрессия у пожилых напоминает ипохондриче­ское состояние.**

**При наличии депрессии происходит замедление ассоциативных, мыслительных процессов, усиливаются проблемы с концентрацией внимания, утрачиваются побуждения к действию (апатия), ре­шения принимаются с трудом, в прошлой жизни выискиваются негативные стороны и события, текущая жизнь кажется мрачной, а будущее бесперспективным, утрачивается и способность к полу­чению или предвкушению удовольствий (ангедония). Возникают тягостные ощущения давления, боли, сжимания, локализованные чаще всего в области сердца. Депрессивные переживания могут со­провождаться явлением внутреннего опустошения, исчезновением эмоциональной) отклика на окружающее (оскудением родственных чувств, утратой эстетической стороны воспринимаемого), болез­ненным чувством потери такой способности.**

**Отмечаются замедление двигательной активности, расстройства сна и аппетита, снижение половых функций. В некоторых случаях, напротив, можно наблюдать тревожное речевое и двигательное воз­буждение (вплоть до ажитации), мучительное ощущение несчастья, хаотичные метания, самоповрсждения. Сниженное настроение со­храняется достаточно долго и мало подвержено колебаниям в зави­симости от изменения обстоятельств жизни больного.**

**Депрессия, несмотря на субъективную тягостность, часто сопро­вождается алекситимией — затруднением в описании своих пере­живаний.**

**У детей младшего и дошкольного возраста в клинической кар­тине депрессии преобладают соматовсгетативные и двигательные расстройства. Дети то вялы и заторможены, то беспокойны и тре­вожны. Тревога обычно сопровождается вегетативными наруше­ниями: потливостью, тремором, бледностью кожных покровов и др. Часто отмечаются расстройства сна и аппетита, энурез и энкопрез.**

**У детей младшего школьного возраста депрессии характеризу­ются, прежде всего, утратой свойственной им жизнерадостности. Ребенок теряет интерес к играм, делается обидчивым, раздражи­тельным, иногда агрессивным. Отмечаются трудности засыпания, кошмарные сновидения, энурез, запоры.**

**В препубертатном возрасте при депрессивных состояниях отме­чаются тоскливое настроение, ипохондрические идеи, выраженное снижение самооценки. В этом возрасте подавленное настроение уже может сопровождаться замедлением темпа мышления, речевой и двигательной активности, жалобами на боли в различных ор­ганах, но четких депрессивных высказываний нет, а сама депрессия имеет тенденцию маскироваться капризностью и поведенческими расстройствами |Гиндикин, 19971.**

**Симптоматика депрессивных расстройств у подростков прибли­жается к проявлениям депрессии у взрослых. Наиболее характерны ипохондрические и дисморфофобические переживания, отгорожен­ность, периодически сменяемые дисфорией. Moiyr возникать эле­ментарные и даже наивные идеи самообвинения [Нуллер, Миха­ленко, 1988|.**

**Депрессия может развиваться как но эндогенным (внутренним, наследственным — биполярное аффективное расстройство, ши­зофрения), так и но экзогенным (прсвнесснпым извне) причинам: при атрофических процессах и сосудистых заболеваниях головного мозга (например, в инволюционный период); в связи с послед­ствиями черепно-мозговой травмы; при опухолях головного мозга; на фоне инфекционно-органических заболеваний головного мозга или при тяжелых формах соматических заболеваний; на почве нар­кологических проблем (алкоголизм, наркомания, токсикомания). Следует иметь в виду, что полной изолированности эндогенных де­прессий от средовых факторов нет, последние примерно в половине случаев играют провоцирующую роль. Развернутая классификация депрессий представлена А.Ь. Смулсвичсм [20071.**

**К числу экзогенных могут быть отнесены и психогенные при­чины, приводящие к двум типам депрессий | Можгинский, 2006].**

**1. Реактивная депрессия рассматривается в качестве ответа на внешние повреждения психического равновесия с симптомами страха, печали, резкой слабости. Среди исихотравмирующих си­туаций можно назвать значимую утрату (например, разлуку, смерть близкого человека), вынужденную миграцию, конфликты в семье, школе, на работе. Они непосредственно отражаются в содержании депрессивных мыслей. Наблюдается также прямая зависимость между силой «психического удара», величиной переживаний и вре­менем их проявления: но мере отдаления от вызвавшей депрессию ситуации тяжесть депрессивных симптомов имеет тенденцию уменьшаться и со временем должно наступить выздоровление.**

**Необходимой предпосылкой для возникновения реактивной де­прессии является соответствие ситуационных моментов структуре и особенностям личности больного, у которого развивается такая депрессия. В период вы раженных симптомов реактивной депрессии нередко возникают суицидальные попытки.**

**2. Невротическая депрессия отличается от реактивной тем, что психотравмирующая ситуация нс является кратковременным и сильным «психическим ударом», а представляет собой длительно существующий межличностный конфликт или субъективно нераз­решимую проблему. Подобная ситуация вызывает перенапряжение защитных нервно-психических механизмов, затрагивает глубинные личностные структуры, связанные с процессом формирования ха­рактера и всей истории жизни человека. У таких пациентов отме­чаются снижение побуждений, расстройство сна, затруднения в ра­боте и учебе. Тяжелых типических признаков депрессии (тоски, самообвинений, заниженной самооценки, потери интересов) нс об­наруживается, депрессия больше звучит в высказываниях больных, не отражаясь существенным образом на их внешнем облике и по­ведении. Весьма часто невротическая депрессия маскируется жа­лобами соматического и вегетативного характера (боль в животе, сердце, головные боли, головокружение, сердцебиение, общая сла­бость и т.д.) — лареированная, в каком-то отношении незавершенная депрессия. Стертый характер такого расстройства осложняет его диагностику. Замечено, что признаки депрессивности часто обост­ряются в утренние часы.**

**Известный интерес представляет и психогенно обусловленная истерическая депрессия. Чаще такие состояния возникают в ответ на разрыв любовных отношений или смерть близких. В этих слу­чаях истерическая депрессия протекает с картиной патологиче­ской реакции горя. Проявления депрессии отличаются чертами театральности, нарочитости, а иногда и карикатурности. Обращает на себя внимание склонность к драматизации собственного стра­дания. Воспоминания о трагедии носят характер овладевающих**

представлений с ярким воспроизведением траурных церемоний, сцен похорон, разлуки и сопровождаются рыданиями со слезами, стонами, заламыванием рук, обмороками. Стремление привлечь внимание к своему горю нередко сопровождается демонстративным аутодеструктивным поведением с угрозами или даже попытками покончить с собой [Смулевич, 20071. Истерическая но своим про­явлениям депрессия обычно возникает у лиц, уже обладающих истерическими чертами.

Тоска — эмоциональное состояние с преобладанием грусти, подавленности и угнетением всех психических процессов, иногда адинамией. Гнетущая, безысходная тоска, сопровождающаяся ха­рактерными тягостными ощущениями мучительного сжатия, сте­снения за грудиной, в области сердца, называется прсдсердечной (витальной). Входит в структуру депрессивных и невротических синдромов (одновременно и разновидность, и проявление де­прессии). Психологическим ядром тоски, по-видимому, выступает чувство утраты, потери. Будучи сложным образованием, она также включает безнадежность, беспомощность, отчаяние, мучительную душевную боль, внутреннее напряжение, неуверенность, скрытую тревогу, утрату интересов и целей и даже бесчувствие.

Дистимия — «хроническая меланхолия», в каком-то смысле синоним невротической депрессии — менее выраженное, стертое проявление гипотимии, от которой она отличается меньшей тя­жестью, но стойкостью симптоматики (возможны короткие пе­риоды ремиссии). Черты дистимичности начинают отмечаться с детства (в форме плаксивости) и обостряться в период поло­вого созревания как реакция на любую трудность, а в дальнейшем и спонтанно. .Что хронически сниженное настроение на фоне осла­бленного энергетического потенциала, вялости, невозможности получения удовольствия от каких бы то пи было положительных факторов. При дистимии доминируют мрачные размышления, также имеется сниженная самооценка, чувство удрученности, без­надежности, плохой сои, человек теряет интерес к событиям повсе­дневной жизни, испытывает трудности в концентрации внимания, часто утомляется, но других серьезных нарушений психической и социальной деятельности нет. Она часто возникает у людей, ис­пытавших длительный стресс или внезапную утрату [Репина, Во­ронцов, Юматова, 200.'? |.

Характерны личностные особенности: низкая самооценка, безра­достность, слезливость, интроверсия, навязчивая фиксация на про­блемах здоровья, переживания собственного бессилия, низкая мо­тивация к лечению, вялость, неспособность к поддержанию нор­мальных эмоциональных отношений, трудности коммуникации, из-за чего, в свою очередь, снижается профессиональное приспо­собление и формируется социальная отг ороженность. Но когда си­туация требует от таких людей мобилизации, они могут проявить известную активность.

Лица с дистимическими проявлениями имеют тенденцию вы­плескивать их вовне в форме требований повышенного к себе вни­мания, демонстративности своего уныния и т.н.

Тревога — данный термин используется в двух основных зна­чениях |Снилбергср, 198.'3|. Н первом из них подразумевается актуальное эмоциональное состояние, характеризующееся внут­ренним волнением, беспокойством, стеснением и напряжением, локализованными в груди. Сопровождается предчувствием и бо­язливым ожиданием надвигающейся беды, фрустрации, пессими­стическими опасениями, обращенными в будущее [Ьерезин, 1988|. Тревога, предвосхищая неприятности, наиболее часто проявляется в ожидании какого-либо события, которое трудно прогнозировать. Н ряде случаев это служит основанием для отнесения тревожных расстройств не к аффективной сфере, а к нарушениям когнитив­ного компонента эмоциональности либо включения когнитивного аспекта как обязательной составляющей в феномен тревоги |см., например: Прихожан, 2000; Lazarus, 19911.

Во втором значении тревога, или, точнее, тревожность, ис­пользуется для обозначения относительно устойчивых индиви­дуальных различий в склонности индивида испытывать это со­стояние. То есть в этом случае тревожность выступает как черта личности. Наблюдения показывают, что она коррелирует с такими качествами, как развитое чувство собственного достоинства, ответ­ственности и долга, повышенная чувствительность к своему поло­жению и признанию среди окружающих.

В отличие от тоски, тревога является активирующим аффектом (при се наличии на физиологическом уровне фиксируются уча­щение дыхания, усиление сердцебиения, увеличение кровотока, повышение артериального давления, возрастание общей возбу­димости, снижение порога чувствительности). Например, тревога может возникать острыми приступами, во время которых паци­енты «не находят места», испытывают необъяснимую потребность бежать, кричать, подвергают себя самоистязаниям — тревожное возбуждение, сопровождаемое растерянностью. Г.И. Каплан и Ь. Дж. Сэдок |199ф 19981, расценивая тревогу как патологиче­ское состояние, указывают на такие сопровождающие ее физиоло­гические симптомы, как дрожь и сотрясение тела, боль в спине, го- ловныс боли, мышечное напряжение, нехватка воздуха, гинервенти- ляция, утомляемость, гиперемия или бледность кожных покровов, тахикардия, учащенное сердцебиение, потливость, похолодание рук, пониженное либидо, желудочно-кишечные расстройства, су­хость во рту, учащенное мочеиспускание, парестезия, затруднения при глотании («ком в горле»).

Выражаясь в различной степени интенсивности, тревога встре­чается как постоянный компонент депрессивного настроения. В со­ответствии с другим мнением, тревога занимает промежуточное положение между депрессией (тоской) и страхом, отличаясь от по­следнего относительной беспредметностью.

Во многих исследованиях уровень тревоги — тревожности рас­сматривается как один из важнейших индикаторов адаптирован- ности к жизни и конкретной ситуации.

Страх эмоциональное состояние или реакция, содержанием которых являются актуальные опасения человека о своем благопо­лучии или жизни. Являясь частой составляющей гипотимии, ин­тенсивность страха может колебаться в широком диапазоне: от опа­сения, боязни, испуга до ужаса и панических реакций [Жмуров, 20021.

Страх принадлежит к категории фундаментальных эмоций че­ловека, само чувство страха возникает непроизвольно, помимо воли, сопровождаясь выраженным чувством волнения, беспокой­ства или ужаса. Исходя из сказанного, страх можно определить как аффективно заостренное восприятие угрозы для жизни, самочув­ствия и благополучия человека. В свою очередь, понимание опас­ности, се осознание формируются в процессе жизненного опыта и межличностных отношений, когда некоторые индифферентные для ребенка раздражители постепенно приобретают характер угро­жающих воздействий. В этих случаях говорят о появлении трав­мирующего опыта, психологическом заражении страхом от окру­жающих ребенка лиц и непроизвольном обучении с их стороны соответствующему типу эмоциональных реакций.

Условно различия между тревогой и страхом можно предста­вить следующим образом: 1) тревога сигнал опасности, а страх ответ на нее; 2) тревога — скорее предчувствие, а страх - чувство опасности; 3) тревога обладает в большей степени возбуждающим, а страх тормозящим воздействием на психику [Захаров, 20061.

Несмотря на свою негативную окраску, страх выполняет по­лезные функции в психической жизни человека. Как реакция на угрозу и реализация инстинкта самосохранения страх позволяет избежать встречи с ней, играя, таким образом, защитную адаи-

**тивную роль в системе психической саморегуляции. Кроме того, страх — это своеобразное средство познания окружающей дей­ствительности, ведущее к более критичному и избирательному от­ношению к ней. Представления об образующих страх источниках опасности составляют часть жизненного опыта индивида.**

**В клинической литературе часто описываются навязчивые формы страха — фобии (патологическое усиление инстинкта са­мосохранения). Это необъяснимые или преувеличенные страхи перед какими-то предметами, обыденными ситуациями или физио­логическими проявлениями, которые но существу не могут быть причиной тревоги или страхов. Интенсивность подобных страхов может достигать уровня паники, утраты контроля над собственным поведением, выраженными вегетативными реакциями (непроиз­вольное мочеиспускание и дефекация, «гусиная кожа», изменение влажности кожи, спазм гортани, бледность, усиление сердцебиения, изменения диаметра зрачков, дрожь). В результате больной стара­ется избегать любого столкновения с объектом фобии, что огра­ничивает его возможности в общении и работе. Широко известны агорафобия (страх открытых пространств, общественного транс­порта, пребывания в одиночестве вне дома или в толпе), клаустро­фобия (страх замкнутых пространств), акрофобия (страх высоты), арахнофобия (страх пауков), страх публичных выступлений и т.д. Для детей типичны страхи одиночества, темноты, животных, ска­зочных псрсонажений, смерти родителей, опоздания (в школу) и некоторые другие.**

**Возможна непроизвольная передача страхов ребенку матерью в процессе повседневного общения, когда она выражает повы­шенное беспокойство но поводу воображаемых и реальных опа­сений | Захаров, 1986].**

**Дисфория — злобно-тоскливое или угрюмо-подавленное на­строение, сопровождающееся раздражительностью, изменениями общего самочувствия, переживанием особого внутреннего на­пряжения, разряжающегося вовне в виде агрессивных, разруши­тельных вспышек. В более мягкой форме выражается недоброже­лательностью, враждебностью к окружающим, придирчивостью, брюзжанием, сварливостью, склонностью к конфликтам, неуступ­чивостью. Все это может сочетаться и с недовольством собой, са­моосуждением, ненавистью к самому себе, вплоть до аутоагрсссии. Дисфория характерна для части эпилептических больных, а также при органических заболеваниях головного мозга (состояние длится от нескольких минут до нескольких суток).**

Растерянность эмоциональное состояние с переживанием не­доумения, беспомощности, «бестолковости», непонимания самых простых ситуаций и изменений своего психического состояния, которое представляется необычным, получившим какой-то новый, неясный смысл. Типичны свсрхотвлскасмость внимания в ответ на совершенно незначительные изменения во внешней среде, во­прошающее выражение лица, позы и жесты озадаченного и крайне неуверенного человека. Характерно произнесение слов с вопроси­тельными интонациями. Речь таких больных обеднена, сбивчива, непоследовательна, временами бессвязна, прерывается паузами и продолжительным молчанием. Большинство из больных малопод­вижны, реже - двигатсльно возбуждены. На лице либо застывшее выражение удивления, сосредоточенности, обескураженности, либо эти мимические движения сменяют одно другое | Морозов, 1988|. Растерянность как патологическое состояние типична для шизо­френии и органических психозов и может рассматриваться как одна из форм расстройств самосознания.

Гипертимия

Гипертимия обобщенное название целого ряда форм болез­ненно повышенного настроения.

Эйфория приподнятое, беспечное, веселое, праздничное, без­основательно жизнерадостное настроение, сопровождающееся при­ливом бодрости, оптимизма, инициативы, переживания счастья, субъективно хорошим самочувствием, ощущениями безоблачной радости, «лучезарности», «солнечности» бытия, но с поверхностной оценкой своего состояния и поведения. Эйфория часто сочетается с грубыми изменениями всей психической деятельности и пове­дения, которое лишается целенаправленности.

Эйфория может наблюдаться у психически здоровых лиц в состоянии легкого алкогольного и наркотического опьянения (каждому наркотику свойственна своя эйфория), во время ме­дицинского наркоза, иод влиянием хронической интоксикации. Имеете с тем эйфория в сочетании с элементами двигательной расторможснности и мимического оживления может быть ранним признаком ряда тяжелых заболеваний: опухоли мозга, сифилиса мозга, прсдынсультного состояния у больных с сосудистым пора­жением головного мозга; она может возникать в остром периоде черепно-мозговой травмы, в предсмертном периоде (по-видимому, как следствие гипоксии мозга). Особую роль в формировании ги­поксии играют поражения лобных долей. При тяжелых сомати­ческих заболеваниях появление эйфории обычно сопровождается анозогнозией, что представляет серьезную опасность для больного из-за недоучета им тяжести своего состояния и, как следствие, не­правильного поведения.

Эйфория в литературе часто противопоставляется гипертимии (в узком понимании) и нижеописанной гипомании, в которых под­черкивается повышение двигательной и интеллектуальной актив­ности, в отличие от эйфории, при которой, напротив, реальная мы­слительная деятельность может замедляться, а се продуктивность падать («тихая радость»). Н последнем случае целесообразно гово­рить о благодушии, которое часто выделяется в самостоятельное эмоциональное расстройство.

благодушие — разновидность эйфории — эмоциональное со­стояние с оттенком довольства, беспечности, со всяким отсутствием критичности, но без стремления к деятельности. Типично равно­душие к внешней ситуации, настроению или отношению окру­жающих, своему состоянию и своей судьбе и т.д. Обычно наблю­дается на фоне интеллектуальных дефектов, деменции, сосудистых заболеваний головного мозга, при органических повреждениях его лобных долей.

Мания патологически приподнятое, стойкое настроение, ко­торое может варьировать от беспечной веселости до неконтролиру­емого возбуждения. Сопровождается гиперактивностью, непоседли­востью, ускорением у больных мыслительных процессов, которые могут становиться беспорядочными, избыточной говорливостью и сниженной потребностью в сне, преувеличенным чувством фи­зического и эмоционального благополучия, непоколебимым опти­мизмом. Внимание рассредоточено, отмечается выраженная отвле- касмость, поведение расторможено, самооценка физических и ум­ственных способностей завышенная, грандиозные планы кажутся легко осуществимыми, препятствия недооцениваются, встречаются идеи величия, собственной гениальности. Содержание высказы­ваний непоследовательно. Больные легко переходят от одной темы к другой, постоянно отклоняясь от основного предмета разговора. При усилении речевого возбуждения нс успевающая закончиться мысль уже сменяется другой, вследствие чего высказывания ста­новятся отрывочными («скачка идей»). Мимика отличается живо­стью, движения быстры и порывисты, жесты и позы подчеркнуто выразительны. Неадекватно возрастает количество стимулов, побу­ждающих человека к действиям.

Усиливаются инстинктивные формы поведения, в частности пи­щевого и полового, что может сопровождаться необдуманными по­ступками в неадекватных обстоятельствах (в силу ослабления кри­тики к себе планка морально-этических норм снижается). Могут меняться и перцептинные процессы н сторону более яркого воспри­ятия цветов и проработанности мелких деталей, начинают разли­чаться более топкие оттенки звуков. Вольные в состоянии мании, как правило, оживлены, беспечны, смеются, ноют, танцуют, полны радужных надежд, вычурно одеваются, острят, теряют чувство ди­станции. В некоторых случаях приподнятое настроение быстро сменяется подозрительностью и раздражением.

Мания характерна для маниакальной фазы маниакально-де­прессивного психоза (биполярного аффективного расстройства).

Гипомапия — легкая степень мании, характеризующаяся продол­жительным незначительным подъемом настроения (как минимум в течение нескольких дней), повышенной энергичностью, актив­ностью и успешной предприимчивостью, чувством благополучия, физической и психической продуктивностью, ускоренным образо­ванием ассоциаций, облегченными и поверхностными суждениями, остроумием (без бреда и галлюцинаций, типичных для мании). Также часто отмечаются повышенная общительность, чрезмерная фамильярность, повышенные сексуальность и аппетит, растет по­требность в алкоголе, но сниженная потребность в сне. Гипомания может сопровождаться изменением норм социального функциони­рования, неадекватным самомнением и огрубленным поведением, разбросанностью поступков, их безответственностью.

В детском возрасте гипомания приобретает черты чрезмерной веселости, подвижности, дурашливости и расторможен пости вле­чений.

Мория (греч. топа — глупость) патологически повышенное, немотивированное настроение с беспечностью, дурашливостью, смешливостью, склонностью к неуместным выходкам, плоским, циничным или грубым шуткам, каламбурам, проказам, сопрово­ждаемым двигательным возбуждением, расторможенностью ин­стинктов, аморальными поступками (часто наблюдается в рамках деменции). Ускорения течения ассоциаций и продуктивного ожив­ления деятельности не наблюдается. Возможно появление легкой оглушенности сознания. Мория встречается при опухолях лобно­базальной локализации, черепно-мозговых травмах, интоксика­циях. В клинической литературе известна как синдром Врунса Ястровица.

Экстаз чрезвычайно повышенное, экзальтированное со­стояние с чувством наивысшего, доходящего до исступления вос­торга, восхищения, счастья, самозабвения, воодушевления, нередко с религиозным мистическим оттенком переживаний, сопровож­дающееся утратой контроля над восприятием действительности (обманы, галлюцинации), нарушением контакта с окружающим миром, а также некоторыми изменениями сознания и поведения. Экстаз иногда рассматривается как крайняя степень мании, на­блюдаемая при эпилепсии, шизофрении, истерии и отравлениях. Творческие «вдохновение» и «озарения», сопровождаемые необы­чайным эмоциональным подъемом, также в психологии могут трак­товаться как разновидности экстатического состояния.

Н ряде случаев высота экстатического аффекта сопровождается обездвиженностью и замедлением всех жизненных функций.

Гневливость — это высшая степень раздражительности и злоб­ности в сочетании с недовольством окружающими, склонностью к агрессивным, разрушительным действиям. Может проявляться либо короткими вспышками, возникающими, например, при про­тиводействии желаниям больного или при несогласии с ним, либо носит постоянный характер.

Циклотимия - нерезкие, но регулярные колебания настроения от приподнятого до легкой депрессии, при том, что временами на­строение может быть нормальным. Изменения настроения при ци­клотимии обычно воспринимаются человеком как нс связанные с текущими жизненными событиями, что и позволяет, начиная с работ Э. Крсчмера [2003], иногда рассматривать се как обуслов­ленное биологическими особенностями врожденное расстройство темперамента | Каплан, Сэдок, 20021.

Значительное по выраженности чередование маниакальных и депрессивных состояний, порой сопровождающихся психоти­ческой симптоматикой, в настоящее время квалифицируется как биполярное аффективное расстройство, рапсе трактовавшееся как маниакально-депрессивный психоз (МДП).

Царатимия - извращенное эмоциональное реагирование, нару­шение единства между эмоциями и другими компонентами психи­ческой деятельности. Н основном может выражаться: качественным несоответствием, неадекватностью аффективных проявлений вы­зывающей их причине, ситуации или содержанию сознания (ин­версия эмоций — возникшая эмоциональная реакция не совпадает с ожидаемой); болезненными аффективными реакциями, которые не обусловлены внешними раздражителями; одновременным со­существованием двух противоположных по модальности эмоцио­нальных состояний или оценок по отношению к одному и тому же явлению, индивиду или предмету (аффективная амбивалент­ность). Крайние варианты амбивалентности выражаются в не­способности осознавать сам факт конфликтности возникающих к одно и то же время полярных эмоций, по кратковременная ам­бивалентность — это часть нормальной системы отношений, часто обусловленная объективной неоднозначностью роли данного объ­екта в жизни человека. Паратимии встречаются при личностных, невротических и шизофренических расстройствах, а также у лиц с умственной отсталостью.

Одной из относительно распространенных форм паратимии является симптом «стекла и дерева», который характеризуется сочетанием сниженной эмоциональности, притупленности, черст­вости и жестокости с повышенной ранимостью, чувствительностью (вплоть до слезливости и сентиментальности) к отдельным из­бранным аспектам реальности, при этом сила и качество эмоцио­нальной реакции перестает соответствовать значимости раздражи­теля.

Нарушения динамики эмоций

Нарушения динамики эмоций (темна протекания, возникно­вения и изменения) выражаются следующими феноменами.

Эмоциональная лабильность — быстрая и частая, производящая впечатление капризности смена эмоций, их полярности без доста­точных оснований или вообще беспричинно (причина может быть непонятна не только внешнему наблюдателю, но и самому субъ­екту). Встречается при астенических состояниях, истерических проявлениях.

Тугоподвижностъ эмоций (инертность, ригидность) — дли­тельное застревание на одной эмоции, часто отрицательной (обида, огорчение и т.н.) при уже исчезнувших поводе или вызвавшей ее неихотравмирующей ситуации. Является составной частью эпилеп­тических изменений личности.

Эмоциональная вязкость смежное тугоподвижности (а иногда и совпадающее с ним по направленности) эмоциональное явление, которое может, в частности, выражаться в злопамятности, привер­женности к раз и навсегда заведенному распорядку жизни, в кон­серватизме во взглядах и привычках, в косности и оппозиционном отношении к новому, в длительной сосредоточенности на неудачах, в прилипчивости к волнующим темам и т.н. [Жмуров, 1994|. Оче­видно, что в таком понимании эмоциональная вязкость подразу­мевает специфические, норой причинно-следственные изменения внимания и мотивации.

Слабодушие — эмоциональная сверхчувствительность, невоз­можность сдержать внешние, обычно контролируемые волевым усилием, проявления эмоциональных реакций. Встречается при нс-

нротичсских расстройствах, психоорганичсском синдроме, на фоне возрастных изменений личности, при атеросклерозе сосудов го­ловного мозга. Слабодушие не следует путать с утонченной эмоцио­нальностью, свойственной творческим личностям.

Нарушения эмоций по интенсивности (напряженности)  
и экстенсивности (широте)

Побледнение эмоций — снижение интенсивности (силы) эмоцио­нальных проявлений, сопровождающееся уменьшением вырази­тельности (экспрессивности) мимики, голоса и жестов, наблюда­ется блеклость аффекта. Например, отсутствует эмоциональная ре­акция при перемене темы разговора. Вместе с тем при заострении ситуации вызываются адекватные по направленности, но кратко­временные и нестойкие эмоции. Все это сочетается с ослаблением инициативы и снижением продуктивной активности.

Эмоциональная тупость (оскудение эмоций) — бесчувствен­ность, безразличие, душевная холодность, черствость, бессердечие, опустошенность («паралич эмоций»), состояние, в первую очередь связанное с резким недоразвитием или утратой высших эмоций. Отсутствует эмоциональный отклик при восприятии эмоций окру­жающих, речь лишена мелодичности, образности, мимика бедная, жестикуляция скудная, однотипная. Инстинктивные, органические эмоции, как и эмоциональный тон ощущений, остаются относи­тельно сохранными, но плохо контролируемыми. Предельное обед­нение эмоций может достигать уровня апатии.

Апатия — состояние полного эмоционального безразличия и отрешенности. Вольные равнодушны ко всему происходящему, к близким, собственной судьбе. Апатия сочетается с полной безде­ятельностью больного, безынициативностью, снижением волевой активности, безразличием к своей внешности. Возможны замед­ление реакций и провалы в памяти. Встречается как симптом ши­зофрении и как временное состояние в остром периоде черепно­мозговой травмы (контузии), при опухолях мозга, атрофических процессах (в том числе возрастных) головного мозга. К апатии могут приводить перенесенный стресс, длительные периоды физи­ческого или эмоционального напряжения.

Эмоциональное огрубение — утрата тонких эмоциональных диф- ференцировок, неспособность определять уместность и дозировать эмоциональные реакции, что наиболее ярко проявляется в сфере высших чувств и в отношениях с окружающими. Вольные теряют присущие им ранее сдержанность, деликатность, учтивость, такт, чувство собственного достоинства и уважения к другим, утра-

**чивают чувство дистанции, нравственное чутье, становятся назой­ливыми, циничными, бесцеремонными.**

**Эмоциональная нивелировка — исчезновение дифференцирован­ного эмоционального реагирования, ранее свойственного данному субъекту. Проявляется в уравнивании выраженности эмоцио­нальных реакций на объекты, события, ситуации, потребности, виды деятельности различной значимости. В эмоциях пропадают оттенки, полутона, в реагировании возникает шаблонность.**

**Сужение эмоционального резонанса — разрастание области без­различия в окружающем мире, уменьшение спектра ситуаций и объектов, вызывающих интерес, волнения, заботу. Возникает ощущение разобщенности с внешним миром, оторванности от него (компоненты дереализации). Утрата эмоциональной стороны вос­приятия весьма болезненно переживается самим человеком.**

**Эмоциональная патологическая инверсия иногда рассматривается в качестве частного и крайнего случая сужения эмоционального ре­зонанса до удовлетворения лишь внутренних утилитарно-физио­логических (гедонистических) потребностей. Возможна при эпи­лепсии и старческих психозах.**

**Эксплозивность (взрывчатость) — чрезмерная эмоциональная возбудимость с бурными вспышками аффектов, в особенности ярости, гнева, сопровождаемые агрессией, направленной вовне или на самого себя. При этом доминируют злобно-тоскливое на­строение, страх или восторженно-приподнятое состояние. Экс­плозивность можно рассматривать как готовность к состояниям аффекта, включая патологический. Такой тип эмоциональной па­тологии свойствен эпилепсии, некоторым органическим заболева­ниям головного мозга.**

**Алекситимия — индивидуальная особенность или личностная черта, выражающаяся неразвитостью целого ряда эмоционально- лифференцировочнмх способностей, в том числе сужением спо­собности к гностическому отражению собственных эмоций. Термин введен американским психиатром Питером Сифнсосом |Sifncos, 1973).**

**Алекситимия характеризуется проблемами в определении и описании собственных эмоциональных состояний, переживаний; затруднениями в проведении различий между чувствами и теле­сными ощущениями; снижением способности к символизации, фо- кусированностью личности в большей мерс на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях |Клиническая..., 20021, скудно­стью содержания фантазий и других проявлений воображения. Значительное число таких пациентов использует для описания**

собственного эмоционального состояния бедные и бесцветные вы­ражения, им недостает воображения, интуиции и эмпатии. Харак­теристика своей эмоциональной сферы преимущественно дастся в терминах пустоты, скуки и усталости. Производными становятся и нарушения коммуникативных функций.

По мнению В.В. Николаевой 119911, лица с алскситимисй также отличаются примитивностью жизненной направленности и инфан­тильностью, преобладанием наглядно-действенного мышления, слабостью функции категоризации в мышлении. Другие ученые, напротив, подчеркивают отсутствие связи между алскситимисй и уровнем интеллекта.

Причины алекситимии до конца нс изучены, но известно, что она имеет связь с психосоматическими расстройствами, может встречаться в норме и являться следствием нарушенного межно- лушарного взаимодействия, возникать как следствие некоторых черепно-мозговых травм. Причем, основываясь прежде всего на личном опыте, вербальная оценка эмоций у каждого человека окрашивается индивидуальным субъективным смыслом и по- своему неповторима. Поэтому источники алекситимии иногда на­ходят в дисфункциональных стереотипах семейных отношений, в рамках которых свободная экспрессия чувств с помощью эмоцио­нально содержательных слов нс поощрялась, а использовались формальные выражения, «пустые» слона, не способные порождать эмоциональный резонанс и обеспечивать лучшее взаимопонимание и самопонимание.

Патологический аффект

Ксли при обычном аффекте психофизиологические реакции хотя и сильны, но не выходят за пределы нормы, патологический аффект характеризуется кратковременным нарушением психи­ческой деятельности, выражающимся бурной эмоциональной ре­акцией, возникающей без повода, не адекватной по силе вызвав­шему ее раздражителю, либо в ответ на ключевую для личности травматическую ситуацию. Расстройства настроения при этом, как правило, сочетаются с глубоким помрачением сознания и автома­тическими, бесцельными или опасными действиями (жестокое на­силие, тяжкие повреждения, убийство). Агрессивный акт, соверша­емый в состоянии патологического аффекта, чаще всего не вяжется с вежливым и сдержанным поведением испытуемого в обычном со­стоянии.

По вопросу о степени расстройства сознания при патологиче­ском аффекте среди ученых нет единого мнения, поскольку в ряде

**случаев при аффекте поступки могут, напротив — осознаваться с необычной яркостью. Нарушения сознания часто объясняются рядом изменений со стороны кровообращения, кровенаполнения сосудов, в частности расстройством иннервации сосудов и наруше­нием кровообращения в мозгу.**

**Патологические аффекты в одних случаях могут возникать на почве скрытого психоза, в других они имеют самостоятельный характер у людей, не демонстрирующих заметных психотических признаков. В противоположность этим взглядам ряд авторов счи­тает, что у здоровых людей, не являющихся носителями патоло­гической почвы (нервная неустойчивость, признаки выраженной акцентуации характера, исихоиатизация личности, эпилепсия), па­тологического аффекта быть нс может. Некоторые авторы к числу предрасполагающих причин относят даже общий культурный уро­вень человека, полагая, что подобный аффект может возникнуть в результате оторванности от образцов цивилизованного поведения («дикости») и невоспитанности. Типичным для аффективных со­стояний является то, что действия, как бы они ни были сильны и разрушительны, почти всегда адресованы определенному кругу лиц, с которыми связаны избирательные представления, — оскор­бителю, сопернику и т.н. | Калашник, 1984|.**

**Различают три стадии (фазы) развития патологического аф­фекта.**

1. **Подготовительная стадия. Характеризуется в принципе сохранным сознанием, но нарастанием напряженности отрица­тельных эмоций, некоторой односторонностью восприятия и из­быточной концентрированностью на психотравмирующих пережи­ваниях, неспособностью «трезво» оценивать ситуацию, расстрой­ствами вегетатики (бледность или покраснение лица, дрожание губ, задержка дыхания и т.н.).**
2. **Стадия взрыва. Возникает глубокое нарушение сознания с расстройствами ориентировки, речевой бессвязностью и обычно бурным двигательным возбуждением, утратой самообладания, не- целенаправлениым стереотипным (автоматизированным) поведе­нием со склонностью к агрессии. Агрессивные действия, наблюда­емые в этой фазе, будучи обусловлены местью, ревностью, завистью и т.н., как правило, выражаются в нападении, разрушении, борьбе, гневе, ярости, негодовании (агрессия — это любая преднамеренная форма поведения, нацеленного на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обра­щения | Бэрон, Ричардсон, 20011). В некоторых случаях вместо аг­рессивных действий поведение приобретает пассивный характер**

и выражается в растерянности, бесцельной хлопотливости, нсос- мыслснпости ситуации и т.ц.

3. Заключительная стадия. Характеризуется признаками рез­кого психического и физического истощения, человек впадает в со­стояние отупления, безразличия либо глубокого сна, после пробу­ждения от которого обнаруживается иол Hail или частичная амнезия на происходившее в период аффекта.

Эмоциональный шок

Эмоциональный шок (эмоциональный паралич) — состояние, по психологическому профилю полярное патологическому аф­фекту; его пусковым механизмом является не личностно и соци­ально ориентированная психотравма (как в последнем случае), а ситуации внезапных тяжелых душевных потрясений на почве общих природных (землетрясения, цунами) или военных, тех­ногенных (масштабные аварии) катастроф, сочетающие в себе и внешние утраты, и актуальную угрозу жизни. Впечатление, испуг, производимые такими ситуациями, настолько сильны, что вместо ожидаемой манифестации эмоций происходит обратное — их бло­када: возникают «тупая апатия» |Шнайдер, 1999], безучастность, равнодушие, потеря чувства сострадания, при том что когнитивные функции и сознание в целом практически не нарушаются, а само поведение продолжает оставаться относительно целесообразным. После прохождения эмоционального шока потерь памяти (ам­незий) на происходившие события не наблюдается. Волос того позднейшие воспоминания о них могут пробуждать весьма яркое аффективное сопровождение.

Категория эмоционального паралича может использоваться и в нейропсихологии, в отношении так называемых «лобных» больных, где эмоциональные потери входят в состав более общих лич­ностных изменений, включая благодушие, утрату критичности и др., имеющих отношение к функциональным нагрузкам поврежденных участков соответствующих зон мозга (а нс следствием мощных пси­хогенных воздействий на практически здорового человека).

Посттравматическое стрессовое расстройство

Посттравматичсскос стрессовое расстройство (ПТСР) в отличие от патологического аффекта и эмоционального шока является от­ставленной или затяжной реакцией после пребывания в экстре­мальных, выходящих за рамки привычного опыта условиях (в по­следние годы говорят и о непредвиденной потере объекта особой привязанности или значимого другого).

Н качестве важных характеристик тяжелого психотравмирую­щего фактора выступают неожиданность, переживание беспомощ­ности, стремительный темп развития катастрофического события и длительность воздействия, а также повторяемость в течение жизни.

Помимо тяжести стрсссорного фактора важную роль играет уязвимость индивидуума к ПТСР, о которой свидетельствуют не только такие особенности, как незрелость, астенические черты, гинерсснситивность, зависимость, склонность к чрезмерному контролю, направленному на подавление нежелательной эмоции, но также склонность к виктимизации (тенденции оказываться в роли жертвы при аналогичных ситуациях) или черты травмато- филии (удерживание травматического опыта). Н последнее время все большее значение придается психологическим аспектам стресса, в частности жизненной значимости события, включая отношение личности к угрожающей ситуации с учетом моральных ценностей, религиозного и идеологического мировоззрения. Предрасполага­ющим фактором может стать физиологическое состояние в момент получения травмы, особенно соматическое истощение на фоне на­рушения стереотипа сна и приема нищи [Андрющенко, 2000[. Счи­тается, что ПТСР наблюдают у 50-80% лиц, оставшихся в живых после катастроф [Понов, Вид, 20021.

Признаками такого рода расстройства являются навязчивые воспоминания о происшедших событиях (они «застревают» к па­мяти), кошмарные сновидения, возникновение чувства страха иод влиянием ситуаций, символизирующих или напоминающих какой-либо аспект травмирующего события (воспоминания пе­реживаются как события, происходящие сейчас в реальности), попытки избегания мест и воспоминаний, уклонение от встреч с людьми, связанными с происшедшим, ощущение отстраненности или отчужденности от окружающих, снижение уровня эмоцио­нального реагирования, ощущение отсутствия перспективы в бу­дущем, черты социально-трудовой дизадаитации и др. У детей, помимо указанных, возможны негативные фантазии о травме, ко­торые вмешиваются в повседневную жизнь, отстранение от про­явлений телесных ощущений и переживаний, актуализируется чувство вины. У взрослых чувство вины может приобретать форму переживания за то, что остался жив, при гибели остальных. ПТСР может характеризоваться и мнсстическими нарушениями, а также нарушениями, отражающими характер экстремального воздействия (например, иллюзиями колебания земли после зем­летрясения), переориентацией интересов на частную жизнь |Сму- лсвич, Ротштсйп, 1999|.

Предполагается, что важную роль в феноменологии IITCP играют особым образом реорганизованные механизмы памяти, благодаря которым ярко негативно окрашенные воспоминания с течением времени не подвергаются обычным изменениям (сти­рание деталей, обобщение, свертывание, видение в контексте), они нс включаются в когнитивную переработку и не становятся «прошлым».

Эмоциональные расстройства, специфические для детского  
возраста (по МКБ-10)

В клинической литературе традиционно проводится дифферен­циация между эмоциональными расстройствами, специфическими для детского и подросткового возраста, и типом невротических расстройств зрелого возраста. Существует четыре аргумента, явля­ющихся основанием для подобной дифференциации.

Bo-нсримх, подавляющее большинство взрослых, имевших эмоциональные расстройства в детстве, не обнаруживают их при­знаков в дальнейшем. Подобная связь — их корреляция с тре­вожной патологией, описанной в зрелом возрасте, — отмечается лишь у меньшинства. И напротив, специфика многих невротиче­ских расстройств, появившихся в зрелой жизни, нс имеет своих значимых психопатологических эквивалентов в детстве. Следова­тельно, есть существенный разрыв между эмоциональными рас­стройствами, встречающимися в этих двух возрастных периодах.

Во-вторых, многие эмоциональные расстройства в детстве скорее представляют преувеличения нормальных тенденций в про­цессе развития, чем феномены, которые сами по себе качественно анормальны.

В-третьих, часто возникают теоретические предположения, что вовлеченные психические механизмы у детей не являются теми же самыми, что и у взрослых. Имеется существенный качественный (особенно в сфере причин) разрыв между эмоциональными рас­стройствами, встречающимися в этих двух возрастных периодах.

В-четвертых, эмоциональные расстройства детского возраста менее ясно дифференцируются на предположительно специфи­ческие состояния, такие как фобические расстройства или навяз­чивые расстройства.

Тревожное расстройство, вызванное разлукой

Наличие некоторого фона тревоги, связанной с угрозой отде­ления от опекающих ребенка лип (обычно родителей или других членов семьи, к которым ребенок привязан), вообще характерно

**для младенцев и детей дошкольного возраста. Настораживающим обстоятельством становятся тс случаи, когда подобная тревога на­чинает выходить за границы статистической нормы и когда она нс является чертой, присущей ребенку независимо от провоциру­ющей сс ситуации. В большинстве случаев это результат непра­вильного стиля воспитания потворствующей гиисрпротскции, обучения детей быть чрезмерно боязливыми, либо нсихотравма- тизации ребенка в грудном возрасте, вызванная реальным расста­ванием с матерью. Психологически понятные страхи приобретают сверхценный характер, страдает автономность, самостоятельность поведения.**

**В МКЬ-10 тревожные расстройства детского возраста представ­лены в рубрике «Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста». Большая их часть является но существу преувеличением нормальных тенденций в процессе развития. Тревога у ребенка может приобретать следующие формы | Понов, 2002 (:**

1. **стойкое, нереалистическое опасение несчастья, которое может произойти с главным лицом ближайшего окружения, или страха, что родители оставят его и не вернутся;**
2. **нереалистическое опасение, что какой-либо неблагопри­ятный случай разлучит ребенка с лицом, к которому испытыва­ется большая привязанность (ребенок потеряется, будет похищен или его убьют);**
3. **упорное нежелание идти в школу из-за страха расставания, а не но другим причинам;**
4. **отказ идти спать одному или вне дома из-за опасения поте­рять значимое лицо;**
5. **повторяющиеся ночные кошмары о разлуке;**
6. **повторное появление соматических симптомов (тошнота, боли в животе, рвота, головные боли и т.д.) в ситуациях, связанных с расставанием;**
7. **рецидивирующий дистресс (тревога, плач, раздражение, апатия, уход в себя и т.д.).**

**В подростковом возрасте присутствует избыточная потребность привлекать родителей для бытовых мероприятий.**

фобическое тревожное расстройство

**В детском возрасте это расстройство правомерно рассматривать как клинически и патогенетически неоднородный симптомоком- плскс, где тревожные расстройства являются доминирующими и в сочетании с личностными особенностями определяют наблю-**

дасмую клиническую картину. Среди таких особенностей назы­вают проявления психического инфантилизма в виде повышенной впечатлительности и внушаемость |Хрущ, 1998J. Определенную роль в возникновении тревожных расстройств играет генетическая основа, сопровождаемая наслоением социального опыта ребенка.

Н детском возрасте, как и во взрослом, может существовать большое число страхов в отношении широкого спектра объектов и явлений внешней среды, часто выполняющих полезную, адап­тивную функцию. Часть таких страхов соответствует фазе воз­растного развития (или соответствовала при возникновении), но становится анормальной по тяжести и порождает существенные социальные нарушения (страхи сказочных персонажей, снови­дений, страх расставания с родителями, одиночества, темноты, в старшем дошкольном возрасте — страх смерти, позднее — страх опоздать в школу, в подростковом возрасте страх несоответствия требованиям окружающих и др.) |Захаров, 2000|.

У детей с нарушениями формирования аффекта типична тен­денция к особой сснзитивности к негативным ситуациям, также называемой негативной аффсктивностью, фактически включающей эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты. Встречается длительная фиксация на негативных переживаниях, а также тенденция к распространению подобного типа реагиро­вания на схожие ситуации, возникает необоснованное внутреннее беспокойство, мучительное чувство неопределенной угрозы.

Тревожно-фобические расстройства в детстве могут обнару­живать связь с ранее произошедшим сильным дистрессом (ис­пугом, смертью или отъездом одного из родителей, разводом И Т.Д.) или длительной неустранимой психотравмирующей ситуацией (запугиваниями, тяжелыми внутрисемейными отношениями, бо­лезнью одного из родителей и т.д.) [Савостьянова, 2001 ].

Социальное тревожное расстройство

Некоторый страх перед незнакомыми людьми (и взрослыми, и сверстниками) — обычная составляющая первых лет жизни ре­бенка, равно как и тревога при столкновении с новой, незнакомой социальной ситуацией. Они приобретают форму расстройства в возрасте, когда страх посторонних, беспокойство при неожи­данных новостях, становясь аномальным по степени и стойкости, перестает быть нормой, что обычно происходит в промежутке от 3 до в лет. Предпосылками для этого могут явиться затяжные заболе­вания, психические травмы, особенности темперамента, поощрения со стороны родителей робости в поведении ребенка.

**Становится очевидной разница в поведении в домашней обста­новке (дети достаточно оживлены и адекватны в общении с близ­кими людьми) и внссемсйной обстановке, что сопровождается проблемами социального функционирования (робеют, краснеют, переходят на шепотную речь или молчат, стараются спрятаться, плачут при попытке вовлечь их в коллективные игры). В подрост­ковом возрасте у таких детей нередко наблюдается задержка со­циального развития.**

Расстройство сиблингового соперничества

**Сиблинги (сибсы) — родные братья и сестры. Большинство ма­леньких детей демонстрируют легкую степень эмоциональных рас­стройств, наступающих вслед за рождением младшего сиблинга, но в некоторых случаях возникшие эмоциональные реакции рев­ности или соперничества могут отличаться стойкостью. Внешними проявлениями в таких случаях становятся: открытая жестокость к младшему, его принижение, нежелание делиться, отсутствие по­ложительного внимания, регрессия ранее приобретенных навыков вплоть до младенческого уровня (что может интерпретироваться как попытка переключить на себя родительское внимание и лю­бовь), социальная отгороженность, оппозиционное или конфрон­тационное поведение с родителями, вспышки гнева и дисфории.**

**В проекте МКБ-11 рубрика «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и под­ростковом возрасте» (F90 — F98) исключена, что мотивируется отсутствием связи соответствующего симптома с конкретным за­болеванием.**

**Flo среди составляющих ее групп расстройств «Социальное тре­вожное расстройство» сохранено в разделе «Тревожные и связанные со страхом расстройства», где трактуется в контексте нс только дет­ского, но и взрослого возраста (страх публичных ситуаций и нега­тивных оценок окружающих). «Тревожное расстройство, вызванное разлукой» переадресовано в тот же раздел иод названием «Ссиара- ционное тревожное расстройство» (Separation Anxiety Disorder), где подразумеваются не только симптомы, характерные для детей, но и отрыв от объекта привязанности, по отношению к которому у взрослого субъекта имеются глубокие эмоциональные связи.**

**Однако указания, присутствующие в МКБ, являются руковод­ством прежде всего для врачебного персонала, обеспечивая еди­нообразие принципов статистического учета зарегистрированных расстройств. Это не должно исключать возможности более тонкого психологического анализа подобных феноменов под углом зрения их причинности и специфики в функциональном диагнозе у детей.**

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Череп какие каналы реализовываются эмоции?**
2. **Какими параметрами характеринуются эмоции?**
3. **Опишите основные функции эмоций.**
4. **Какие уровни эмоционального впаимодейстния с внешним миром вы­деляет В.В. Лебединский?**
5. **В чем наключаются сложности трактовки чувств и эмоций?**
6. **В чем ра:шица между фивиологическим и патологическим аффектом?**
7. **Черев какие фавы проходит раввитие стресса но Г. Селье и в чем осо­бенности эмоционального стресса?**
8. **В чем психологическая сущность состояния фрустрации? f). Каковы причины и проявления госииталиэма у ребенка?**
9. **Охарактерипуйте новитивные и негативные стороны срабатывания пащитных механизмов.**
10. **В чем различия итогов реализации защитных механизмов и копит стратегий?**
11. **С помощью каких клинических терминов могут описываться рас­стройства эмоционального фона и эмоционального реагирования?**
12. **Дайте описание различных видов гинотимии.**
13. **Как депрессия проявляется в детском и подростковом возрасте?**
14. **Какие значения приписываются терминам «тревога» и «тревож­ность»?**
15. **Опишите формы гипертимии.**
16. **Как между собой соотносятся эйфория и благодушие?**
17. **Как квалифицируется извращенное эмоциональное реагирование и какие формы оно принимает?**
18. **Через какие стадии (фазы) проходит развитие патологического аф­фекта?**
19. **В чем отличие эмоционального шока от патологического аффекта?**
20. **Опишите признаки и предпосылки посттравматического стрессового расстройства.**
21. **Какие эмоциональные расстройства типичны для детского возраста?**
22. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Но мнению Л.И. Вассермана и О.Ю. Шелковой |2004], ведущая роль в клинико-психологических исследованиях принадлежит идентификации и определению степени выраженности таких эмоционально-аффективных нарушений, как депрессия, тревога, эмоциональная лабильность, дисфория, апатия, а также повы­шенная психическая истощасмость, астения, при том что в этом во­просе приоритет принадлежит клиническому методу исследования.

У детей серьезной причиной для более углубленного обследо­вания является отсутствие реакции на похвалу и замечания. В экс-

исримснтс информативны реакции на неуспех: например, такие как переход к хаотическому перебору вариантов решения, наличие агрессивных действий, отказы, постоянные поиски помощи взро­слого. Особая роль при исследовании эмоциональной сферы детей принадлежит принципу динамического изучения самого процесса формирования психики и учета недостаточного развития интро­спекции детей, что ограничивает использование ряда методик (на­пример, опросников), вполне уместных для взрослых. Не только у детей, по и у взрослых часто приходится ориентироваться на са моотчеты испытуемых, в которых отражается модальность пережи­вания. Известную роль играют различные аппаратурные методы фиксации мимики больного или демонстрация ему для иденти­фикации портретов, в которых смоделированы различные эмоцио­нальные состояния. Способы эмоционального реагирования у детей бывают хорошо заметны при наблюдении за их игрой; для выяв­ления эмоционально окрашенных отношений в ряде случаев при­знаются полезными проективные методики.

Опросник нервно-психического напряжения

**[Немчин, 1983]**

/(энный опросник включает .30 признаков нервно-психиче­ского напряжения, систематически повторявшихся при исследова­ниях лиц (студентов), обследованных в период экзаменационной сессии, а также аналогичных признаков, выявленных при иссле­дованиях больных неврозами. Каждый из пунктов опросника предусматривает три степени выраженности соответствующей ха­рактеристики (слабую, среднюю, резкую), что выражается в бал­льных оценках 1, 2 или 3. Но содержанию опросника все признаки (утверждения) делятся на три группы: первая отражает наличие физического дискомфорта и неприятных ощущений со стороны со­матических систем организма; вторая утверждает наличие (или от­сутствие) психического дискомфорта и жалоб со стороны нервно­психической сферы; третья включает признаки, описывающие не­которые общие характеристики нервно-психического напряжения: частоту, продолжительность, гснерализонапность и степень ныра жснности данного состояния.

Приведем примеры вопросов.

1. ***Наличие физического дискомфорта:***

***а) полное, отсутствие каких-либо неприятных физических ощущений-,***

***б) имеют место незначительные неприятные ощущения, не меша­ющие работе* *(не причиняющие беспокойства*);**

***в)*** ***наличие многочисленных, разнообразных неприятных ощущений, причиняющих беспокойство, мешающих работе, деятельности.***

1. ***Наличие болевых ощущений*:**

***а) полное отсутствие каких-либо болей-,***

***б) болевые ощущения появляются лишь изредка, быстро исчезают и не мешают работе,***

***в) имеют место постоянные болевые ощущения, серьезно беспокоящие и мешающие на работе.***

**.40 *Общая степень выраженности напряжения:***

***а) полное отсутствие, напряжения либо весьма слабая его степень*;**

***б) умеренно выраженное напряжение*;**

***в) резко выраженное, чрезмерное нервно-психическое напряжение.***

После выбора испытуемым ответов производится подсчет на­бранных баллов. Максимальное количество баллон, которое может набрать испытуемый, равно 90, когда испытуемый отмечает наи более выраженные признаки нервно-психического напряжения. Минимальное количество — .40 баллов, что соответствует отри­цанию подобного напряжения.

При разработке оценочной шкалы с тремя классами или уров­нями выраженности изучаемого качества автором предлагается ис­пользовать следующие интервалы:

40-50 баллов - слабая степень выраженности;

51-70 баллов умеренная стсрснь выраженности;

71 90 баллов чрезмерная напряженность.

Шкала реактивной и личностной тревожности

**(STAI — State — Trait** Anxiety **Inventory)**

**[Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1970; Ханин, 1976; Лучшие..., 1992;**

**Практическая..., 2001; Практикум..., 2003]**

У 1анпая методика предназначена для оценки двух сторон или па­раметров тревожности: преходящего эмоционального состояния (реактивной тревожности) и устойчивой, фактически личностно интегрированной склонности воспринимать большой круг си­туаций как угрожающие. Исходя из этой посылки методика вклю­чает в себя две шкалы, оценивающих реактивную (РТ) и лично­стную (ЛТ) тревожности, причем каждая из шкал при необходи­мости может использоваться самостоятельно.

Обе шкалы содержат по 20 утверждений, в отношении которых возможны четыре варианта ответа (но нарастающей степени выра­женности для РТ и по частоте встречаемости для ЛТ).

В табл. 2.5 и 2.6 приведены образцы стимульпого материала.

Для реактивной тревожности

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  н/п | Суждение | 11ет, это не так | Пожалуй,  так | Верно | Совершенно  верно |
| 1 | Я спокоен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Мне ничто не угрожает | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ... |  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Мне приятно | 1 | 2 | 3 | 4 |

Таблица 2.6

Для личностной тревожности

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Суждение | 11очти никогда | Иногда | Часто | Почти  всегда |
| 1 | Я испытываю удовольствие | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Я очень быстро устаю | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ... |  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и :\*а6отах | 1 | 2 | 3 | 4 |

**В дальнейшем для обработки используются специальные ключи и процедуры расчета, учитывающие позитивную и негативную на­правленность различных утверждений. Высокий уровень соответ­ствующей тревожности регистрируется при величине показателя от /16 баллов.**

Личностная шкала проявлений тревоги

(Taylor Manifest Anxiety Scale — MAS)

**Taylor, 1953; Блейхер, Крук, 1986; Лучшие..., 1992;**

Практикум по..., 2002; Диагностика..., 2002]

**Методика является одной из шкал Миннесотского многопро­фильного личностного опросника (MMPI) и включает 50 утверж­дений, требующих согласия или несогласия с каждым из них. Опро­сник Ж. Тэйлор в 1966 г. был адаптирован 'Г.Л. Нсмчиным [1906], а позднее В.Г. Норакидзс 119751 усовершенствовал его, введя шкалу лжи (неискренности). Таким образом, опросник стал содержать 60 пунктов.**

Факторный анализ шкалы выявил пять составляющих сс фак­торов, которые в совокупности и характеризуют устойчивую трс вожность | Прихожан, 2000]:

1. хроническая тревожность или мучение;
2. возрастание психолог ического и / или соматического напря­жения;
3. нарушения сна, связанные с внутренним напряжением;
4. чувство личностной неадекватности;
5. моторная скованность, неловкость.

По мнению ряда авторов, фактическим предметом исследования по этой методике является не тревога, а конституциональная тре­вожность как свойство личности.

Примеры вопросов методики в адаптации Т.Л. Нсмчина:

1. ***Обычно я спокоен и вывести меня ил себя нелегко.***
2. ***Мои нервы расстроены не больше, чем у других людей.***
3. ***У меня редко бывают лапоры.***

50. ***Ожидание всегда нервирует меня.***

**Примеры вопросов методики в адаптации В.Г. Поракидае:**

1. ***Я могу долго работать не. уставая.***
2. ***Я всегда выполняю свои обещания, не считаясь с тем, удобно мне это или нет.***
3. ***Обычно руки и ноги у меня теплые.***

**60. *Обычно я работаю с большим напряжением.***

После обработки по ключам и подсчета баллов производится квалификация тревожности в соответствии со следующими прави­лами (для обеих версий опросника):

**40-50 баллов — очень высокий уровень тревожности;**

**25-40 баллов — высокий уровень тревожности;**

**15-25 баллов — средний (с тенденцией к высокому) уровень тревож­ности;**

**5 15 баллов — средний (с тенденцией к низкому) уровень тревож­ности;**

**0-5 баллов — низкий уровень тревожности.**

Шкала явной тревожности для детей

(The Children's Form of Manifest Anxiety Scale — CMAS) [Castaneda, McCandless, Palermo, 1956; Энциклопедия..., 1997; Прихожан, 2000; Диагностика..., 2002; Истратова, Эксакусто, 2006] Личностная шкала проявлений треноги для взрослых, в свою очередь, стала основой для создания шкалы явной тревожности для детей, разработанной американскими психологами Л. Каста-

**нсдой, Н.Р. Мак-Кэндлсссом и Д.С. Палермо в 1956 г. и адаптиро­ванной А.М. Прихожан. Предназначена для установления хрони­ческих тревожных реакций у детей от 7 до 12 лет. Основная часть включает** 42 **отобранных пункта, специфика которых в том, что о наличии симптома свидстслЕ>ствуют только утвердительные вари­анты ответов. Кроме того, детский вариант дополнен 11 пунктами контрольной шкалы, выявляющей тенденцию давать социально одобряемые ответы. Таким образом, методика содержит всего 55 вопроса, на которые ребенок должен ответить выбором «верно» или «неверно».**

**Примеры вопросов:**

1. *Тебе трудно думать о чем-нибудь одном.*
2. *Тебе неприятно, если кто-нибудь наблюдает за тобой, когда ты*

*что-нибудь делаешь.*

1. *Тебе очень хочется во всем бить лучше всех.*

53. *Ты боишься, что с тобой случится что-нибудь плохое.*

**Дальнейшая обработка результатов при групповом прове­дении опроса (что уместно лишь для старшей части испыту­емых) предполагает отбор бланков с ответами только «верно» или только «неверно», которые могут обусловливаться склон­ностью младших школьников к стереотипии ответов. При на­личии подобных явлений полученный результат следует рас­сматривать как сомнительный. Для проверки используют конт­рольную шкалу «социальной желательности», предполагающую оба варианта ответа.**

**Также необходимо обратить внимание на наличие ошибок в за­полнении бланков: двойные ответы (т.е. подчеркивание одновре­менно и «верно», и «неверно»), пропуски, исправления, коммен­тарии ит.п. В тех случаях, когда у испытуемого ошибочно заполнено нс более трех пунктов субшкалы тревожности (вне зависимости от характера ошибки), его данные могут обрабатываться на общих основаниях. Нели же ошибок больше, то обработку проводить неце­лесообразно. Следует обратить особое внимание на детей, которые пропускают или дают двойной ответ на пять или более пунктов CM AS. В значительной части случаев это свидетельствует о за­трудненности выбора, трудностях в принятии решения, попытке уйти от ответа, что является показателем скрытой тревожности.**

**Нели полученные данные принимаются к дальнейшей обработке, то после подсчета «сырых» баллов они по специальной таблице (табл. 2.7) переводятся в стены (10-балльную шкалу).**

Характеристика уровней тревожности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стены | Характеристика | Примечание |
| 1-2 | Состояние тревожности ис­пытуемому не свойственно | Подобное «чрезмерное спокой­ствие» может иметь и не иметь защитного характера |
| 3-6 | 11ормальный уровень тре­вожности | Необходим для адаптации и про­дуктивной деятельности |
| 7-8 | Несколько повышенная тре­вожность | Часто бывает связана с ограни­ченным кругом ситуаций, опреде­ленной сферой жизни |
| Я | Явно повышенная тревож­ность | Обычно носит «разлитой», гене­рализованный характер |
| 10 | Очень высокая тревожность | Группа риска |

Тест школьной тревожности Филлипса

**[Phillips, 1978; Альманах..., 1995; Практикум по..., 2002;**

**Коблик, 2003; Психодиагностика..., 2006]**

Цель данного теста исследовать уровень и характер тревож­ности, связанный со школой, у детей младшего, среднего и стар­шего школьного возраста.

Тест состоит из 58 вопросов, которые могут зачитываться или предлагаться в письменной форме. На каждый вопрос требу­ется однозначно ответить «да» или «нет».

Примеры вопросов:

1. ***Трудно ли тебе держаться па одном уровне знаний со всем классом*?**
2. ***Волнуешься ли ты, когда учитель говорит, что собирается прове­рить, насколько ты знаешь материал*?**
3. ***Трудно ли тебе работать в классе так, как этого хочет учитель?***

**58. *Дрожит ли слегка твоя рука, когда учитель просит сделать за­дание на доске перед всем классом*?**

Структура теста предусматривает восемь шкал, отражающих вы­раженность восьми синдромов или факторов школьной тревожности.

1. Общая тревожность в школе — общее эмоциональное со­стояние ребенка, связанное с различными формами его включения в жизнь школы (22 вопроса).
2. Переживание социального стресса — эмоциональное со­стояние ребенка, на фоне которого развиваются его социальные контакты (прежде всего со сверстниками) (11 вопросов).
3. **Фрустрация потребности в достижении успеха неблаго­приятный психический фон, не позволяющий ребенку развивать потребности в успехе, достижении высокого результата (13 во­просов).**
4. **Страх самовыражения — негативные эмоциональные пережи­вания ситуаций, сопряженных с необходимостью самораскрытия, предъявляя себя другим, демонстрация своих возможностей (6 во­просов).**
5. **Страх ситуации проверки знаний — негативное отношение и переживание тревоги в ситуациях проверки знаний (особенно публичной), достижений, возможностей (6 вопросов).**
6. **Страх нс соответствовать ожиданиям окружающих — ориен­тация на значимость других в оценке своих результатов, поступков и мыслей, тревога по поводу оценок, даваемых окружающим, ожи­дание негативных оценок (5 вопросов).**
7. **Низкая психологическая сопротивляемость стрессу — особен­ности психофизиологической организации, снижающие приспособ­ляемость ребенка к ситуациям стрсссогснного характера, повыша­ющие вероятность неадекватного деструктивного реагирования на тревожный фактор среды (5 вопросов).**
8. **Проблемы и страхи в отношениях с учителями, общий не­гативный эмоциональный фон отношений со взрослыми в школе, снижающий успешность обучения ребенка (8 вопросов).**

**При обработке результатов выделяют вопросы, ответы на ко­торые не совпадают с предусмотренным ключом как по всему тесту, так и по отдельным синдромам. Это проявление тревож­ности. Такие данные представляются в виде индивидуальных ди­аграмм. Если несовпадающих ответов больше 50%, то можно гово­рить о повышенной тревожности, если больше 75% от общего числа вопросов — то о высоком уровне тревожности.**

Тест тревожности

(Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амен)

[Dorkey, Amen, 1947; Практикум..., 2002; Тест..., 2002; Астапов, 2004;

Овчарова, 2005]

**'Гест предназначен для исследования детей 4-7 лет.**

**Экспериментальный материал состоит из 14 рисунков размером 8,5 х 11 см. Каждый рисунок представляет собой некоторую ти­пичную для жизни старшего дошкольника или младшего школь­ника ситуацию и выполнен в двух вариантах: для девочки (на ри­сунке изображена девочка) и для мальчика (на рисунке изображен мальчик). 71 и но ребенка не прорисовано, дан лишь контур головы.**

**Каждый рисунок снабжен двумя дополнительными рисунками детской головы, по размерам точно соответствующими контуру лица на рисунке. На одном из дополнительных рисунков изобра­жено улыбающееся лицо ребенка, на другом — печальное.**

**Рисунки показывают ребенку в строгой последовательности один за другим. Беседа проходит в отдельной комнате. Предъявив ребенку рисунок, экспериментатор спрашивает:**

***«Как ты думаешь***, ***какое лицо будет у ребенка-, веселое или пе­чальное***'?1 ***Он (она) играет с малышами»*** **(для первой картинки).**

**Во избежание исрсевсраторных выборов у ребенка в инструкции чередуются определения лица.**

***«Как ты думаешь, какое лицо будет у ребенка***: ***печальное или ве­селое***? ***Он (от) гуляет со своей мамой и малышом»*** **(для второй кар­тинки) и т.д.**

**Дополнительные вопросы ребенку нс задаются.**

**Выбор ребенком соответствующего лица и словесные высказы­вания ребенка можно зафиксировать в специальном протоколе.**

**Стимульный материал (в уменьшенном виде, порядок — слева направо) показан на рис. 2.23.**

**На основании данных протокола вычисляется индекс тревож­ности** **ребенка (ИТ), который равен процентному отношению числа эмоционально негативных выборов (печальное лицо) к об­щему числу рисунков (14):**

**ИТ = (число эмоциональных негативных выборов / 14) х 100%.**

**В зависимости от уровня индекса тревожности дети подразде­ляются на три группы:**

1. **высокий** **уровень тревожности (ИТ выше 50%);**
2. **средний** **уровень тревожности (ИТ от 20 до 50%);**
3. **нижий** **уровень тревожности (ИТ от 0 до 20%).**

**Каждый ответ ребенка анализируется отдельно. Делаются выводы относительно возможного характера эмоционального опыта ребенка в данной (и подобной ей) ситуации. Особенно высоким проективным значением обладают рисунки X" 4 («Одевание»), X" 6 («Уклады­вание спать в одиночестве»), № 14 («Кда в одиночестве»). Дети, делающие в этих ситуациях отрицательный эмоциональный выбор, вероятнее всего будут обладать наивысшим индексом тревож­ности ИТ; дети, делающие отрицательные эмоциональные выборы в ситуациях, изображенных на рисунках № 2 («Ребенок и мать с младенцем»), № 7 («Умывание»), № 9 («Игнорирование») и № 11 («Собирание игрушек»), с большей вероятностью будут обладать высоким или средним индексом тревожности ИТ.**



Рис. 2.23. Ситуации для теста тревожности

**Как правило, наибольший уровень тревожности проявляется в ситуациях, моделирующих отношения «ребенок — ребенок» («Игра с младшими детьми», «Объект агрессии», «Игра со стар­шими детьми», «Агрессивное нападение», «Изоляция»), .'{начи­тал ьно ниже уровень тревожности в рисунках, моделирующих от­ношения «ребенок — взрослый» («Ребенок и мать с младенцем», «Выговор», «Игнорирование», «Ребенок с родителями»), и в ситуа­циях, моделирующих повседневные действия («Одевание», «Укла­дывание спать в одиночестве», «Умывание», «Собирание игрушек», «Кда в одиночестве»).**

Диагностика школьной тревожности

[Прихожан, 2000; Диагностика..., 2002]

**Основой для данной проективной методики, предназначенной для обследования детей 6-9 лет, послужили более ранние разра­ботки Э.В. Лмена и И. Рснисона |Лшеп, Renison, 1954].**

**Методика включает два набора пронумерованных (на обороте) рисунков, каждый рисунок размером 18 х 13 см. На каждом из 12 ри­сунков набора изображены ситуации, включающие персонажи с не­нарисованными лицами. Набор А предназначен для девочек, набор б — для мальчиков. Ребенок получает инструкцию, в соответствии с которой ему необходимо определить, какое лицо — радостное, счастливое, сердитое, скучное, грустное, печальное или иное имеет тот или иной персонаж, и объяснить почему. Вопросы подобного рода в ходе эксперимента неоднократно повторяются.**

**Образцы стимульного материала приведены на рис. 2.24.**

td faj td \ td bd td

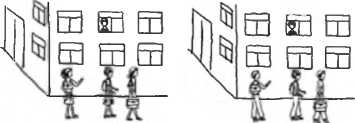


Рис. 2.24. Ситуации для диагностики школьной тревожности

Оценке подлежат ответы по 10 картинкам (со 2 по 11). Первая картинка является тренировочной, а последняя выполняет «бу­ферную» функцию и предназначена для того, чтобы ребенок за­кончил выполнение задания позитивным ответом (это нс значит, что на 12-й сюжет в принципе не может быть отрицательного от­вета). На рисунках, где изображено несколько детей, ребенку необ­ходимо выбрать героя для дальнейшего описания.

Тревожным можно считать ребенка, давшего семь и более «не­благополучных» ответов из 10. Кроме того, интерпретации подвер­гается и рассказ ребенка но картинке.

Шкала Цунга (Зунга) для самооценки депрессии

(Self-Rating Depression Scale — SDS)

[Zung, 1965; Смулевич, 2007]

/(энная шкала была создана в Великобритании и в после­дующем получила международное признание. В 1988 г. была адап­тирована в Институте им. Н.М. Ьсхтсрева [Рыбакова, Балашова, 1988|. Методика разработана на основе диагностических крите­риев депрессии и результатов опроса пациентов с этим расстрой­ством. Оценка тяжести депрессии но ней проводится на основе самооценки по 20 вопросам (в соответствии со своим состоянием но четырем градациям, в которых отражена частота появления того или иного симптома от «никогда или изредка» и «редко» до «часто» и «почти всегда или постоянно»). Ответы на вопрос оцениваются по '{-балльной шкале иногда в прямой, а иногда в обратной последовательности.

Содержание вопросов отражает три группы критериев де­прессии: депрессивный аффект, физиологические проявления депрессии и психологические переживания, связанные с депрес­сивным аффектом. При относительно невысоком уровне де­прессии, особенно если в клинической картине наряду со сниже­нием настроения наблюдаются астенические проявления, шкала может быть более чувствительна, чем другие экспериментальные и клинические методы. В психопрофилактических исследованиях SOS используется для выявления лиц с повышенным риском нервно-психической дизадантации и лиц, страдающих слабовыра­женными, стертыми, «матовыми» формами депрессий [ Вассерман, Щелкова, 200-i |.

Примеры вопросов:

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Я чувствую угнетенность, подавленность |
| 2 | Я лучше, всего чувствую себя утром |

|  |  |
| --- | --- |
| 3 | Я много плачу |
|  |  |
| 20 | Я по-прежнему получаю удовольствие от того, что мне нравилось и раньше |

**Обработка результатен.**

**Уровень депрессии (УД) рассчитывается по формуле**

У д = 1„„+

**где** X **сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям № 1,3, \> 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19; Х<1б|> сумма цифр, «обратных» за­черкнутым высказываниям № 2, 5, 6, 11, 12, Н, 10, 17, 18, 20.**

**В результате может быть получен УД в диапазоне 20 80 баллов. Нели УД не более 50 баллон, то диагностируется состояние без депрессии.**

**Нели УД более 50 баллов и менее 59, то делается вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического гснсза.**

**При показателе УД от 60 до 69 баллов диагностируется субде- прсссинное состояние или маскированная депрессия.**

**Истинное депрессивное состояние диагностируется при УД более чем 70 баллов.**

*Следует помнить, что исполыювание психодиагностических шкал*, *ко­торые содержат в своем названии и в интерпретации терминологию, характерную для психиатрического подхода, должно быть предельно корректным, поскольку основным источником суждения о фактическом состоянии субъекта являются клинические врачебные, по сути, экс­пертные наблюдения.*

Опросник депрессивности Бека

(Beck depression inventory — BDI)

[Beck, Ward, Mendelson, Mock, Erbaugh, 1961; Тарабрина, 2001;

Малкина-Пых, 2005]

**Опросник особо эффективен при скрининговых и предвари­тельных обследованиях, но иногда он выявляет астению (недо­статок мотиваций, живости, энергии), а нс депрессию [Грин, Грин- блат, Гутсйл и др., 1998]. Результаты опросника высоко коррели­руют с личностной и ситуативной тревожностью и алскситимисй.**

**Методика предложена в 1961 г. и в клинической практике ис­пользуется для оценки тяжести как депрессивного синдрома в целом, так и его отдельных симптомов. Опросник предусмат­ривает 21 пункт, отражающий следующее психологическое содер­жание:**

1. **печаль *(sadness)',***
2. **пессимизм (pessimism);**
3. **ощущение нсвсзучссти (past failure)-,**
4. **неудовлетворен ность собой (loss of pleasure)-,**
5. **чувство вины** (***guilty feelings)-,***
6. **ощущение наказания (punishment fears)-,**
7. **самоотрицание (self-dislike)-,**
8. **самообвинение *(self-criticalness)-,***
9. **наличие суицидных мыслей *(suicidal thoughts or wishes)-,***
10. **плаксивость (crying)-,**
11. **раздражительность (agitation)-,**
12. **чувство социальной отчужденности (loss of interest);**
13. **нерешительность (indecisiveness);**
14. **дисморфофобия (worthlessness);**
15. **трудности в работе (loss of energy);**
16. **бессонница *(changes in sleeping pattern);***
17. **утомляемость (irritability);**
18. **потеря аппетита *(changes in appetite);***
19. **потеря веса *(concentration difficulty);***
20. **озабоченность состоянием здоровья (tiredness or fatigue);**
21. **потеря сексуального влечения (loss of interest in sex). Первые 13 пунктов опросника составляют когнитивно-аффек­тивную субшкалу, а последние восемь пунктов — субшкалу, слу­жащую для оценки соматических проявлений депрессии |Тараб- рина, 20011.**

**В каждом из пунктов задастся четыре варианта выбора ответа. Первый вариант отрицает наличие данной симптоматики в данный момент, а три остальных соответствуют его нарастающей степени, характеризуясь баллами 1, 2, 3.**

**Все утверждения опросника Бека являются прямыми, поэтому для подсчета общего результата необходимо просто просуммиро­вать все баллы, соответствующие выбранным утверждениям (от 0 до 3).**

**Пример вопросов:**

1. *Мне не грустно.*
2. *Мне грустно или тоскливо.*
3. *Мне все время тоскливо или грустно, но я ничего не могу с собой поделать.*
4. *Мне так грустно или печально, что я не могу этого вынести.*
5. *Я смотрю в будущее без особого пессимиста или разочарования.*
6. *Я чувствую разочарование в будущем.*
7. *Я чувствую, что мне нечего ждать впереди.*
8. *Я чувствую*, *что будущее безнадежно и поворота к лучшему быть пе может.*
9. *Я не заметил никаких шшенений в моей половой жизни.*
10. *Моя половая активность меньше, чем раньше.*
11. *Моя половая активность значительно снизилась.*
12. *Я утратил половую активность.*

**Считается, что испытуемый страдает депрессией, если он по ког­нитивно-аффективной субшкале (первые 13 вопросов) набрал более 25 баллов. Результат менее 10 баллов говорит об отсутствии депрессивных тенденций и хорошем эмоциональном состоянии испытуемого. Промежуточную группу составляют испытуемые с легким уровнем депрессии ситуативного или невротического ге- нсза.**

Для ееекэлел в целом (21 вопрос) можно руководствоваться сле­дующими критериями:

0 9 баллов отсутствие депрессивных симптомов;

**10-15 баллов легкая депрессия (субдспрсссия);**

**16 19 баллов умеренная депрессия;**

20-29 баллов шлраженная депрессия (средней тяжести);

**30-63 баллов тяжелая депрессия.**

**По мнению авторов-разработчикоЕЕ шкала может примснятЕ>ся с 13 лет.**

Шкалы депрессии (D) и гипоманиакальности (Ма) из методики MMPI

(Minnesota Multiphasic Personality Inventory — Миннесотский  
многоаспектный (многошкальный) личностный опросник)  
[Hathaway, McKinley, 1943 (1951 — revised); Собчик, 1971, 2000;

Гильяшева, 1983; Блейхер, Крук, 1986; Бурлачук, Морозов, 1999;

Практикум..., 2003]

Данные шкал ел являются составными частями широко извсст- пое'о клинико-ориентированного опросника MMPI, созданноЕО американскими учеными в 1943 г. и первоначал ыео прсдназЕЕачав- шсгося для Е1рофотбора воснiiiiix летчиков. И более широком плане MMPI иснол1»зустся для исследования индивидуально-психолое'и- чсских особенностей личности и ее адантационшлх возможностей. О ее рос ее и к включает 566 утверждений (фактически 550), 16 из ко- торЕЛХ дублируются. УтвсрждсЕЕия опросника объединяются в ПЕкалы; их названия соответствуют тем клиееичсским ЕруЕшам, в отношении которых проводилась их валидизация. От исееел- тусмоЕ'о требуется соЕласиться или не соЕласиться с каждЕлм из утверждений.

В ММ PI предусмотрено 10 основных шкал и три контрольных, отражающих отношение испытуемого к обследованию:

1. я шкала (Hs) — ипохондрии. Определяет «близость» обследуе­мого к астенонсвротичсскому типу личности, степени фиксирован­ное™ на своих соматических функциях, желание вызывать сочув­ствие у окружающих.
2. я шкала (D) — депрессии. Предназначена для определения степени субъективной депрессии, морального дискомфорта (гино- тимии), пессимизма, неудовлетворенности. Здоровые лица с высокой 2-й шкалой — скромные, застенчивые, впечатлительные, неудовле­творенные собой, склонные к волнениям, с хорошим контролем, медленным типом реакции, трудностями при выборе решений, избе­гающие конфликта в трудных ситуациях, пессимистически оценива­ющие свои профессиональные возможности |Собчик, 19711.
3. я шкала (Ну) — истерии. 1)азработана для выявления лиц, склонных к невротическим защитным реакциям конверсионного типа (использованию симптомов физического заболевания в ка­честве средства разрешения сложных ситуаций).
4. я шкала (Pd) — психопатии. Направлена на выявление черт социопатичсского типа личности, импульсивности, реализации эмоционального напряжения в непосредственном поведении.
5. я шкала (Mf) — мужественности-женственности. Предна­значена для измерения степени идентификации обследуемого с ролью мужчины или женщины, предписываемой обществом.
6. я шкала (Ра) — паранойи. Позволяет судить о наличии сверх­ценных идей, подозрительности, ригидности аффекта.
7. я шкала (Pt) — психастении. Устанавливает степень сходства обследуемого с больными, страдающими фобиями, тревогами, на­вязчивыми действиями и мыслями, неуверенными в себе.
8. я шкала (Sc) шизофрении. Направлена на диагностику черт шизоидного (аутистического, отгороженного) типа личности.
9. я шкала (Ма) - гипомапии. Определяет степень «близости» обследуемого гинертимному типу личности, оптимистичному, ак­тивному, отрицающему тревогу. Им свойственны разговорчивость, инициативность, энтузиазм, самоуверенность, склонность к риску, стремление быть в центре общества.

0-я шкала (Si) — социальной интроверсии. Диагностирует сте­пень соответствия интровертиронапному (или экстрансртирован- ному) тину личности (данная шкала клинической нс является).

L лжи. Выявляет тенденцию испытуемого к использованию защитной стратегии представления себя в социально одобряемом и наиболее благоприятном свете в противовес искренности и от­кровенности.

F— достоверности. Создана для выявления недостоверных ре­зультатов, связанных с небрежностью обследуемого, а также аггра­вацией и симуляцией.

К — коррекции. Выявляет тенденции обследуемого скрывать или преуменьшать присущие ему психопатологические явления или, напротив, демонстрировать чрезмерную откровенность.

Оригинальная версия MMPI неоднократно адаптировалась, мо­дифицировалась, создавались его краткие и подростковые варианты [Ьсрсзин, Мирошников, Рожанец, 1976; Зайцев, 1981; Козюля, 1994; Собчик, 200'? и др.|, пересматривались нормативные данные, пред­лагались иные интерпретации используемых шкал, более соответ­ствующие опыту использования опросника на отечественной экспе­риментальной и клинической почве. Например, в работе Л.Н. Собчик и Н.Л. Лукьяновой [ 19781 после модификации текста опросника были предусмотрены следующие названия шкал, в которых заметен уход от психиатрической терминологии, что делает их более прием­лемыми для интерпретаций результатов и личностных особенностей испытуемых, нс страдающих психическими расстройствами:

1. невротическою сверхконтроля;
2. — пессимистичности;
3. — эмоциональной лабильности;

А — импульсивности;

1. — мужественности-женственности;
2. — ригидности;
3. — тревожности;
4. — индивидуалистичное™;
5. оптимизма и активности;

0 — социальной интровсрсии;

Н дальнейшем описании методики мы будем пользоваться ори­гинальной версией текста и интерпретации.

Примеры утверждений:

1. ***Я люблю читать научно-техническую литературу.***
2. ***У меня хороший аппетит.***
3. ***По утрам я обычно встаю свежим и отдохнувшим.***
4. ***Думаю*, *что мне понравилась бы работа библиотекаря.***

566. ***В кино я люблю смотреть любовные эпизоды.***

На первом этапе обработки по каждой шкале с помощью спе­циальных ключей подсчитывается количество «сырых» баллов, имеющих зависимость от числа пунктов данной шкалы. На втором этапе по специальным таблицам и с учетом показателей шкалы кор-

**рекции К производится пересчет «сырых» баллов в стандартные, обеспечивающие возможность их сравнения (но '/-шкале в диа­пазоне 0-120 баллов при среднестатистической величине 50 баллов). На третьем этапе оценивается достоверность полученных материалов по показателям шкал /„, Fи К. Нели сомнений в достоверности не воз­никает, т.е. показатели этих шкал в самом общем случае не превы­шают 70 7’, то но полученным 13 показателям на специальном бланке выстраивается графический профиль личности (ломаная кривая — шкалы достоверности отдельно, базисные шкалы — отдельно). В ка­честве условно-нормативного коридора на графике используют разброс показателей в промежутке между 30 и 70 баллами. Ф.Б. Бе­резин и соавторы 11976) рассматривают показатели, расположенные между 60 и 70 '/-баллами, как проявления личностной акцентуации.**

**После этого начинается самый сложный этап обработки — ин­терпретация профиля, которая требует одновременного учета многих факторов, начиная от общей высоты профиля, его наклона, конфигурации, соотношения между показателями отдельных шкал, наличия положительных и отрицательных пиков и др. В узком ко­ридоре нормы (в пределах 46-55 7) колебания профиля трудно ин­терпретируемы, так как они не выявляют достаточно выраженных индивидуально-личностных свойств и характерны для полностью сбалансированной личности (если шкалы достоверности не пока­зывают выраженной установки на ложь) |Собчик, 2000].**

**В данном контексте — оценки эмоционального фона — наиболее интересны две «полярные» и взаимодополняющие шкалы MMPI: депрессии (пессимистичности) и гипомании (оптимизма), которые представлены следующими номерами утверждений:**

**Шкала 2**

**Верно (20 утверждений): 5, 13, 23, 32, 41, 43, 52, 67, 86, 104, 130, 138, 142, 158, 159, 182, 189, 193, 236, 259.**

**Неверно (40 утверждений): 2,8,9, 18, 30,36, 39,45, 46, 51,57, 58, 64, 80, 88, 89, 95, 98, 107, 122, 131, 152, 153, 154, 155, 160, 178, 191, 207, 208, 238, 241,242, 248, 263, 270, 271,272, 285, 296.**

**Шкала 9**

**Верно (35 утверждений): 11, 13, 21, 22, 59, 64, 73, 97, 100, 109, 127,134, 143, 156, 157,167, 181,194, 212, 222, 226, 228, 232, 233, 238, 240, 250, 251, 263, 266, 268, 271, 277, 279, 298.**

**Неверно (11 утверждений): 101, 105, 111, 119, 120, 148, 166, 171, 180, 267, 289.**

**Примеры утверждений шкалы 2:**

1. ***Малейший шум меня будит.***
2. ***Работа дается мне ценой значительного напряжения.***
3. ***Меня беспокоят приступы тошноты и рвоты.***

Примеры утверждений шкалы 9:

11 *Я верю, что сны всегда сбываются.*

21. *Временами мне очень хотелось покинуть дом.*

Цен посте» этих шкал н том, что они в структуре профиля пред­ставляют нс только самостоятельный интерес, ею и MOiyr рассмат­риваться как звенья в более общей системе личности.

Шкала астенических состояний (ШАС)

[Малкова, 1977; Практикум..., 2004; Рогов, 1996]

**Шкала астенического состояния создана Л.Д. Малковой и адап­тирована Т.Г. Чертовой на базе даншлх** клиееико-нсихолое'ичсских **набл**юдсее**ий и известного опросника MMPI. Она состоит из 30 пунктов-утверждений, отражающих характеристики астсническоЕ'о состояния, котор** e»ic **необходимо «примерить» к себе и оценить стс-** нсееь **верности утверждения в соответствии с ответами «Нет, не­верно» (1 балл), «Пожалуй так» (2 балла), «Верно» (3 балла), «Со­вершено верно»** (А **балла).**

**Образцы утверждений:**

1. *Я работаю с большим напряжением.*
2. *Мне трудно сосредоточиться на чем-либо.*

30. *Мие не дают заснуть беспокойпые мысли.*

**После заполнения** тсстовоео **бланка производится подсчет путем суммирования пабранн**ЕэЕХ **испЕ»**1**тусм**1**»**1**м баллов. Весь диа- пазогЕ шкалы, таким образом, — от 30 до 120 баллов.**

**Статистические данные, полученные на 300 здоровых испы­туем Еэ**1**Х, показали, что средняя величина индекса астении равна 37,22 ± 6,47 балла. Вели принять рсзулЕ/гаты исследования здо­ровых лиц за «отсутствие астении», то весь объем шкалы можно разделит!» на четыре диапазона:**

1. **30-50 баллон отсутствие астении;**
2. **51 70 баллон — слабая астения;**
3. **76-100 баллов — умсрснЕгая астения;**

А) 101 120 баллов — выраженная астения.

Шкала субъективного ощущения одиночества Д. Рассела,

**М. Фергюсона (Loneliness Scale)**

[Russell, Peplau, Ferguson, 1978; Рассел, 1989; Шевандрин, 2001;

Прохоров, 2004; Фетискин, Козлов, Мануйлов, 2005]

**Данная методика, разработанная в Калифорнийском универ­ситете Дэниелем Расселом с сотрудниками, воплотила в себе од­номерный подход к изучаемому эмоционально-личностному со-**

стоянию, который до известной степени игнорирует сложную природу чувства одиночества, описываемую целым рядом теорий (например, возможность анализа одиночества не только с по­зиции заброшенности, депрессии, пустоты и изолированности, но и с учетом того, что одиночество может быть и желаемой внут­ренней ситуацией).

Текст шкалы включает в себя 20 утверждений. Обследуемый должен указать, как часто он испытывал состояние, описанное в каждом из пунктов. Предусматривается выбор из четырех типов ответов: «Часто», «Иногда», «Редко», «Никогда».

Образцы утверждений:

1. ***Я несчастлив*, *занимаясь столькими вещами в одиночку.***
2. ***Мне не с кем поговорить.***
3. ***Люди вокруг меня, но не со мной.***

Сумма ответов «часто» умножается на три, «иногда» — на два, «редко» на один и «никогда» на 0, а полученные результаты складываются. Поэтому максимальное число баллов, которое воз­можно получить при исследовании по этому опроснику, — 60. Таким образом:

1. от 40 до 60 баллов — высокий уровень одиночества;
2. от 20 до 40 баллов — средний;
3. от 0 до 20 баллов низкий.

После выхода первого варианта шкалы она дважды пересматри­валась авторами [Russell, Pcplau, Cutrona, 1980; Russell, 1996].

R частности, модификация 1980 г. (UCLA Loneliness Seale) включала в себя иные формулировки 20 утверждений, половина из которых давалась в «положительной» (подтверждающей наличие признака одиночества) редакции, половина — в «отрицательной».

Примеры утверждений:

1. ***Я чувствую*, *что живу в согласии с окружающими меня людьми.***
2. ***Мне недостает общения.***

**20. *Петь люди, к которым я отношусь с полным доверием.***

Подсчет баллов для этого варианта шкалы отличается: для «от­рицательных» утверждений производится начисление баллов в обратном направлении и только после этого они суммируются.

Средние баллы для шкалы UCLA для разных возрастных групп приведены в табл. 2.8 [ Шевандрин, 20011.

**Средний балл для шкалы** UCLA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ноарастпая группа, лет | Число  респондентов | Средний балл одиночества | Стандартное  отклонение |
| 18-30 | 149 | 8,31 | 2,02 |
| 31 40 | 94 | 8,17 | 1,97 |
| 41 50 | 53 | 7,51 | 1,88 |
| 41 60 | 52 | 7,86 | 2,32 |
| Старше 60 | 34 | 7,26 | 2,63 |

Опросник для диагностики способности к эмпатии

**(А. Мехрабиан, Н. Эпштейн)**

**[Mehrabian, Epstein, 1972; Болотова, Макарова, 2001; Столяренко, 2005;**

**Психодиагностика..., 2008]**

Опросник предназначен для учета степени охвата чувственной информации, исходящей от другого человека, которая лежит в ос­нове межличностного взаимодействия людей, способности пони­мать эмоциональное и душенное состояние другого человека и со­переживать ему.

Методика включает 33 утверждения, предполагающих ориен­тацию испытуемого в различных ситуациях взаимодействия с дру­гими источниками эмоционального поведения. Необходимо выра­зить свое согласие «+» или несогласие «-» с каждым из утверждений. Образцы утверждений:

1. ***Меня огорчает, когда я вижу, что незнакомый человек чувствует себя среди других людей одиноко.***
2. ***Люди преувеличивают способность животных чувствовать и пере­живать.***

33. ***Маленькие дети плачут без причины.***

Полученные ответы сопоставляются с ключом и подсчитыва­ется количество совпадений:

а) согласен «+»: 1, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 1/1, 16, 17, 18, 19, 25, 26, 27, 29,31;

б) не согласен «-»: 2, 3, 4, 6, 11, 13, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 30, 32, 33.

Общее количество совпадений (сумму баллов) сравнивают с со­ответствующими критериями, представленными в табл. 2.9.

**Уровневые критерии способности к эмпатии**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Пол | Уровень эмпатических тенденций | | | |
| ВЫСОКИЙ | средний | НИЗКИЙ | очень низкий |
| Юноши | 33-26 | 25-17 | 16-8 | 7-0 |
| Девушки | 33-30 | 39-33 | 22 17 | 16 0 |

Методика диагностики уровня эмпатических способностей

В.В. Бойко

**[Практическая..., 2001; Бойко, 2004]**

Общая направленность методики и технология работы с ней ис­пытуемого примерно совпадает с методикой А. Мсхрабиана, Н. Эн- штейна, но отличается от нее большей разработанностью вклю­ченных шкал: «Рациональный канал эмпатии», «Эмоциональный канал эмпатии», «Интуитивный канал эмпатии», «Установки, спо­собствующие эмпатии», «Проникающая способность в эмпатии», «Идентификация в эмпатии».

От испытуемого требуется согласиться или не согласиться с каждым из предложенных 29 утверждений, касающихся способ­ности к сопереживаниям (ответить «да» или «нет»).

Образцы утверждений:

1. **У *меня есть привычка внимательно изучать лица и поведение людей, чтобы понять их характер, наклонности, способности.***
2. ***Исли окружающие проявляют признаки нервозности, я обычно остаюсь спокойным.***

**29. *Мне было бы трудно задушевно, доверительно беседовать с на­стороженным, замкнутым человеком.***

Подсчитывается число правильных ответов (соответствующих ключу) по каждой шкале. Затем определяется суммарная оценка:

**Рациональный канал эмпатии: +1, +7, —13, +19, +23, —31;**

**Эмоциональный канал эмпатии: -2, +8, —14, +20, —26, +32;**

**Интуитивный ка>шл эмпатии: -3, +9, +13, +21, +27, —33;**

***Установки, способствующие эмпатии:* +4, —10, — Ifi, —22, —28, —34;**

***Проникающая способность в эмпатии:* +3, —11, —17, —23, —29, —35;**

**Идентификация в эмпатии: +6, +12, +18, —24, +30, —36.**

После этого анализируются показатели отдельных шкал и общая суммарная оценка уровня эмпатии. Оценки на каждой шкале могут варьироваться от 0 до б баллов и указывают на значимость кон­кретного параметра в структуре эмпатии.

Рациональный канал эмпатии. Характеризует направленность внимания, восприятия и мышления эмнатирующего на сущность любого другого человека — на его состояние, проблемы, поведение. Это спонтанный интерес к другому, открывающий шлюзы эмоцио­нального и интуитивного отражения партнера. Н рациональном компоненте эмпатии не следует искать логику или мотивацию интереса к другому. Партнер привлекает внимание своей бытий- ностью, что позволяет эмпатирующему непредвзято выявлять его сущность.

Эмоциональный канал эмпатии. Фиксируется способность эмнатирующего входить в эмоциональный резонанс с окружаю­щими — сопереживать, соучаствовать. Эмоциональная отзывчи­вость в данном случае становится средством вхождения в энер­гетическое поле партнера. Понять его внутренний мир, прогнози­ровать поведение и эффективно воздействовать возможно только в том случае, если произошла энергетическая подстройка к эм- патирусмому. Соучастие и сопереживание выполняют роль свя­зующего звена, проводника от эмнатирующего к эмпатируемому и обратно.

Интуитивный капал эмпатии. Ьалльная оценка свидетель­ствует о способности респондента видеть поведение партнеров, действовать в условиях дефицита исходной информации о них, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании. На уровне интуиции замыкаются и обобщаются различные сведения о партнерах. Инту­иция, надо полагать, менее зависит от оценочных стереотипов, чем осмысленное восприятие партнеров.

Установки, способствующие или препятствующие эмпатии, со­ответственно, облетают или затрудняют действие всех эмнатичс- ских каналов. Эффективность эмпатии, вероятно, снижается, если человек старается избегать личных контактов, считает неуместным проявлять любопытство к другой личности, убедил себя спокойно относиться к переживаниям и проблемам окружающих. Подобные умонастроения резко ограничивают диапазон эмоциональной от­зывчивости и эмпатичсского восприятия. Напротив, различные каналы эмпатии действуют активнее и надежнее, если нет препят­ствий со стороны установок личности.

Проникающая способность в эмпатии. Расценивается как важное коммуникативное свойство человека, позволяющее создавать атмо­сферу открытости, доверительности, задушевности. Каждый из нас своим поведением и отношением к партнерам способствует инфор­мационно-энергетическому обмену или препятствует ему. Рассла­бление партнера содействует эмпатии, а атмосфера напряженности, неестественности, подозрительности препятствует раскрытию и эм- патическому постижению.

Идентификация в эмпатии — еще одно непременное условие успешной эмпатии. Это умение попять другого на основе сопере­живаний, постановки себя на место партнера. В основе идентифи­кации — легкость, подвижность и гибкость эмоций, способность к подражанию.

Шкальные оценки выполняют вспомогательную роль в интер­претации основного показателя уровня эмпатии. Суммарный показатель теоретически может изменяться от 0 до 36 баллов. Но предварительным данным В.В. Бойко, можно считать:

1. 30 баллон и выше — очень высокий уровень эмпатии;
2. 29-22 балла — средний;
3. 21-15 баллов - заниженный;

А) менее Ы баллов — очень низкий.

Торонтская алекситимическая шкала

(Toronto Alexithymia Scale — TAS)

[Taylor, Ryan, Bagby, 1985; Блейхер, Крук, Боков, 1996; Ересько,  
Исурина, Койдановская и др., 2005; Практическая..., 2005]

Методика, разработанная Дж. /[ж. Тейлорам (C.J. Taylor) и адаптированная в Психоневрологическом НИИ им. В.М. Бехте­рева, предназначена для оценки снижения способности в вербали­зации эмоциональных состояний.

Шкала включает 26 утверждений, в отношении которых испыту­емый должен выразить свое согласие — несогласие, руководствуясь пятью вариантами ответа:

1) совершенно нс согласен; 2) скорее нс согласен; 3) ни то, ни другое; 4) скорее согласен; 5) совершенно согласен.

Примеры утверждений:

1. *Когда я плачу, всегда знаю, почему.*
2. *Мечты* — *это потеря времени.*
3. *Я хотел бы быть не таким застенчивым.*

26. *Я часто нс знаю, почему я сержусь.*

Подсчет баллов осуществляется следующим образом: 1) ответ «совершенно нс согласен» оценивается в 1 балл, «скорее нс со­гласен» - 2, «ни то, ни другое» — 3, «скорее согласен» — А, «совер­шенно согласен» — 5 баллов. 'Гак оцениваются пункты шкалы: 2, 3, А, 7, 8, 10, Н 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26.

Обратный кол имеют пункты шкалы: 1,5,6,9,11,12,13,15,21,24 (первый вариант ответа получает 5 баллов; второй — 4; третий — 3; четвертый — 2; пятый — 1 балл).

Сумма баллов, полученная в результате сложения но всем пунктам, есть итоговый показатель алскситимичности. Результаты могут распределяться от 26 до 130 баллов.

По данным института им. В.М. Бехтерева, средние значения показателя алскситимии в контрольной группе здоровых людей — 59,3 ± 1,3, группе больных с психосоматическими расстройствами — 72,09 ± 0,82, группе больных неврозами — 70,1 ± 1,3.

Общие критерии оценки:

74 балла и выше — алскситимичсский тип личности;

73-63 балла — группа риска;

62 балла и ниже — неалскситимичсский тип личности.

Поскольку приводимые данные, по мнению авторов адаптации, получены на небольшой выборке пациентов, необходима осторож­ность при генерализации этих результатов на другие клинические выборки.

Методика Люшера. Тест выбора цвета

**(Luscher Farbwahl Test)**

**[Luscher, 1969; Лучшие..., 1992; Тимофеев, Филимоненко, 1995;**

**Люшер, 1997; Собчик, 2001]**

Проективная методика исследования личности, основанная на субъективном предпочтении цветовых стимулов, опубликована М. Лютером в 1948 г. Стимульный материал состоит из стан­дартных разноцветных бумажных квадратов со стороной 28 мм. Полный набор 7,3 квадрата, 25 различных цветов и оттенков. Обычно используется неполный набор из восьми цветных ква­дратов. Основными цветами считаются синий, зеленый, красный, желтый, а дополнительными — фиолетовый, коричневый, черный и серый.

Упрошенная процедура обследования (для восьми цветов) сво­дится к одновременному предъявлению всех цветных квадратов на белом фоне и просьбе выбрать один наиболее понравившийся, приятный. Предпочтительный квадрат переворачивается и откла­дывается в сторону, затем процедура повторяется. Образуется ряд квадратов, в котором цвета располагаются но их привлекательности для обследуемого. Первые два цвета считаются явно предпочитае­мыми, третий и четвертый — предпочитаемыми, пятый и шестой — нейтральными, а седьмой и восьмой — вызывающими антипатию, негативное отношение. Психологическая интерпретация нолучен-

нот ряда субъективного предпочтения цвета опирается, во-первых, на предположение о том, что каждому цвету присуще определенное символическое значение, а во-вторых, считается, что ряд цветового предпочтения отражает индивидуальные особенности обследуе­мого. Мри этом функциональную значимость имеет позиция, зани­маемая конкретным цветом.

В разработанной М. Лютером теории личности имеется два ос новных психологических измерения: «активность — пассивность» и «гетсропомность (зависимость от внешних влияний) — автоном ность» |Вурлачук, Морозов, 19991.

Сами цвета имеют следующие цифровые обозначения: темно­синий - 1, сине-зеленый - 2, оранжево красный - 3, желтый 4, фиолетовый — 5, коричневый — 6, черный 7, серый 0.

Дальнейшая технология работы с методикой довольно сложна. Функция цвета, отражающая субъективное отношение испыту­емого к выбранным цветам, определяется и кодируется, согласно правилам М. Люшера, следующим образом: «явное предпочтение» обозначается знаком «+», который присваивается первым двум предпочитаемым цветам. Просто «предпочтение» (3-я и 4-я по­зиции) отмечается знаком «х», «безразличие» (5-я и 6-я позиции) обозначается знаком «=», неприятие (антипатия) — 7-я и 8-я по­зиции — знаком «-». Вслед за этим, с учетом двухкратного выбора цветов (если это предусмотрено обследованием), полученный цве­товой ряд по определенным правилам разбивается на функцио­нальные пары, интерпретируемые по предлагаемым автором фор­мулам.

Например:

***+0+1*** ***(серий и синий):***

* ***негативное состояние, желание спокойной ситуации*** (М. Лютер);
* ***потребность в покое, установка на избегание конфликтов, сни­женный фон настроения, стремление к расслаблению и отдыху, труд­ности общения, чувство непоимтости и одиночества*** (Л.II. Собчик).

Валидность методики в целом вызывает обоснованные со­мнения, по известны несколько удачных попыток доказать связь цветовых предпочтений с эмоциональным состоянием | Нразман, Дорофеева, Щербатов, 1967; Гайда, Штерн, 1968; Дашкова, Усти- нович, 1980; Илишко, 1980; Эткинд, 1980; Петренко, Кучеренко, 1988; Вазыма, 1991; Измайлов, 1995; Яныпин, 1996 и др.|.

Анализ структуры ряда в методике М. Люшера позволяет по­лучить представление о таких аспектах эмоциональности испыту­емого, как его эмоциональная напряженность и тревога.

Т.Н. Бояршинова предлагает такую схему анализа основных признаков эмоционального состояния |цит. но: Собчик, 20011:

1. Бели начало и конец ряда занимают цветовые пары 1,7 и 3, 4, то саморегуляция ослаблена. Бели эти пары не попадают ни в на­чало, ни в конец ряда, то саморегуляция сохранна.
2. Расположение 3, 4, 5-го цветов в цервой половине ряда сви­детельствует о преобладании симпатического тонуса и процесса возбуждения; 7, 0, 6, 1 и 2-й цвета в начале ряда говорят о преобла­дании парасимпатического тонуса, т.е. торможения.
3. Наличие и интенсивность эмоциональной напряженности тем сильнее, чем выше балл тревожности «!» (данный балл вычи­сляется исходя из особенностей расположения первых номеров цветов на последних позициях).
4. Эмоциональная устойчивость от лабильности до ригидности определяется значительным отличием 1-го и 2-го выбора, малым числом устойчивых пар (1-2), расположением 4-го и 5-го цвета в позиции «+», уменьшением количества цветов в позиции «=» до 1 -0.
5. Регистр эмоциональных переживаний, эмоциональная вклю­ченность определяются увеличением количества цветов в позиции «=» в первом по сравнению со вторым выбором и уменьшением по­зиций «-».
6. Расположение на позициях «+» 4, 3, 5, 7-го цветов указывает на слабость контроля.
7. Реакция на эмоциональную нагрузку в сторону дезоргани­зации — при выраженном рассогласовании первого и второго вы­бора.
8. Основная гамма переживаний при предпочтении 3, 4, 5-го цветов соответствует преобладанию положительных эмоций, а 7, О, 6, 2-го — отрицательных.
9. Экстравсртированность определяется предпочтением 3, 4, 5-го цветов, интровсртированность —1,2, 0-го.
10. Способность к восприятию нюансов эмоциональных отно­шений — предпочтение 1,5, 4 и 6-го цветов.
11. Особенности мыслительных процессов: предпочтение 2-го цвета — логичность, четкость, 4-го — поверхностность, 5-го — эф­фективность мышления.
12. Работоспособность определяется собранностью «рабочей группы», т.е. расположением в начале ряда 2, 3, 4-го цветов, что означает устойчивость саморегуляции, отсутствие эмоциональной напряженности.

По другим данным, предпочтение темных цветов отражает стремление к покою, в то время как выбор светлых цветов отражает склонность к эмоциям, связь с внешним миром. Имеются и работы | Щербатых, 200.'?|, в которых способность цветов становиться ин­дикаторами треноги и вегетативных показателей экспериментально вообще не подтверждается.

По мнению Л.Н. Собчик [20011, опирающейся на опыт работы с отечественным контингентом испытуемых, интерпретация как самих цветов, так и их позиций в ряду у М. Лютера требует серь­езной коррекции и переработки, что и было сделано в модификации данной методики методе цветовых выборов (МЦВ).

Наиболее целесообразным выглядит использование этой ме­тодики лишь по отношению к оценке эмоциональных состояний и при обязательном сопоставлении получаемых результатов с ре­зультатами но иным методикам, имеющим доказанную валидность.

Индикатор копинг-стратегий Д. Амирхана

[Amirkhan, 1990; Сирота, 1994; Ялтонский, 1995; Ильин, 2004] Методика предназначена для диагностики доминирующих ко­пинг-стратегий личности. Адаптирована в Психоневрологическом научно-исследовательском институте им. В М. Бехтерева. Она включает 33 утверждения, каждое из которых описывает путь раз­решения проблемы или путь выхода из неприятностей. Испыту­емый с помощью трех вариантов ответа («Полностью согласен», «Согласен», «Не согласен») должен определить, насколько типичен для него данный путь.

Наллы начисляются но следующей схеме: ответ «Полностью согласен» — 3 балла; ответ «Согласен» — 2 балла; ответ «Не согласен» — 1 балл.

В методике предусмотрено наличие трех шкал: «Разрешение проблемы», «Поисксоциальной поддержки» и «Избегание проблем». Образцы утверждений:

1. ***Позволяю себе поделиться переживанием с другом.***
2. ***Стараюсь сделать все так***, ***чтобы иметь возможность наилучшим образом решить проблему.***

25. ***Пытаюсь тщательно планировать свои действия, а не дей­ствовать импульсивно.***

Ключ к шкалам

Шкала «Разрешение проблем»: 2,3,8,9, 11,15, 16,17, 20, 29,30,33.

Шкала «Поиск социальной поддержки»: 1,5, 7, 12, 14,19, 23, 24, 25, 31,32.

Шкала «Избегание проблем»: 4,6, 10,13,18, 21,22, 26, 27, 28, 30. Нормы для оценки результатов теста показаны в табл. 2.10.

Таблица 2.10

Результаты теста по методике Амирхана

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Уровень | Разрешение  проблем | Поиск социальной поддержки | Избегание  проблем |
| Очень низкий | < 16 | < 1.3 | < 15 |
| Низкий | 17-21 | 14-18 | 16-2.3 |
| Средний | 22-30 | 19-28 | 24-26 |
| Высокий | >31 | >29 | > 27 |

Помимо методики Д. Лмирхана, для решения аналогичных задач используются «Опросник для изучения конинг-стратегий» Хайма |Hcim, 1988; Карвасарский, Абабков, Васильева, Исурина, Кара­ваева, Назыров, Чсхлатый, 1999] и различные версии популярной) опросника «Способы копинга» Р. Лазаруса и С. Фолкмана | Lazarus, Folkman, 1984; Джидарьян, 1997; Крюкова, Куфтяк, Замышляева, 20051.

Шкала психологического стресса PSM-2S

**[Водопьянова, 2009]**

Цель шкалы — измерение стрессовых ощущений но соматиче­ским, поведенческим и эмоциональным признакам. Методика была первоначально разработана во Франции (Lcmyr, Tessicr & Pillion, 1991), а затем переведена и валидизирована в Англии, Испании и Японии.

Цель методики — устранить имеющиеся недостатки традици­онных методов измерения стрессовых состояний. В основном они сводятся к косвенным способам измерения стресса через патоло­гические проявления тревожности, депрессии или использование стрессоров. Лишь немногие методики предназначены для того, чтобы измерять стресс как естественное состояние психической напряженности. С целью устранения этих методологических не­соответствий Лемур — Тссьс — Филлион разработали опросник, который описывает состояние человека, переживающего стресс. Вопросы сформулированы для нормальной популяции в воз­расте от 18 до 65 лет применительно к разным профессиональным группам.

В России методика апробировалась Н.Н. Водопьяновой на вы­борке учителей, студентов и коммерческого персонала в количестве 500 человек.

Многочисленные исследования покааали, что PSM обладает достаточными психометрическими свойствами. Выли обнаружены корреляции интегрального показателя PSM со шкалой тревожности Спилбергера (г = 0,75), с индексом депрессии — Beck Depression Inventory (г - 0,75). Величины этих корреляций объясняются ге­нерализованным переживанием эмоционального дистресса или де­прессии. При этом исследование дивергентной валидности показы­вают, что PSM концептуально отличается от методик исследования тревожности и депрессии.

*Инструкция*

Дайте оценку вашему общему состоянию (табл. 2.11). После каждого высказывания обведите число от 1 до 8, которое наиболее четко выражает ваше состояние в последние дни (4-5 дней). Здесь нет неправильных или ошибочных ответов.

Валлы означают: 1 — никогда; 2 — крайне редко; 3 — очень редко; \ - редко; 5 — иногда; 6 — часто; 7 — очень часто; 8 — постоянно.

Оценка общего состояния

*Таблица 2.11*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п/п | Состояние | Наллы |
| 1 | Чувство напряженности и крайней взволнован­ности (взвинченности) | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 2 | Ощущение кома в горле и / или сухости но рту | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 3 | Я перегружеп(а) работой. Мне совсем не хва­тает времени | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 4 | Я второпях проглатываю пищу или аабмваю поесть | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 5 | После работы я не MOiy отключиться от мыслей о незавершенных делах, проблемах, планах; я «застреваю» на переживаниях рабочих си­туаций и нерешенных вопросов, обдумываю свои идеи снова и снова | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 6 | Я чувствую себя одиноким(ой) и ненонятым(ой) | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 7 | Я страдаю от физического недомогания; у меня болит голова, напряжены мышцы шеи, боли в спине, спазмы в желудке | 1 2 3 4 5 6 7 8 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  н/п | Состояние | Наллы |
| 8 | Я по)'лощен(а) мыслями, измучен или обеспокоен | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 9 | Меня внезапно бросает то в жар, то в холод | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 10 | Я забываю о встречах или делах, которые должен сделать или решить | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 11 | У меня быстро портится настроение; я легко могу заплакать от обиды или проявить ярость, агрессию | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 12 | Я чувствую себя уставшим | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 13 | Я крепко стискиваю зубы (или сжимаю кулаки) | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 14 | Я снокоен(на) и безмятежеп(на) | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 15 | Мне тяжело дышать и (или) у меня внезапно перехватывает дыхание | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 16 | Я имею проблемы с пищеварением и с кишеч­ником (боли, колики, расстройства или запоры) | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 17 | Я взволнован(а), обеспокоен(а), возбуждена(а) | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 18 | Я легко пугаюсь; шум или шорох заставляет меня вздрагивать | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 19 | Мне необходимо более чем полчаса для того, чтобы уснуть | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 20 | Я сбит(а) с толку; мои мысли спутаны; мне не хватает сосредоточенности, и я не могу скон­центрировать внимание | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 21 | У меня усталый вид; мешки или круги под гла­зами | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 22 | Я чувствую тяжесть на своих плечах | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 23 | Я встревожен (а). Мне необходимо постоянно дви­гаться; я не мшу стоять или сидеть па одном месте | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 24 | Мне трудно контролировать свои поступки, эмоции, настроение или жесты | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 25 | Я чувствую напряженность | 1 2 3 4 5 6 7 8 |

Далее подсчитывается сумма баллон, и этой сумме приписыва­ются следующие оценки:

* меньше 99 баллон — низкий уровень стресса;
* 100 154 балла — средний;
* больше 155 баллов высокий.

***Контрольные вопросы и задания***

1. Какие методы исследования позволяют установить степень выражен­ности тревоги?
2. Какой стимульный материны обычно используется для оценки тре­вожности у дошкольников и младших школьников?
3. Какие опросники и шкалы применяются для оценки количественной выраженности депрессивных тенденций?
4. С помощью какой методики оценивается переживание одиночества?
5. Какие структурные компоненты змпатии авизируются с помощью методики В.В. Нойко?
6. Каковы критерии оценки алекситимичпости в Торонтской шкале?
7. Для решения каких диагностических задач целесообразно использо­вание методики цветовых выборов?
8. По каким шкалам производится оценка кон и нг-стратегий в методике Д. Амирхапа?

Глава 3

ПАТОПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ

1. СИСТЕМА ПСИХИЧЕСКИХ свойств личности

Несмотря на чрезвычайно широкое использование понятия лич­ности и принадлежности ее к базовым категориям, общепринятого его определения даже в современной отечественной психологии не выработано.

Среди многочисленных, насчитывающих десятки дефиниций (например, в справочнике II.II. Горностай,Т.М. Титаренко [Психо­логия..., 20011 приводится более 50 теорий личности), присутствуют такие как: совокупность общественных отношений (Л.Н. Леонтьев), система отношений человека к окружающей действительности (Н.Н. Мясищев), человек как носитель сознания (К.К. Платонов), совокупность внутренних условий, через которые преломляются все внешние воздействия (С.Л. Рубинштейн), субъект познания, труда и общения (В.Г. Ананьев), интегральное понятие, характе­ризующее человека в качестве объекта и субъекта биосоциальных отношений и объединяющее в нем общечеловеческое, социально­специфическое и индивидуально-неповторимое (Ь.Д. Парыгин), человек как носитель совокупности психических свойств и качеств, определяющих социально значимые формы деятельности и пове­дения [Шорохова, 1974|, и др. Еще большим разнообразием опре­делений отличаются зарубежные конце! щи и личности.

В своей монографии «Теории личности (Основные положения, исследования и применение)» 119971 Л. Хьелл и Д. Зиглер при­водят следующие взгляды некоторых признанных теоретиков в этой области. Например, К. Роджерс описывал личность в тер­минах «себя»: как организованную, долговременную, субъективно воспринимаемую сущность, составляющую самую сердцевину наших переживаний. Г. Олпорт определял личность как то, что ин­дивидуум представляет собой на самом деле - внутреннее «нечто», детерминирующее характер взаимодействия человека с миром. А в понимании Э. Эриксона индивидуум в течение жизни проходит через ряд психосоциальных кризисов, и его личность предстает как функция результатов кризиса. Д. Келли рассматривал личность как присущий каждому индивидууму уникальный способ осознания жизненного опыта. Совеем другую концепцию предложил Р. Кет-

телл, но мнению которого ядро личностной структуры образуется 16 исходными чертами (факторами). Наконец, Л. Бандура рас­сматривал личность н виде сложного узора непрерывного взаимо­влияния индивидуума,поведения и ситуации.

По мнению авторов указанной монографии, большинство тео­ретических определений личности содержат следующие общие по­ложения.

1. Подчеркивание значения индивидуальности, или индивиду­альных различий, особых качеств, благодаря которым данный че­ловек отличается от всех остальных людей. Комбинации этих ка­честв позволяют дифференцировать одну личность от другой.
2. Представление личности в виде некоей гипотетической структуры или организации. Поведение индивидуума, доступное непосредственному наблюдению, по крайней мере частично, рас­сматривается как организованное или интегрированное личностью. Другими словами, личность абстракция, основанная на выводах, полученных в результате наблюдения за поведением человека.
3. Важность рассмотрения личности в соотношении с жиз­ненной историей индивидуума или перспективами развития. Лич­ность характеризуется в эволюционном процессе как субъект (свое­образный итог. Иримеч. авт.) влияния внутренних и внешних факторов, включая генетическую и биологическую предрасполо­женность, социальный опыт и меняющиеся обстоятельства окру­жающей среды.

Л. Представление личности теми характеристиками, которые отвечают за устойчивые формы поведения. Личность как таковая относительно неизменна и постоянна во времени и меняющихся ситуациях; она обеспечивает чувство непрерывности во времени и окружающей обстановке.

В теории личности к наиболее стабильным и неизменным свой­ствам, проявляемым индивидуумом в разнос время и в различных ситуациях, имеет отношение понятие структуры личности |Хьслл, Зиглер, 19971-

Предполагается, что речь идет о совокупности неких черт, свойств, характеристик или / и функций, находящихся между собой в генетических отношениях, в норме образующих целост­ность и обеспечивающих адаптацию личности к внешней, прежде всего социальной, среде.

Такая структура, в соответствии со взглядами Б.Г. Ананьева [20001, формируется в процессе индивидуально-психологического развития и включает три взаимодополняющих аспекта: 1) онтоге­нетическую эволюцию психофизиологических функций; 2) ста- нонлсиис деятельности и историю развития человека как субъ­екта труда, познания и общения; 3) жизненный путь человека или историю личности. При этом структура личности одновре­менно строится по двум принципам:

1. субординационному, или иерархическому, при котором более сложные и более общие социальные свойства личности подчиняют себе более элементарные и частные социальные и психофизиоло­гические свойства;
2. координационному, при котором взаимодействие осуще­ствляется на паритетных началах, допускающих ряд степеней сво­боды для коррелируемых свойств, т.е. относительную автономию каждого из них.

Остается открытым вопрос о степени обобщенности элементов этой структуры, их составе и характере постоянных и вероят­ностных взаимосвязей, взаимозависимостей и взаимодействий. Число попыток структурировать личность так же велико, как и число се определений.

При анализе данной проблемы, опираясь на классическую теорию функциональных систем II.К. Анохина, Н.Ф. Ломов |1984] приходит к выводу, что личность тоже должна рассматриваться как система, подлежащая описанию на трех уровнях с точки зрения: присущих ей внешних свойств, ее внутреннего строения и ее пони­мания как подсистемы более широкой системы.

Но многом такому подходу способствует разграничение понятий «человек», «индивид», «личность», «индивидуальность».

Человек — это родовое понятие, указывающее на генетическую отнесенность биологического существа к высшему уровню раз­вития живой природы к человеческому роду с присущими только ему организменными (физиологическими, антропологическими, конституциональными), психическими (сознание, речь, целена­правленная деятельность и др.) и социальными (коммуникатив­ность, культура и др.) качествами.

Индивид (от лат. individuum — неделимый; аналог греческого термина «атом») это единичный представитель человеческого рода (особь) либо (реже) какой-то социальной общности. В этом понятии подчеркивается анонимное, абстрактное, неконкретное отражение к человеке общих свойств и качеств, сначала антропо­логических, а позднее и социальных (родившийся ребенок уже индивид), типичных для данного рода. На содержании понятия «индивид» лежит отпечаток наследуемости задатков в процессе социализации, традиционного обучения и воспитания. Индивид может рассматриваться и как целостность — продукт биологиче­ской эволюции, к ходе которой происходит не только процесс диф­ференциации органов и функций, но также и их интеграция, корре­ляция, взаимосодействие для достижения общей цели адаптации (в патопсихологии описаны случаи раздвоения личности, по отсут­ствуют описания раздвоений индивида).

Несмотря на свою достаточную сложность, в структурном ана­лизе индивид рассматривается как простейший элемент более сложной системы общества, безотносительно интереса к его (ин­дивида) свойствам и состояниям.

Нели равноправие типового биологического и социального в че­ловеке отражается в понятии «индивид», то приоритет социального в индивидуальном — в понятии «личность». В этом отношении по­нятие «личность» по сравнению с понятием «индивид» является более узким и «специализированным». Другой дифференциру­ющий индивида и личность фактор был отмечен Л.Н. Леонтьевым 120041, который обратил внимание на то, что индивид — это гено­типическое (т.е. по факту своего рождения изначально заданное) образование, а личность создастся в результате множества иерар­хически соотносящихся предметных деятельностей (т.е. является результатом процесса взаимодействия индивида с социальной средой, «личностью становятся»). Кроме того, личность характери­зуется и мерой представленности общественных отношений в ин­дивиде: несколько упрощая, можно сказать, что личность это со­циализированный индивид.

Индивидуальность неповторимое, уникальное, своеобразное сочетание природных и социальных свойств индивида, отличи­тельная особенность живого существа (в психологии человека). Индивид становится индивидуальностью но мере того, как при­обретает относительную самостоятельность своего бытия в об­ществе, т.е. становится не только продуктом, но и творцом отно­шений — личностью. Таким образом, в человеке воплощается в единстве и типичное, и неповторимое.

Н качестве основных факторов и предпосылок индивидуали­зации и становления личности выступают: биологическая наслед­ственность, природно-климатические особенности региона прожи­вания и физическое окружение человека, культура и другие формы социального, а также индивидуального опыта.

Достаточно разнородными выступают и представления о струк­туре личности, ее существенных компонентах. Н качестве таковых разными авторами называются: индивидуально-типологические особенности, направленность, умения, уровень развития, динамика нервно-психической реактивности, характер, возможности, цен- постные ориентации, социальные функции, мотивация, структура динамики отношений, соотношение сознательного и бессознатель­ного, эмоциональная сфера, нолевые качества, ценностные уста­новки, задатки и способности и др.

Анализируя взгляды предшественников и опираясь на представ­ление о единстве природного и социального в человеке, НА. Ганзен 1198^] при построении системного описания структуры личности считает целесообразным выделить в ней такие характеристики, как темперамент, характер, способности и направленность, что явля­ется удобным и для целей патопсихологии.

Темперамент

Н отечественной психологии темперамент — наиболее общие и генетически обусловленные формально-динамические характе­ристики деятельности человека, обнаруживающие связь с биоло­гическими подструктурами и стабильность как в онтогенезе, так и в широком классе ситуаций. Я. Стрсляу [1982| характеризовал темперамент через энергетический уровень поведения и временные параметры реагирования. Наиболее популярная за рубежом теория темперамента принадлежит А. Томасу, в соответствии с которой темперамент это общее понятие, относящееся к аспекту пове­дения, отвечающему на вопрос «как?» (независимость от содер­жания), отличающийся от аспекта поведения, отвечающего па во­просы «что?» и «насколько хорошо?». В зарубежной психологии понятие темперамента часто отождествляется с понятием стиля деятельности.

В наиболее распространенных определениях свойства тем­перамента характеризуют динамику психической деятельности и нс связываются с конкретным специфическим содержанием си­туации, в которой они проявляются.

Свойства темперамента, по-видимому, более непосредствен по и более однозначно зависят от общего типа нервной системы, чем какие-либо другие индивидуальные психические особенности | Мерлин, 1973]. Очевидно, что формально-динамические свойства тем не менее нс являются строго фиксированными, а формируются и обобщаются по мере развития человека.

Как известно, установив первоначально связь особенностей условных рефлексов с характерными особенностями поведения животных, И.II. Павлов обнаружил сходство между тинами высшей нервной деятельности и классическими типами темпераментов: флегматиком, сангвиником, холериком и меланхоликом, что и по­зволило ему произнести перенос экспериментальных данных, полу­ценных у животных, на человека и научно объяснить тины челове­ческих темпераментов (по Павлову — генотипа) |Мясищев, 1998|.

Современные научные представления о темпераменте аамстно отличаются от тех, которые существовали в начале XX в. На­пример, помимо силы, уравновешенности и подвижности про­цессов возбуждения и торможения трех основных характеристик нервной системы (И.II. Павлов), являющихся физиологическими предпосылками темперамента, работами Н.М. Тонлона В.Д. Не- былицына были добавлены еще два: динамичность и лабильность, что многократно увеличило число типов темперамента, которые ги­потетически могли бы быть выведены из соответствующих комби­наций пяти переменных. В целом В.Д. Небылицып 119761 предлагал выделять три ведущих компонента темперамента: первый характе­ризует общую психическую активность индивида (эффективность освоения и преобразования внешней действительности, самовыра­жение); второй его моторику (двигательный и рсчсдвигатсльный аппарат - их динамические качества: быстрота, сила, резкость, ритм, амплитуда и др.); третий эмоциональность (особенности возникновения, протекания и прекращения разнообразных чувств, аффектов и настроений. Эти три смысловые оси вместе с реак­тивностью (легкостью возникновения отклика в ответ на стимул) до сих пор рассматриваются как основные в детерминации качества темперамента.

По сравнению с павловским подходом, в теоретическом обу­словливании темперамента стали существенно большую роль играть подкорковые структуры (а нс только кора больших полу­шарий и те се зоны, которые имели отношение к анализаторным системам), эмоциональная регуляция, а по мнению В.С. Мерлина 1196^, 197.'i|, и характеристики волевого усилия. Свой отпечаток на проявление динамических качеств накладывают особенности межполушарной асимметрии человека и специфика функциониро­вания эндокринной системы.

Обобщая работы, посвященные коррелированию свойств тем­перамента с показателями свойств общего типа нервной системы, В.С. Мерлин выделяет следующие структурные компоненты темпе­рамента: эмоциональную возбудимость, силу эмоций, тревожность, реактивность (импульсивность), активность, ригидность, утомля­емость и экстраверсию — интрансрсию.

В отличие от И.II. Павлова, оценивавшего некоторые качества и типы высшей нервной деятельности как «инвалидные», В.М. Те­плой [ 19611 предложил их рассматривать не как степени совер­шенства — несовершенства нервной системы, а как типы, харак-

тсризующисся разными способами уравновешивания организма со средой, т.с. отказаться от ценностного подхода при исследо­вании индивидуальных различий (например, недостаточность силы нервной системы может быть связана с полезно высоким развитием чувствительности).

Учитывая вышеизложенное, четыре типа темперамента (хо­лерик, сангвиник, флегматик и меланхолик), пришедшие из ан­тичной науки, а позднее описанные И. Кантом [«Антропология», 1789] и обоснованные в экспериментах на животных И.II. Пав­ловым, следует признать концептуально устаревшими, хотя и со­хранившими «художественную» ценность. Это не исключает тех редких случаев, когда в психофизиологической организации неко­торых индивидов действительно обнаруживаются активностные, силовые и скоростные свойства, хорошо вписывающиеся в картину одного из традиционных типов темпераментов.

Помимо И.II. Павлова, к числу исследований, внесших вклад в понимание и интерпретацию темперамента, относятся работы первой половины XX в. Э. Кречмера и У. Шелдона, изучавших связь соматических (антропологических) и динамических харак­теристик человека. Анализируя совокупности морфологических признаков, Э. Кречмер |2003| выделяет с помощью разработанных им критериев основные конституционные типы телосложения (астенический, пикнический и атлетический) и делает попытку нс только определить темперамент именно через эти тины мор­фологических конституций, но и обнаружить связь типов консти­туций с некоторыми психическими расстройствами, в частности с шизофренией, маниакально-депрессивным психозом и эпилеп­сией. Влизкую позицию занимал и У. Шелдон, связывавший тип темперамента со степенью развития органов и тканей человече­ского организма, развивавшихся из трех зародышевых лепестков. Выделенные на этом основании и ярко представленные соматотипы (эндоморф, мезоморф и эктоморф) соответствовали висцсротони- чсскому, соматотоничсскому и цсрсбротоничсскому (по Кречмеру) типам темпераментов, каждый из которых у Шелдона получил свое психологическое описание.

Конституциональный подход, несмотря на свой объясни­тельный потенциал, вполне убедительным появляется и обнаружи­вает ряд недостатков, за что и подвергается справедливой критике. Прежде всего это касается чрезвычайно размытых границ между личностными, характерологическими чертами (вплоть до миро­воззрения) и признаками темперамента, а также игнорирования социальных обстоятельств, способных наложить отпечаток на фор-миронанис психических свойств человека, Эа «пассивное развер­тывание того основного биологического типа, который врожденно присущ человеку» работы Э. Кречмера подвергались критике еще со стороны Л.С. Выготского в работе «Основы дефектологии».

Определенный интерес представляют и многочисленные по­пытки описать темперамент и личность через различные факторные модели (С. Нерт, Дж. Гилфорд, К. Лоуэл, Л. Терстоун, Р. Ксттслл и др.), построенные на основе математических процедур. Следует иметь в виду, что слово «фактор» первоначально в психологии на­чинали использовать не в математическом понимании, а в том смысле, который означает движущую силу, причину какого-то про­цесса или явления.

Одна из наиболее известных и попу­лярных — трехфакторная модель Ганса Юргена Айзенка (1916-1997), опирающаяся па об­ширный экспериментальный материал и ме­тоды вариационной статистики [ 1999|. По его мнению, все представители Homo sapiens могут быть описаны с помощью трех фунда­ментальных измерений, которые и могут быть положены в основу типологии темперамента. Это: экстравсрсия интравсрсия (преимуще­ственная обращенность психики во внешний или внутренний мир), нейротизм (эмоцио­нальная устойчивость эмоциональная неустойчивость) и позднее введенный психотизм (наличие черт, обычно психопатических, обусловливающих отклонения от общепринятых норм поведения). Одна из сильных сторон подобного подхода — нейрофизиологиче­ская интерпретация основных измерений темперамента.



Г. Айзенк рассматривает предложенные факторы как врожденные уровни активации определенных мозговых структур: системы «ре­тикулярная формация кора» (лиц с высоким фоном активации этой системы Айзенк причислял к интровертам, а с низким — к экс­травертам). /(руг ая система — «лимбическая» - продуцирует некий постоянный уровень возбуждения, низкий фон которого характе­ризует спокойных, или эмоционально стабильных личностей, а вы­сокий уровень тревожных, или пейротичных. Имеете с тем фак­торные модели темперамента подвергаются справедливой критике за то, что в него в качестве основных составляющих включаются свойства, характеризующие содержательные (а нс только динами­ческие) стороны психики, являющиеся собственно личностными образованиями, зависящими от воздействий среды и воспитания.

К числу одной из известных к западной психологии факторных моделей принадлежит и так называемая «Большая пятерка» (Big Five), содержательная сторона которой занимает промежуточное положение между структурированием темперамента и структури­рованием личности. Будучи преимущественно построенной на лек­сическом подходе (анализ повседневных прилагательных, исполь­зуемых при описании личностных особенностей) по широте своего охвата она превосходит модель 1". Айзенка, но более компактна, чем 16-факторная модель Р. Ксттслла. В нее включаются следующие характеристики |Лаак Ян тер, Бругман Г., 200.'?|:

* экстравсрсия интронсрсия (горячность, общительность, са­моуверенность, энергичность, активность, поиск острых ощу­щений, позитивные эмоции);
* уживчивость / дружелюбие (доверчивость, прямота, альтруизм, уступчивость, скромность, добродушие, сотрудничество, мягко­сердечие);
* конформность / добросовестность (компетентность, ответствен­ность, систематичность, обязательность, дисциплинированность, старател ь i юсть, ос м отритсл ьность);

■ нейротизм эмоциональная стабильность (тревога, гнев, вра­ждебность, депрессия, застенчивость, импульсивность, рани­мость или спокойствие, не невротичность, нс подавленность);

* открытость опыту / уровень культуры, интеллектуальность (богатое воображение, утонченность, чувствительность, незави­симое мышление, наличие идей и ценностей).

На основе подобного подхода были предприняты попытки раз­работать методику оценки пяти факторов и адаптировать их на оте­чественной почве [Князев, Митрофанова, Бочаров, 2010; Осип, Рассказова, Нсяскина, Дорфман, Александрова, 2016; Сергеева, Кириллов, Джумагулова, 201 в|.

Отечественным психофизиологом В.М. Русаловым [2000] предложена более современная концепция темперамента. По его мнению, основной недостаток более ранних подходов в том, что в качестве основания темперамента как целостного психологи­ческого образования берется не вся биологическая подсистема человека, а лишь та или иная се часть, каждая из которых (гумо­ральная, соматическая или нервная) сама по себе нс обладает не­обходимыми и достаточными для этого свойствами. Вместо этого темперамент необходимо рассматривать как результат «системного обобщения» биологических компонент, вовлеченных в функцио­нальные системы поведения. Благодаря этому обобщению гене­тически заданная система индивидуально-биологических свойств человека, включаясь в самые различные виды деятельности, посте­пенно трансформируется и образует качественно новую систему свойств индивидуального поведения (интегрированную совокуп­ность всех биологических свойств человека или частных гумо­ральной, хромосомной, соматической, физиологической и нейро- динамичсской конституций общую конституцию). Психологи­ческой характеристикой темперамента выступают не сами но себе свойства нервной системы или их сочетание, а типичные особен­ности протекания психических процессов и поведения, которые данные свойства порождают. Зоной их ответственности являются:

1. широта или узость степени напряженности взаимодействия организма со средой и другими людьми. Этому сектору психофи­зиологических функций соответствует характеристика эргичности (выносливости);
2. легкость переключения с одной программы повеления на дру|ую (пластичность);
3. скорость исполнения текущей программы поведения, харак­теризующая уровень координированности всех подсистем орга­низма;

Л) чувствительность к несовпадению реального результата дей­ствия с его акцептором (предсказанием — II.К. Лпохин). Кму со­ответствует такая характеристика, как эмоциональность, выража­ющаяся во впечатлительности и ранимости.

Ныло показано, что выделенные четыре фундаментальных свойства темперамента могут различаться в зависимости от сферы проявления темперамента (предметной и социальной): психомо­торной, интеллектуальной или коммуникативной. В определенной степени темперамент влияет на развитие способностей человека, особенно тех, в состав которых входят движения с такими их суще­ственными характеристиками, как темп, скорость реакции, возбу­димость. Зависимость от темперамента обнаруживают способности, связанные с повышенной работоспособностью, длительной концен­трацией внимания.

При определении того, следует ли рассматриваемое конкретное свойство относить к темпераменту, В.М. Русалов [1986| рекомен­дует руководствоваться следующими необходимыми и достаточ­ными требованиями. Оно:

* не зависит от содержания деятельности и поведения, т.е. отра­жает формальный аспект деятельности и поведения (является независимым от смысла, мотива, цели и т.д.);
* характеризует меру динамического (энергетического) напря­жения и отношения человека к миру, людям, себе, деятельности;
* универсально и проявляется во всех сферах деятельности и жиз­недеятельности;
* рано проявляется в детстве;
* устойчиво в течение длительного периода жизни человека;
* высоко коррелирует со свойствами нервной системы и свой­ствами других биологических подсистем (гуморальной, теле­сной и т.д );
* наследуемо.

Существование в психике человека таких устойчивых обо­бщенных динамико-энергетических характеристик, но мнению Н.М. Русалова, позволяет человеку оптимально расходовать свои энсргодинамичсские возможности, причем характеристики темпе­рамента нс столько окрашивают деятельность, сколько задают гра­ницы, оберегают организм от чрезвычайно большого или, наоборот, чрезвычайно малого расходования энергии.

Темперамент, подобно всем свойствам организма, подвержен воз­растным изменениям. В детском возрасте изменения темперамента обусловлены созреванием, а в зрелом старением всех систем орга­низма. В этом отношении представляет интерес лонгитюдное (про­должительное) исследование, проведенное Л. Томасом и С. Чесс |Thomas, Chess, 1977], отслеживающее динамику темперамента, на­чина}] с младенческого до 5- и 10-лстнсго возраста. Интервьюируя родителей, исследуя поведение детей и используя факторный анализ, авторы выделили девять свойств детского темперамента.

1. уровень активности степень наследственной моторной актив­ности, определяющая, активным или пассивным является ребенок;
2. ритмичность — предсказуемость, регулярность или нерегу­лярность времени появления поведенческих реакций (например, на голод, связанный с режимом кормления), в реализации таких функций, как выделения, ритма цикла сон бодрствование;
3. приближение или удаление — это тип естественной реакции ребенка на новые стимулы (игрушки, человека, еду и т.п.);

Л) адаптивность - скорость и легкость, с которой ребенок спо­собен видоизменить свое поведение в ответ на изменения окру­жающей среды;

1. интенсивность - количество энергии, привлекаемой для вы­ражения эмоций и настроения;
2. порог реактивности — уровень интенсивности стимула, спо­собного запустить нужную реакцию;
3. преобладающее настроение (по знаку и по конкретным про­явлениям);
4. способность отвлекаться (помехоустойчивость);
5. настойчивость склонность длительное время заниматься чем-либо и стремление продолжать деятельность при возникно­вении препятствий.

Обнаружилось, что изучаемые характеристики отражают спо­собность к адаптации и имеют тенденцию группироваться, образуя три выраженных типа темперамента, которые Л. Томас и С. Чесе обозначили бытовыми терминами: покладистого (легкого), труд­ного и «темперамента с длительным привыканием».

Темперамент можно рассматривать как генотип, или геноти­пическую основу характера. Поэтому органические поражения мозга становятся условием, формирующим конституционально- типологичсскую недостаточность высшей нервной деятельности и / или личности, что приводит в конечном итоге к аномальной личностной изменчивости в условиях провоцирующего влияния неблагоприятных внешних факторов.

Изолированные изменения со стороны темперамента редко ста­новятся предметом патопсихологического анализа, но случаи повы­шенной возбудимости человека, либо признаки заметной тугопод- вижности в протекании психических процессов могут представлять интерес в контексте социально-психологической адаптации индивида. По-видимому, к расстройствам уровня темперамента можно отнести и широко известный синдром дефицита внимания и гиперактивности.

Характер

Характер (от грсч. charakter — печать, чеканка, примета) — с си­стемных позиций — подструктура личности, с содержательной стороны - совокупность взаимосвязанных, индивидуально-своео­бразных, устойчивых психических свойств (черт, диспозиций), ко­торые проявляются у человека в различных условиях и выражаются в присущих ему способах и стиле деятельности, поведения, а также формах социальных взаимоотношений. В более узком смысле ха­рактер определяется как психический склад личности, выраженный в се направленности и воле. Характер без жесткого предопреде­ления зависит как от своей естественной основы — темперамента, гак, прежде всего, и от социальных условий или социального опыта индивида, например, воспитания, неповторимых жизненных си­туаций, успеха или неуспеха в различных в идах деятельности и т.п.

Ксли в первые годы жизни формирование характера обуслов­ливается указанными факторами, то позднее закрепившиеся черты сами начинают влиять на системы отношений, складывающиеся в социальной сфере, — к общественным институтам и явлениям, друг им людям, труду, предметному миру, собственности, к себе.

По мнению Д.Л. Леонтьева и Л.К. Никишона [20051, характер выступает как защитная оболочка, опосредующая и воздействия внешней среды на личность (смягчая или обостряя их), и воздей­ствия личности па среду, придавая действиям субъекта тс или иные инструментальные или экспрессивные свойства (напористость, мягкость, импульсивность, открытость, осторожность и др.). По­нятие характера в рамках психоаналитических концепций связы­вается и с понятием индивидуального защитного стиля [Психоло­гические..., 20001. Здесь черты характера предстают как паттерны поведения, развивающиеся но времени и отражающие попытки раз­решения иптрапсихичсских конфликтов.

Черта характера как присущая данному человеку может быть заявлена только в том случае, если вероятность ее проявления в определенной ситуации достаточно велика (но не постоянна, по­скольку в противном случае речь бы шла просто о механическом поведении) [Орлов, 1987|. Можно говорить о том, что черта — это стереотип поведения для типичных ситуаций. Естественно, что в различных ситуациях проявляются внешне противоположные ка­чества характера. Черты характера могут иметь различную степень яркости и постоянства, что и определяет их отнесение к ведущим (стержневым) или второстепенным. От ведущих черт более, чем от остальных, зависит направленность поведения человека и ве­роятность реализации других элементов характера. Это значит, что черты характера не только взаимосвязаны, но и иерархически упорядочены. Подобная система отношений черт внутри характера часто в психологии обозначается как его структурность.

Отдельная черта характера и личности, развиваясь во времени, обретает в каждый заданный момент то целесообразные, то пато­генные (повреждающие) качества. Генотипические и срсдовые влияния на характер могут комбинироваться в различных соче­таниях, также усиливая или ослабляя возникающие последствия: негативность обоих факторов может приводить к значительным от­клонениям в развитии характера вплоть до его патологии; при бла­гоприятном сочетании даже сильная генотипическая предраспо­ложенность может не реализоваться или хотя бы не выражаться в своих крайних формах.

Существуют многочисленные попытки обобщения частных черт характера или попытки увидеть за ними более универсальные свойства характера, с помощью которых любой человек мог бы быть описан в более лаконичной системе категорий. В качестве таких категорий выступают определенность характера, его цель­ность, сложность, динамичность, оригинальность, сила, твердость |Левитов, 19fi9|; дихотомии: уравновешенность неуравнове­шенность; сснзитивность агрессивность; широта — узость; глу­бина - поверхностность; богатство, содержательность — бедность; сила — слабость | Ковалев, Мясищев, 1967, 1960| и др. Характер, как и вся личность человека, проявляет себя только в ситуации выбора между возможными альтернативными формами поведения и деятельности (между желаемым и должным, между потребностью и интересом, целью, связанной с удовлетворением потребности, и идеалом), что предусматривает, во-первых, наличие системы цен­ностей и определенной мотивационной структуры, а во-вторых, необходимость волевого усилия от индивида. Еще И. Кант в своей работе «О характере и образе мыслей» писал о том, что «Просто иметь характер — значит обладать тем свойством воли, благодаря которому субъект делает для себя обязательными практические принципы, которые он собственным разумом предписывает себе как нечто неизменное» |цит. по: Гиппенрейтер, Пузырей (рсд.), 1982, с. 2321.

Поскольку характер нс является случайным набором психиче­ских свойств, а в их сочетаниях проступает определенная законо­мерность и логика, возникает возможность проведения операции их типологизации. Другим основанием для нее служит то, что большая часть жизни человека состоит из принципиально по­вторяющихся системных влияний и воздействий на субъекта, ха­рактерных для определенного исторического периода, общества, национальной группы и т.д. Это значит, что большая часть пове­дения человека, как система поступков, возникает как типичная форма адаптации к этим влияниям и их фрагментам. В резуль­тате построения типологии должны выделяться качественно свое­образные типы индивидуальностей, одновременно соотносимые между собой и принципиально отличные друг от друга. По су­ществу — это проблема соотношения индивидуального и общего, которая может быть решена лишь диалектически при рассмот­рении этих противоположностей как образующих единство. Здесь необходимо различать типичность отдельных черт и проявлений для данного человека и типичность черт и проявлений для группы людей.

В психологии для построения типологии, в том числе и харак­тера, чаще всего пользуются подходом, при котором исследователь стремится выделить характеры как общие способы поведения чело­века или то, что древние называли «модус вивенди» — способ су­ществования, взаимодействия с миром [Петухов, 20081. При этом для выведения типа используются нс только строго научные, эмпи-

**ричсскис критерии, но и житейские представления, которым дастся новое осмысление. Аналогичная картина наблюдается и в истории психиатрии, где «типом» становится сама нозологическая единица, во многом построенная на бытовых и клинических наблюдениях (разумеется, не только).**

**К числу таких типологий относятся работы Э. Фромма, К. Юнга, А.Ф. Лазурского, Э. Ширангера, II.В. Ганнушкина, К. Лсонгарда, А.К. Личко и др. В силу терминологической путаницы к числу ти­пологий характера часто причисляют работы Э. Кречмера, У. Шел­дона и Г. Айзенка. Самая ранняя из известных в истории попыток тииологизации характера принадлежит греческому ученому конца IV в. до н.э., ученику Аристотеля Теофрасту, который, ори­ентируясь на основные социальные пороки того общества, описы­вает 30 характеров или обобщенных литературных портретов своих современников.**

**Для патопсихологии наибольший интерес представляют типо­логии характера, ассоциируемые с клиническим опытом или потен­циальными клиническими расстройствами.**

**По мнению известного немецкого психи­атра Карла Лсонгарда (1904-1988) 12000], около половины людей могут иметь так на­зываемые акцентуированные (заостренные) черты личности, выраженность которых может колебаться в широких пределах: от легкой степени, заметной лишь ближайшему окру­жению, до крайних вариантов, напоминающих психопатию (в современной терминологии — специфическое расстройство личности). По­добные акцентуации проявляются не всегда, а лишь преимущественно при попадании ин­дивида в избирательно неблагоприятные для него обстоятельства, т.с. в ситуации, где выраженный внешний фактор начинает воз­действовать на «место наименьшего сопротивления» (locus minoris resistentia) человека (к другим неблагоприятным обстоятельствам, напротив, может присутствовать повышенная устойчивость). Опи­раясь на клинический опыт и во многом на описания образцов характеров, почерпнутых из художественной литературы, К. Ле- онгард выделил 12 типов акцентуаций: демонстративный, педан­тичный, застревающий, возбудимый, гипертимический, дистими- ческий, аффективно-лабильный, аффективно-экзальтированный, эмотивный, тревожный (боязливый), экстравсртированный и ин- тровертирован и ы й.**



К. Леомгард

Однако, как уже упоминалось, причисление к какому-либо типу акцентуации нс является медицинским диагнозом, а лишь может указывать на потенциально прсморбидные особенности или на наи­более возможный путь развития дизадаптации. Поэтому в неко­торых случаях акцентуации рассматриваются как один из ранних этапов динамики психопатий. С другой стороны, наличие акценту­ированных черт при их наложении на благоприятную социальную атмосферу позволяет их обладателю демонстрировать выдающиеся успехи в различных видах деятельности, достигать общественного признания, приобретать известность и т.н.

Андрей Евгеньевич Личко (1926-199-1), развивая идеи К. Леопгарда и опираясь на ранее разработанные II.В. Ганнушкиным (1933) и Г.К. Сухаревой (1955, 1959) клас­сификации психопатий, предложил свою концепцию акцептуаций характера |Личко, 1983|, которая учитывает, что это стержневое свойство личности в основном формируется в подростковом возрасте как крайний вариант нормы. В своих первых работах на эту тему А.К. Личко выделил 13 внутренне непроти­воречивых типов акцентуаций: меланхоли­ческий, гипертимный, циклоидный, эмоционально-лабильный, астсно-нсвротичсский, сенситивный, психастенический, шизо­идный, паранойяльный, эпилептоидный, истероидный, неустой­чивый и конформный, но позднее вывел за рамки своей типологии меланхолический и паранойяльный как чрезвычайно редко встре­чающиеся в подростковом возрасте (это нс означает их полного отсутствия). Выраженность большинства акцентуаций в принципе с возрастом имеет тенденцию сглаживаться.



**А.Е. Личко**

1. Меланхолический — характеризуется преобладанием пони­женного настроения, чрезвычайной серьезностью, ответствен­ностью, сосредоточенностью на мрачных и печальных сторонах жизни, склонностью к депрессии и недостаточной активностью.
2. Гипертимный — постоянно приподнятое настроение, жажда деятельности, высокий жизненный тонус, активность и предпри­имчивость, плохая переносимость дисциплинарных требований и строго регламентированного образа жизни. Легкомысленное отношение к правилам и законам, тенденция не доводить дело до конца, легкий переход грани между дозволенным и запретным.
3. Циклоидный — склонность к периодической смене на­строения: от приподнятого к пониженному (субденрессивному)

и, наоборот, с некоторой зависимостью изменения эмоционального тонуса от внешней ситуации. Вначале смена фаз подъема и спада настроения происходит довольно часто, но постепенно длитель­ность обеих периодов возрастает с преимущественным приростом субдепрсссивной модальности.

Л. Лабильный (эмоционально-лабильный) — крайняя изменчи­вость настроения (по нескольку раз в день) в зависимости от не­значительных, но адекватных по знаку событий окружающей жизни, при значительной глубине самих состояний, привязанности к родным и близким, чуткости и интуиции в отношениях.

1. Лстепо-невротический — повышенная утомляемость, осо­бенно при умственных занятиях, раздражительность и склонность к ипохондричпости, зависимость настроения и поведения от само­чувствия.
2. Сенситивный — робость, стеснительность, повышенная впе­чатлительность, рано формирующееся чувство долга, ответствен­ности, высоких моральных и этических требований к окружающим и самому себе, склонность испытывать чувство неполноценности.
3. Психастенический — высокая тревожность, мнительность, не­решительность, склонность к самоанализу, постоянным сомнениям и рассуждатсльству, легкость образования навязчивых страхов, опасений, мыслей, представлений, ритуальных действий, много­кратные перепроверки уже сделанного.
4. Шизоидный — отгороженность, замкнутость, сниженная по­требность в общении, эмоциональная холодность, проявляющаяся в отсутствии сопереживания, недостаток интуиции в процессе об­щения, духовное одиночество, своеобразие и необычность в выборе занятий и увлечений, недоступность внутреннего мира и сдержан­ность в проявлении чувств делают многие поступки непонятными и неожиданными для окружающих.
5. Паранойяльный — болезненная обидчивость, подозритель­ность, честолюбие, повышенная раздражительность и стойкость отрицательных аффектов, некритическая приверженность к какой- то идее.
6. Эпилептоидный — склонность к злобно-тоскливому настро­ению (дисфории) с накапливающейся агрессией, проявляющейся в виде приступов ярости и гнева (иногда с элементами жестокости), недостаточная управляемость, импульсивность поведения, нетер­пимость к иному мнению, конфликтность, вязкость мышления, чрезмерная обстоятельность речи, педантичность, склонность к ли­дерству, достигаемому силовыми методами, большая напряжен­ность сферы влечений.
7. Истероидный — доминирующие эгоцентрические теп дсниии, выражающиеся к жажде постоянного внимания к сноси особе, независимо от того, на какой почве это внимание возникает (восхищение, удивление, почитание, сочувствие, ненависть и т.н.), избирательная внушаемость, склонность к лживости и фантазиро­ванию, направленным на собственное приукрашивание, театраль­ность в поведении и оформлении внешности, разыгрывание «сцен» вплоть до демонстративного суицида, тенденция к вытеснению не­приятных для субъекта фактов.
8. Неустойчивый легкое подчинение влиянию окружающих, безволие, обусловленность поступков случайными внешними об­стоятельствами, постоянный поиск новых поверхностных впечат­лений, склонность к необременительному времяпрепровождению в сомнительных компаниях, где часто начинают алкоголизиро- наться и принимать наркотики.
9. Конформный — чрезмерная подчиненность и зависимость от мнения ближайшего окружения, недостаток критичности и ини­циативности, склонность к консерватизму, ходячей морали, бла­гонравию, шаблонность, банальность в суждениях, отрицательное отношение к переменам в жизни. Это тип акцентуации, черты ко­торого с возрастом имеют тенденцию усиливаться.

Изначально созданная для нужд подростковой психологии, ти­пология Л.К. Личко в силу своей универсальности и хорошей про­екции за пределы юности с известными ограничениями может быть применима и для взрослого слоя населения.

Обращаясь в истории психологии к попыткам типологизиро- вать детский характер, нельзя нс упомянуть по-своему пионерскую попытку II.Ф. Лссгафта, который в книге «Семейное воспитание ребенка и его значение», написанной в конце XIX в., попытался связать тип детского характера с особенностями воспитательной тактики родителей, с влиянием их поведения и образа жизни |Лс- сгафт, 19951.

Лицемерный тип — дети отличаются хитростью, лживостью, при­творством при внешней старательности и почтительности по от­ношению ко взрослым. С более слабыми ведут себя высокомерно, прибегают к обману для получения различных выгод. В силу своей грубости и самоуверенности у товарищей чаще всего расположе­нием не пользуются. Обычно вырастают в семьях, где родители относятся друг к другу и другим людям неискренне и лицемерно.

Честолюбивые дети обладают заметным чувством собственного достоинства, стремятся к внешним признакам успеха, проникнуты мотивом соперничества, болезненно переживают неудачи. Любят

**распоряжаться, проявлять власть над товарищами, влюблены в самих себя. Условием формирования подобного характера обычно бывает семейная обстановка, в которой родители подстегивают ам­биции детей, видят в них гениев, неумеренно их хвалят, поощряют дух соревновательности.**

**Добродушный характер проявляется в приветливом и справед­ливом отношении к товарищам, дружелюбии, искренности, инте­ресе к знаниям, способности к размышлениям и добросовестности в учении, не уживается с ложью и насилием, материальным вы­годам значения не придаст. Такие качества развиваются в семейных условиях со спокойными любящими отношениями, при объяснении ребенку, почему так надо поступать, и при приучении его к труду.**

**Мягко-забитый (заласканный) ребенок характеризуется без­ынициативностью, инертностью, трусостью, беспомощностью в трудных или неожиданных ситуациях, эгоизмомом и равноду­шием к близким, что является результатом преувеличенной забот­ливости и заласканное™ в семье.**

**Злостно-забитый — это тип озлобленного, упрямого, подозри­тельного к старшим, агрессивного ребенка, склонного к диким раз­влечениям, разрушительным или жестоким действиям (например, по отношению к животным), часто действующего наперекор тре­бованиям взрослых, группирующегося с себе подобными для вза­имной защиты, терпеливо и стойко выдерживающий наказания. Данные черты формируются в условиях чрезмерной строгости, не­справедливости и произвола со стороны родителей при использо­вании физических наказаний.**

**Угнетенный ребенок отличается слабостью, скромностью, трудолюбием, спокойной наблюдательностью, чувством товари­щества, готовностью предельно ограничивать свои требования, преодолевать трудности трудом, нспривсржснностью материаль­ному расчету. Такие дети вырастают в дружных трудовых семьях со скромным достатком, но с атмосферой взаимной привязанности ее членов.**

**Попытка связать особенности воспитания с особенностями раз­вития характера была предпринята и в работах такого представи­теля психоаналитического направления в психологии, как Карен Хорни (Karen Horney, 1885-1952). Отойдя от ортодоксальных взглядов своего учителя 3. Фрейда, провозглашавшего нансск- суальность, К. Хорни 120021 предложила концепцию типологии характера, основывающуюся на всей совокупности переживаний в раннем детстве, вызванных неправильными способами воспи­тания со стороны родителей (позднее — неудовлетворительными**

**отношениями с обществом). В соответствии с ее представлениями, у маленького ребенка имеются две основные потребности: в без­опасности и удовлетворении, причем родители одновременно оказываются в роли и обеспечивающих безопасность, и ограничи­вающих возможность удовлетворения. Поскольку дефектные се­мейные отношения заставляют чувствовать себя незащищенным, нелюбимым и ненужным, отвергнутым, у ребенка возникает так называемая базальная тревога, становящаяся почвой для развития особой структуры характера, определенного типа личности, свя­занного с попыткой избавиться от этой тревоги. По словам самой Хорни, в результате неблагоприятного опыта у человека возникает чувство беспомощности в мире, воспринимаемом как потенци­ально жестокий, он испытывает недостаток способности к само­утверждению, неуверенность в возможности управлять ситуацией но собственному усмотрению.**

**Подобная ситуация порождает три основных типа невроти­ческих наклонностей и стратегий избавления от тревоги, реали­зуемых в типе характера (личности):**

1. **уступчивый** **тип с направленностью «к людям» (характеризу­ется формулой: «Нели я уступлю, меня не тронут»; типичны зави­симость, нерешительность, уступчивость);**
2. **агрессивный** **тип с направленностью «против людей» («У меня есть власть, никто меня не тронет»; типично доминирование вра­ждебности, установка на повышение собственного престижа, обре­тение контроля и власти, тенденция эксплуатировать других);**
3. **обособленный** **тип с ориентацией «от людей» («Мне все равно»; типична установка на неувлеченпость, бесстрастность, не­заинтересованность, уединенность, независимость).**

Направленность

**Несмотря на многочисленность существующих в современной психологии определений данной характеристики личности | Бо­жович, 1968; Левитов, 1969; Якобсон, 1969; Леонтьев, 1981; Мерлин, 1996; Мясищев, 1998; Краткий..., 1998; Рубинштейн, 2002; Мерлин, 2005 и др.|, можно выделить в них главное, описываемое как сово­купность устойчиво доминирующих**, **не зависящих от сложившейся ситуации мотивов**, **определяющих вектор поведения и деятельности человека.**

**По мнению Ю.М. Забродина и Б.А. Сосновского 11989], на­против, в направленности личности существуют не только отно­сительно устойчивые структурные образования, но имеет место и жизненно необходимая их вариативность. Реальное сочетание**

**того и другого проявляется в мотивационно-смысловых фено­менах направленности. Это представляется чрезвычайно важным, поскольку вне категории смысла невозможно психологическое изучение собственно человеческой мотивации, се функций и всего многообразия проявлений. Смысловая нагрузка придает мотивам необходимую для личности целостность и системность органи­зации.**

**Направленность так или иначе выявляется в изучении всей системы психических свойств и состояний личности: потреб­ностей, интересов, склонностей, идеалов, ценностных ориентаций, убеждений, мировоззрения и т.д. (смыслообразующий мотив но Л.Н. Леонтьеву или доминирующее отношение по В.Н. Мяси­щеву). По мнению К.Ф. Ломова 11984], она выступает как системо­образующее свойство личности, определяющее се психологический склад. Именно в этом свойстве выражаются цели, во имя которых действует личность, ее субъективное отношение к различным сто­ронам действительности, например в политике, профессиональной деятельности, в быту и т.д.**

**В более узком значении свойство направленности оказывается приложимым и к конкретным психическим процессам: мышлению, эмоциям, вниманию.**

**В качестве исходных побудителей, лежащих в основе направ­ленности и активности человека, выступают потребности, базо­выми и витально значимыми из которых являются потребности биологического круга, объективно представленные состоянием самого организма, в котором присутствует недостаток или из­быток в каком-то звене его функционирования. В потребностях такого рода всегда представлена зависимость живого существа от конкретных условий, порождающая адаптационную актив­ность но отношению к этим условиям. На психологическом уровне биологические потребности представлены специфическим переживанием нужды. Колес сложными являются собственно че­ловеческие материальные и духовные потребности (эстетические, творческие, познавательные и др.), складывающиеся в процессе воспитания и приобщения к культуре. Обусловленность направ­ленности, помимо потребностей, может включать и требования, ожидания, исходящие от общества. С другой стороны, пережи­вания, связанные с процессом и результатом удовлетворения потребности, сами могут становиться для человека ценным ее предметом. В онтогенезе потребности изменяются по своему со­держанию, строению, динамическим свойствам и другим харак­теристикам.**

Составной мастью направленности являются мотивы, которые кратко определяются как осознанные (а значит, и вербализиро- нанпые) потребности [Обуховский, 1972; Ковалев, 1988; Рубин­штейн, 20001 либо как осознанные связи между потребностями и теми объектами, явлениями, отношениями, которые их мог ут удо­влетворить (опредмеченные потребности). О наличии мотива целе­сообразно говорить тогда, когда уже запущенное либо готовящееся к запуску действие (обнаруживается наличие намерения) по до­стижению (присвоению) желаемого объекта (цели) этим объектом объясняемо. Таким образом, в структуре мотива как компонента направленности присутствуют четыре составляющие: 1) потреб­ность как исходный побудитель; 2) нечто, способное удовлетворить, снять потребность; 3) намерения или действия по удовлетворению потребности; 4) осознание и объяснение своих действий потреб­ностью. Другими словами, являясь рефлексией замысла, моти­вация (система взаимодействующих и меняющихся но времени мо­тивов) объясняет целенаправленность действия.

Нолсе сложными случаями с точки зрения корректности исполь­зования понятия «мотив» являются те ситуации, когда приходится сталкиваться с наличием целенаправлен нот, но нс осознаваемого (без заведомого намерения) поведения, как, например, при **инстинктивных** или автоматизированных действиях. Следует признать, что в этих слу­чаях для самого субъекта оно действительно немотивированно, а ви­димый мотив приписывается ему «извне», сторонним и, возможно, весьма компетентным наблюдателем. Н друг их случаях с(|юрмулиро- нанный кем-то мотив поведения субъекта оказывается лишь вероят­ностно правдоподобной гипотезой. Здесь речь должна идти не о бук­вальной мотивации, а о детерминированности поведения категории, находящейся с мотивацией в родо-видовых отношениях. Мотивация предусматривает детерминированность, но нс наоборот, что и имеет место при целенаправленных, но не осознаваемых поступках.

Мысль об обязательной и полной осознаваемое™ мотивов по­ведения разделяется не всеми авторами |Спиркин, 1972; Леонтьев, 1983 и др.|. Степень осознания, по видимому, действительно может колебаться в широких пределах, как это, например, типично для детского возраста или ряда психических расстройств (неспо­собность объяснить поведение с позиции здравого смысла).

Поскольку мотив, будучи объяснением поступка, служит осно­ванием выбора одного из возможных вариантов поведения, его формирование и реализация обязательно предусматривают на­личие интеллектуального, эмоционального и произвольного, воле­вого компонентов.

**Очевидно, что люди различаются но индивидуальным проявле­ниям характера, временной устойчивости и силе тех или иных мо­тивов, которые под каким-то углом зрения могут быть иерархически упорядочены (в случае разрешения проблемы измерения) у каж­дого человека. Примером попытки создать основания для иерархии потребностей, на которые опирается мотивация, является широко известная «пирамидальная» схема Л. Маслоу (Abraham Н. Maslow, 1908-1970) 120071, предусматривающая пять их уровней: физио­логические потребности, потребности в безопасности, потребности в принадлежности и любви, а также к присоединению, потребность в самоуважении, потребности в самоактуализации (наиболее пол­ному раскрытию личностных способностей и актуализации своих возможностей). Возможность реализации потребностей более высо­кого уровня, но Маслоу, связана с непременным удовлетворением потребностей более низких уровней. Такого рода построения имеют свои объективные основания, особенно если подразумевать онтогенез потребностей в процессе созревания психики, но в силу своей обобщенности игнорируют индивидуальные различия людей, а также специфику тех обстоятельств, которые мо**1**ут потребовать иной логики детерминированности поведения.**

**При реальном наличии большого числа одновременно суще­ствующих потребностей и вариаций в способах их удовлетво­рения актуальным становится самый сильный из них (ио-види- мому, находящийся на вершине иерархии при текущих внешних ситуациях и внутренних состояниях). Это не исключает тех случаев, когда одно действие или поступок оказываются поли- мотивированы или обусловливаются нс только синергичными либо подчиненными мотивами, но и учитывают конфликтующие. В данном случае возникает проблема актуализации мотива, т.е. выделения тех обстоятельств и факторов, которые привели к осу­ществлению одних форм поведения и дистанцированию от других. А это значит, что существуют не только мотивы, ориентированные на цель, но и мотивы выбора способов се достижения (или избе­гания).**

**Направленность человека также характеризуется целью. Цель — это ожидаемый, прогнозируемый, предвосхищаемый образ конечных (или промежуточных) результатов действий, ко­торый ведет к реализации их мотивов («воображаемое удовлетво­рение» |П1ибутани, 1969,с. 1521). Посущсству, цель — это то, чего еще нет. Способности к целенолаганию и умению действовать в соответствии с поставленными целями формируются лишь на определенном пути онтогенетического развития, в основном**

складываясь в пубертатный период, характеризующийся завер­шающимися этапами созревания лобной коры, ответственной за произвольные формы поведения. Именно локальные повре­ждения этой зоны, а также диффузные изменения со стороны мозга с вовлечением лобных долей сопровождаются утратой це­ленаправленности поведения, его хаотичностью и ослаблением контроля за приближением к цели. Формирование цели воз­можно лишь при наличии опережающего отражения действи­тельности [Анохин, 1978|.

Одна и та же цель может преследоваться разными людьми, ру­ководствующимися различными мотивами, а один и тот же человек может быть поставлен перед выбором между двумя субъективно равнозначными целями. В подобных случаях возникает ситуация борьбы мотивов, разрешаемая с опорой на систему ранее сложив­шихся ценностных ориентаций.

Ценность в данном контексте является указанием на объекты и явления, отличающиеся особой значимостью для субъекта. При­числение их к таковым возникает на почве усвоения индивидом идеалов, эталонов, а также представлений о должном (убеждений), интериоризироваиных из общественного сознания. К системе цен­ностей в том числе могут быть отнесены объекты материальной и духовной культуры, в свою очередь окрашенные общесоциаль­ными представлениями. Освоение личностью всех накопленных обществом ценностей носит избирательный характер, так как выбор ценностей культуры ограничен. Но ценностные отношения могут формироваться и на базе инстинктов.

С другой стороны, ввиду ограниченности индивидуального жизненного ресурса (резерва времени жизни) личность вынуждена выстраивать свои цели и ценности, определять для себя их прио­ритеты. Практически это выражается в том, что чем меньше жиз­ненный ресурс личности, тем жестче становится система ценностей личности и тем ярче проявляется ее иерархичность, а число пред­ставленных в ней элементов уменьшается |Мухамсджанова|.

Становясь для личности нс всегда вполне осознаваемой си­стемой отношений, преломляясь в личности, вся совокупность усвоенных ценностей начинает образовывать систему ценностных ориентаций — основание оценок различных сторон окружающей действительности, избирательное отношение к ним (предпочтения или отвержения определенных смыслов как жизисорганизующих начал и (нс)готонность вести себя в соответствии в ними [ Грицапов, 200.'})). Ценностные ориентации личности образуют устойчивую иерархически организованную систему — мировоззрение, изме­нения в которой сопряжены с изменениями личности в целом. По­этому система ценностных ориентаций определяет содержательную сторону направленности личности. Максимальное совпадение как существенных, так и второстепенных ценностей индивида с анало­гичными ценностями общества может трактоваться как признак конформности.

Имеете с тем существует факт расхождения декларируемых и ре­ально побуждающих человека ценностей. И патопсихологии часто приходится иметь дело с сомнениями в отношении открыто провоз­глашаемых намерений, которые могут трактоваться как результат срабатывания защитных механизмов, как «рационализация», чему противопоставляется поиск реальных мотивов. Ксли речь идет нс о сознательном искажении информации, то в этих случаях приходится сталкиваться и с когнитивными проблемами, недо­статочной рефлексией, не обеспечивающей удовлетворительного осознания фактического положения дел. Решение этой проблемы для субъекта осложняется тем, что оценочный фактор может су­ществовать в двух ипостасях: в качестве рассудочного и лог ически обоснованного суждения и в качестве эмоционального отношения, которое вызывает трудности при вербализации, как это, например, наблюдается при алекситимии.

Противоречивость в ценностных ориентациях влечет за собой непоследовательность, непредсказуемость поведения человека; неразвитость ценностных ориентаций личности определяет ее ин­фантилизм, господство внешних стимулов в поведении личности, а следовательно, конформизм, безликость человека |Здраиомыслов, 1986|. На переломных этапах своего развития человек может пере­сматривать собственную систему ценностей, не говоря о психиче­ских расстройстнах, при которых система ценностей может вообще утрачиваться или грубо искажаться.

Общечеловеческие ценности не просто существуют наряду с индивидуальными, по и являются их органическими состав­ными частями. С другой стороны, оценки, традиционные для об­щества или принятые в нем на данном временном этапе, могут и не совпадать с личностными. Любопытно, что существование конкретной ценности имеет смысл лишь в силу наличия у нее ан­типода. Столкновение разнонаправленных ценностно-ориснтаци онных систем может привести к межличностным противоречиям или даже к конфликтам.

В социологии и психологии широко представлено деление ценностей на терминальные и инструментальные [Rokeach, 1973]. К первой группе принадлежат ценности (цели), которые выступают базовыми, мировоззренческими. Именно они фор­мируются в детстве и практически нс поддаются модификации в дальнейшем (представления о добре, истине, любви, счастье, свободе, дружбе и т.н.). Ко второй группе относятся ценности, ис­пользуемые для достижения терминальных. Инструментальные ценности (средства) более гибкие, подвижные и могут зна­чительно изменяться в результате обучения или приобретения нового опыта. В качестве инструментальных ценностей обычно рассматриваются личностные черты, предпочтительные для че­ловека в текущей ситуации или на данном отрезке времени. Г-Зти черты в значительной степени определяют стили поведения и об­щения, что может интерпретироваться как формы адаптации.

Проблема способностей как структурного компонента личности будет рассмотрена ниже в параграфе 3.9.

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Каковы теоретические взгляды на понятие личности?**
2. **В соответствии с какими принципами происходит структурирование личности в процессе ее развития?**
3. **Опишите соотношение между понятиями: «человек», «индивид», «ин­дивидуальность».**
4. **В чем различия современных представлений о темпераменте но срав­нению с традиционными?**
5. **Какими признаками-требованиями следует руководствоваться при от­несении конкретною свойства к сфере темперамента по В.М. Русалову?**

**G. К выделению каких свойств детского темперамента приводит фак­торный анализ?**

1. **Дайте определение характера человека.**
2. **Благодаря каким основаниям возможно выделение типичного в ха­рактере?**
3. **Как определяются акцентуации характера (личности) и какие авторы занимались разработкой данной тематики?**

**К). Дайте краткое описание типов акцентуаций, выделяемых у под­ростков.**

1. **Какая концепция развития характера была предложена К. Хорни?**
2. **Что такое направленность личности и какой фактор придает ей си­стемность организации?**
3. **Что выступает исходным побудителем активности человека?**
4. **В чем заключается проблема системы ценностей человека в пато­психологическом контексте?**

3.2. ВОЛЕВАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ И ЕЕ РАССТРОЙСТВА

Реализации направленности, воплощенной в мотивах, преду­сматривает столкновение с многочисленными и норой непредска­зуемыми препятствиями, которые могут остановить индивида, из­менив его мотивацию, либо должны быть преодолены путем мобили­зации волевого усилия. К классу препятствий Moiyr быть отнесены весьма разнородные и многочисленные обстоятельства, начиная от буквальных физических преград и заканчивая такими, как чужое мнение, астснизирующая болезнь, конкурирующие мотивы и др.

Ксли волю в большинстве случаев определяют как способность преодолевать трудности при совершении целенаправленных дей­ствий, то в качестве обязательных индикаторов се осуществления рассматриваются: 1) наличие выбора между несколькими возмож­ными вариантами поведения или деятельности; 2) принятие ре­шения, за которым следует осуществление выбранного действия и которое подтверждает произвольность происходящего (в от­личие от импульсивных, автоматизированных, инстинктивных и других действий «по прямому побуждению»); 3) наличие самого препятствия, поскольку беспрепятственные действия и поступки волевыми признаны быть нс могут (Леонтьев, 19931. Предшествен­ником психического феномена воли на физиологическом уровне является так называемый рефлекс свободы, открытый И.II. Пав­ловым у высших животных и позднее описанный как «мотивация сопротивления принуждению». Согласно Л.С. Выготскому |1983| сущность волевых процессов сводится к способности управлять своим поведением, производить выбор из борющихся мотивов и подчинять поведение сознательно поставленным целям.

Очевидно, что выраженность препятствия и интенсивность во­левого усилия в каждом конкретном случае может быть представ­лена с различной, в том числе и малой, степенью. Из-за этого сам поведенческий, двигательный или интеллектуальный акт в силу неочевидности категориально перестает относиться к числу во­левых внешним наблюдателем, хотя фактически таковым является. Интенсивность потребности в достижении цели, т.е. в реализации мотива, при прочих равных условиях непосредственно сказывается и на интенсивности волевого усилия, для этого предпринимаемого. Анализ психологических механизмов волевого акта показывает, что качество воли может быть приписано индивиду в тех случаях, если он способен создавать дополнительное побуждение к действию путем изменения смысла этого действия (несовпадение мотива и цели по А.Н. Леонтьеву 119811, при преодолении аффективно­отрицательного отношения ради эффективно-положительной цели по К.М. Гурсничу |1940| [цит. но: Смирнова, 1990|, при независи­мости от обстоятельств но Л.И. Вожович |1976|). Действие стано­вится волевым тогда, ког да субъект признает его исходящим от него самого. Усиление субъективной причинности, особенно если за ней скрывается пристрастное эмоциональное отношение, повышает ве­роятность его (действия) исполнения.

Под несколько иным углом зрения понятие воли рассмат­ривает В.И. Гинсцинский [1997]. По его мнению, воля это пси­хический механизм координации и субординации потребностей (мотивов), актуализируемых наличной ситуацией, регулирующий соотношение отдельных акций (операций, образов) в процессе до­стижения поставленной (принятой) цели. Таким образом, волевые процессы, имея непосредственное отношение к саморегуляции пове­дения, находятся на стыке когнитивных и мотивационных процессов.

Немецкий психолог Юлиус Куль (Julius Kuhl, р. 1947) пред­ложил модель поведения, в которой волевые процессы преимуще­ственно сводятся к процессам контроля за деятельностью. В основе этой концепции лежит тот факт, что люди значительно различаются между собой но тому, в какой мере они воплощают свои намерения в реальные действия [Васильев, Куль, 1985|. Куль рассматривает семь видов такого контроля [Хскхаузен, 20031.

1. Контроль внимания (селекция внимания). Внимание направ­лено только на ту информацию, которая соответствует актуально действующей интенции (актуальному намерению).
2. Контроль кодирования. Особенно глубоко обрабатываются аспекты поступающей информации, которые связаны с текущей интенцией.
3. Контроль эмоций. Предполагается, что у субъекта есть не­которое мстаноловос знание о том, какие эмоции «помогают» реализации необходимого действия, поэтому субъект стремится вызывать в себе «необходимые» эмоции. Препятствующие эмоции не допускаются.
4. Мотивационный контроль. Эта стратегия целесообразна тогда, когда действующая интенция недостаточно сильна из-за на­личия конкурирующих интенций или при возникновении неожи­данных преград. Тем самым повышается привлекательность изна­чальной цели.
5. Контроль окружающей среды. С помощью определенных предосторожностей субъект способен защититься от соблазнов; обычно это осуществляется путем устранения из поля деятель­ности и окружающей среды предметов, которые могут спровоциро­вать нежелательные действия.
6. Экономная переработка информации. Этот процесс нами­нает происходить при формировании интенции в случае, если это формирование длится так долго, что приводит к неприемлемой от­срочке самой деятельности.
7. 11реодоление неудачи. Речь идет об умении нс слишком долго концентрироваться на неудаче, а также об умении откалываться от недостижимой цели.

Подобные формы контроля могут осознаваться в разной сте­пени.

Когда способы осуществления волевых актов приобретают в по­ведении человека определенную устойчивость, они превращаются к волевые качества личности. По мнению II.М. Якобсона [1976|, таких качеств четыре:

1. самостоятельность — се суть заключается в способности человека определять свои поступки, ориентируясь нс на давление окружающих и случайные влияния, а исходя из собственных убеж­дений и представлений. Своеобразным антиподом самостоятель­ности является внушаемость, в том числе податливость гипнозу;
2. решительность — способность человека своевременно и без излишних колебаний принимать обоснованные решения и обду­манно проводить их в жизнь;
3. настойчивость — способность к длительному и неослабному напряжению энергии, направленной на неуклонное достижение на­меченной цели;

Л) самообладание — умение подчинять себе нежелательные и при этом достаточно сильные, эмоционально окрашенные по­буждения (раздражение, аффекты страха, гнева, ярости, отчаяния и т.и.).

У СЛ. Рубинштейна [20091 этот список дополняется иници­ативностью, у В.И. Селиванова 1197^11 целеустремленностью, выдержкой, организованностью, дисциплинированностью и дело­витостью, у Л.Ц. Пуни [ 1977] — смелостью, исполнительностью и инициативностью. В.К. Калин [1983| к числу базальных волевых качеств, выражающихся в однонаправленных регуляторных дей­ствиях сознания, осуществляемых в форме волевого усилия, от­носит: энергичность (способность волевым усилием быстро под­нимать активность до необходимого уровня, вплоть до самого высокого), терпеливость (способность поддерживать с помощью дополнительного нолевого усилия напряженность работы на за­данном уровне при возникновении условий, препятствующих этому), выдержка (способность нолевым усилием быстро заторма­живать, замедлять, ослаблять излишнюю активиронанность, сдер­живать и подавлять ненужные в данный момент чувства, мысли и привычки) и смелость (способность при возникновении опасной ситуации (для жизни, здоровья или престижа) сохранить устойчи­вость организации психических функций, выражающуюся в отсут­ствии снижения качества деятельности). Помимо уже упомянутых, К.II. Ильин [20011 дополнительно к списку волевых качеств от­носит героизм и мужество.

Активность, вызванная препятствием, может оттеснить перво­начальное побуждение на второй план, и тогда преодоление стано­вится самоцелью, а воля трансформируется в упрямство.

Особо следует оговорить случаи, когда волевое усилие направ­лено нс на осуществление, а на сдерживание желаемых субъективно, но неприемлемых по социальным (например, этическим) причинам действий. Именно слабость в подобном звене поведенческой регу­ляции может отличать лиц с психическими отклонениями.

В силу того, что индикатором для психических расстройств яв­ляются нарушения собственно человеческого поведения, которое регулируется мотивами, носит произвольный, управляемый волей и эмоциями характер, значительная их группа получила название расстройств эмоционально-волевой сферы.

В психологии обычно выделяют следующие этапы разверты­вания нолевого действия: побуждение к совершению действия (влечение или желание), осознание цели действия и возможных вариантов ее достижения (ориентировка), возникновение и борьба способствующих и препятствующих мотивов, выбор (принятие решения), исполнение принятого решения. В некоторых случаях в качестве завершающего этапа предлагается рассматривать сверку полученного результата с ожидаемым. Нарушения волевой актив­ности могут обнаруживаться на любом этапе своего развертывания, и даже не связанные с психозом указывают на расстройства лич­ности. Таким образом, волевые процессы, составляющие психику человека, могут нарушаться как в результате возникновения пси­хического расстройства, так и в частных случаях являться их ос­новным выражением.

При анализе современной литературы, исходя из определения ноли, можно выделить довольно большое число психических ме­ханизмов ее нарушения, в отношении которых применима много­мерная, эмпирическая но сути классификация одно и то же рас­стройство объективно несет в себе нагрузку различных патогенных факторов — и неполноценного либо искаженного анализа внешней ситуации, недостаточности ориентировочной основы произволь­ного иовсдопия, ухудшения процесса целсобразоваиия, дефектов контроля и коррекции поведения и др.

1. На уровне анализаторных систем присутствуют нарушения первичной обработки информации (ее фильтрации, отбора, декоди­рования, выделения сигнала из шума), клинически выражающиеся в таких расстройствах, как агнозии или галлюцинации.
2. Имеется слабость аналитической функции, недостаточность оценки и верификации поступающей информации, что приводит к невозможности вскрыть глубинное смысловое значение текущей ситуации.
3. По разнообразным, в том числе и интеллектуальным при­чинам, искажается представление о промежуточных и конечных результатах волевого действия, имеет место дефект функции про­гнозирования, экстраполяции отдаленного будущего (необдуман­ность, нерасчетливость).

\. Имеется повышенная зависимость мотивации и целсобразо- вания от внешних факторов и ситуаций (внушаемость, склонность к подражанию, усиление конформистских тенденций).

1. На почве избыточного влияния ведущей мотивации возни­кает тенденциозность интерпретации модели внешнего мира, ис­пользуемой для построения столь же тенденциозного произволь­ного поведения (при сверхценных идеях, паранойяльных, сутяжно- квсрулянтских тенденциях борьбе за попранные и ущемленные, как кажется, нрава путем писания многочисленных жалоб в вы­сокие инстанции и т.н.).
2. болезненно сокращается или возрастает число внешних сти­мулов и мотивов, способных побудить к деятельности, как это, на­пример, происходит при депрессивных и маниакальных состояниях (угнетение мотивов и влечений либо их усиление).
3. В отношении одного и того же объекта волевого усилия при­сутствуют противоречивые тенденции и эмоциональные оценки.
4. Формирование очередной цели обнаруживает избыточную зависимость от достижения предыдущей.
5. Разработка конкретного механизма поведения затрудняется из-за аморфности и крайней расплывчатости целей, что выража­ется в растерянности, тревожности и суетливости.
6. Происходит спонтанное образование принципиально нео­существимых, либо нелепых целей, являющихся следствием ранее возникшей и развившейся психической патологии (как при навяз­чивых состояниях или бредовых синдромах).
7. Имеется сочетание инертной направленности мотивации на завышенные, хотя и принципиально достижимые цели с от-

**сутствисм учета внутренних субъективных возможностей, что со­провождается бесплодностью попыток соответствующих волевых усилий (при некоторых неврозах и психопатиях).**

1. **Над ранее ведущими нравственными мотивами начинают доминировать биоэгоистичсскис (гедонистические) тенденции.**
2. **Текущие цели и средства их достижения преобладают над отдаленными (например, при эпилепсии).**

**1Т Ослабление критичности к собственным намерениям на этапе подготовки поведенческого акта (при маниакальном син­дроме) приводит к отсутствию борьбы мотивов, выражаясь, в част­ности, и в импульсивном поведении.**

1. **Гиперкритичность при выработке или выборе решения из ряда возможных приводит к неспособности завершить борьбу мотивов и принять окончательное решение, что сопровождается сомнениями, неуверенностью в правильности даже уже испол­ненных действий (при психастении).**
2. **Возникает ослабление контроля над осуществляемой дея­тельностью, что приводит к ее дезорганизации и хаотичности, как это, например, происходит при вовлечении в органический патоло­гический процесс участков лобной коры.**
3. **Присутствует шаблонность алгоритмов поведения в ситуа­циях, требующих нестандартного разрешения.**
4. **Замедление течения информационных процессов приводит к невозможности своевременного исправления поведения (при ор­ганических и сосудистых поражениях мозга).**
5. **Утрачена способность сравнивать достигнутое с желаемым из-за нестойкости волевой регуляции (при органических пораже­ниях мозга).**
6. **Тенденциозная оценка достигнутых результатов харак­терна для больных с синдромом бреда, но может встречаться и при истерии.**
7. **Страдает представленность произвольных психических про­цессов в сознании (при расстройствах самого сознания).**
8. **Нарушается сама способность к волевому усилию (на­пример, на фоне астении или депрессии).**

**Опираясь на работы В.Л. Иванникова, 71.0. Пережогин 120011 предлагает рассматривать семь групп волевых расстройств:**

1. **Расстройство волевых действий. Будучи обусловленным не­достаточностью прогностической функции, проявляется клини­чески неспособностью фиксировать свое внимание и выполнять действия, результат которых не является очевидным, моментально достижимым. Обнаруживающие расстройство пациенты сообщают,**

что они не могут представить себе плодов своего труда, разочаро­вываются в выполняемой ими работе прежде, чем достигнут ре­зультата, неспособны мотивировать себя на длительный труд, ну­ждаются в дополнительных стимулах — вехах. В частности, они не могут сделать накоплений на приобретение какой-либо ценной вещи, обучаться, если их знания нс находят практического приме­нения.

1. Расстройство сознательного преодоления препятствий на пути к цели. Такими препятствиями выступают физические помехи, слож­ность действия, социально заданные условия, конкурирующие мо­тивы и цели, новизна обстановки, внутреннее состояние и т.п.
2. Расстройство преодоления конфликта. Может быть вызвано одним или несколькими факторами — например, несовместимость двух действий, необходимость выбора одной из целей: а) обуслов­ленных различными мотивами, б) приводящих к разным послед­ствиям, а также несовместимость личных и социальных мотивов, цели и последствия действия. Расстройство проявляется клини­чески нарушением способности осуществления выбора, что может реализовываться в различные типы реагирования. Одни избегают принятия решения, намеренно уклоняются от пего, стремясь пу­стить дело на самотек, либо перекладывая принятие решений на других. Вторые пытаются использовать в качестве третейского судьи случай (нодбрасынают монетку и т.д.). Для третьих (особенно для лиц с психическим инфантилизмом) характерно избирательное уничтожение одной из альтернатив, что иногда проявляется в ин­струментальной агрессии.

А. Расстройство преднамеренной регуляции. Связано с наруше­нием параметров действия (силы, скорости, темпа), торможения не­адекватных психических процессов, особенно эмоциональных, с ор­ганизацией психических процессов в соответствии с ходом деятель­ности, со способностью оказывать сопротивление рефлекторным действиям. Примером такого расстройства является синдром ав­тономной конечности, при котором больные теряют контроль над действиями руки, которая совершает порой сложные движения не­зависимо либо против их ноли. Субъективно они оценивают руку как часть своего тела, которая «взбунтовалась и делает только то, что хочется ей». Многие больные отмечают, что не в силах конт­ролировать свои эмоциональные проявления. Сопротивление реф­лекторным действиям подразумевает способность сознательно пре­одолевать боль, страх и другие состояния, имеющие за собой набор рефлекторных моторных актов (отдергивание руки, зажмуривание глаз и т.п.).

1. Расстройство, сопровождающееся формированием автома- тишов и навязчивостей. В эту группу входят значительно разли­чающиеся но психопатологическому значению феномены. К ав­томатизированным действиям относят игру на музыкальных ин­струментах, вождение автомобиля, привычный выбор маршрута. .Люди, добирающиеся до работы одним и тем же путем на протя­жении многих лет, норой ловят себя на том, что если им однажды выпадает необходимость пойти другим путем, они автоматически идут привычной дорогой (утрата контроля над автоматизмами). Сюда же относятся и собственно навязчивости.
2. Расстройство мотивов и влечений. Нарушено переживание влечения как свободного собственно волевого акта, имеющего осо­знанную цель.
3. Расстройства прогностической функции. Пациенты, обна­руживающие расстройства данного круга, с трудом прогнозируют последствия своих действий. 'Гак, один испытуемый сообщил, что однажды очень удивился, когда, вернувшись с работы, застал жену в слезах. Он и нс думал, «что она так близко к сердцу примет его слова», что он уйдет к другой женщине. ,'$а прошедшие несколько часов он уже давно передумал.

Расстройства волевой регуляции

Терминологически расстройства волевой регуляции описыва­ются следующими понятиями.

Гипобулия — ослабление ноли (в просторечии — лень) — не­достаток энергии, побуждений и интересов, что сопровождается и регрессом мотивов. Степень снижения активности может быть разной — от незначительного, пережинаемого лишь субъективно, до граничащего с аспонтанностью. Больной не способен моби­лизовать себя, начать и довести до конца выполнение различных задач, что распространяется также и на контроль мысли, речи и движений. Ограничивается общение и снижается уровень про­извольного внимания. Подобный симптомокомплскс часто при­водит к снижению социального уровня больных, что выражается в неопрятности, гигиенической запущенности (больной не следит за своей внешностью, неряшлив, одет нс по сезону, редко моется, не чистит зубы и т.п.). Все это сопровождается физической анер­гией и инертностью (человек подолгу лежит, не проявляя никакой активности гиподинамия), иногда маскируемой какой-то бессмы­сленной и непродуктивной деятельностью (типа просмотра теле­передач). Падает социальная и профессиональная продуктивность больного, ухудшается выполнение профессиональных обязан- ностсй и навыков, перестают реализовываться социальные роли, обеспечивающие статус человека в обществе.

Крайней степенью прогрессирующей гипобулии является абулии полное отсутствие желаний и побуждений к деятельности, полная безучастность к окружающему, невозможность выполнения не только сложных, но и простых волевых актов даже в опасных для себя ситуациях, обездвиженность (акинезия). На фоне резко сниженной экспрессивности, безразличия и отсутствия энергетиче­ского потенциала могут минимально сохраняться лишь некоторые автоматизированные действия (апато-абулический синдром).

Гипо- и абулия — симптомы, широко встречающиеся при раз­личных заболеваниях. Они характерны для соматических заболе­ваний, могут являться следствием органических, травматических повреждений головного мозга, характерны для шизофрении, стар­ческих психозов, некоторых психопатий и невротических рас­стройств, депрессий, возможны при слабоумии и наркомании.

Гипербулия — патологическое повышение нолевой активности, усиление интенсивности разнообразных влечений и желаний. Встречается в двух формах.

При первом варианте присутствует быстрая изменчивость по­буждений, стремление к немедленному достижению целей (больной нс считается с внешними условиями, нс учитывает собственные возможности), что поведенчески выражается избыточной иници­ативностью, порывистостью, импульсивностью, подвижностью, говорливостью, часто сочетающимися с отвлекасмостью, непосле­довательностью, нсдовсдснисм начатог о до конца и, следовательно, общей слабой продуктивностью (реальная жажда деятельности от­сутствует). Исключения составляют относительно легкие случаи. В тяжелых случаях может возникать хаотическое психомоторное возбуждение.

Усиление волевых функций здесь скорее должно характеризо­ваться приставкой «псевдо», поскольку оно носит лишь внешний характер при преобладании ситуативных реакций (маниакальные состояния, бредовые расстройства, психопатические синдромы, со­стояние наркотизации). В некоторых случаях подобный вариант гинербулии может описываться как суетливая пссвдодсловитость.

При втором варианте вся жизнь больного действительно на­чинает подчиняется реализации его гипертрофированных патоло­гических побуждений: проявляется необычайное упорство в до­стижении целей любыми средствами, обнаруживается инертность нервных процессов и затруднения при необходимости в переклю­чении внимания (при паранойяльных состояниях, при эпилепсии).

**Среди детского контингента признаки гипербулии наблюда­ются, как мы уже говорили, в рамках синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), основная симптоматика которого про­является от 1,5 до 15 лет, становясь особенно яркой в конце до­школьного и начале школьного возраста. Поведение таких детей характеризуется чрезвычайной подвижностью, бесцельной избы­точной моторной активностью, импульсивностью, обилием лишних движений, неусидчивостью и общим беспокойством, которые могут сочетаться с моторной неловкостью, нссформированностью мелкой моторики и праксиса, повышенным риском травматизма. В соот­ветствии с классификацией психических расстройств DSM-IV, раз­работанной Американской ассоциацией психиатров, ребенок может считаться гиперактивным, и импульсивным, если в его поведении на протяжении 6 и более месяцев встречаются 6 из 9 следующих признаков |Завадснко, 2(Ш| (в DSM-5 вводятся и критерии для подростков и взрослых от 17 лет и старше — 5 из 9):**

1. **Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится.**
2. **Часто покидает свое место в ситуациях, когда нужно сидеть (например, встает в классе во время уроков, в офисе или на работе, в других ситуациях, когда требуется оставаться на своем месте).**
3. **Часто бегает туда-сюда, куда-то забирается в ситуациях, когда это неприемлемо (примечание: у подростков и взрослых этот сим­птом может ограничиваться ощущением беспокойства, невозмож­ности оставаться на месте).**

**А. Часто не может тихо, спокойно играть или заниматься чем- либо на досуге.**

1. **Часто находится в постоянном движении, ведет себя так, как будто к нему «прикрепили мотор» (неспособен или ощущает ди­скомфорт, если требуется спокойно сидеть в течение продолжи­тельного времени, например в ресторане, на встрече; окружающие могут расценивать его, как беспокойного человека, с которым трудно иметь дело).**
2. **Часто бывает болтливым.**
3. **Часто отвечает на вопросы не задумываясь, не выслушав их до конца (например, завершает высказывания за других людей, не может ждать своей очереди во время разговора).**
4. **Часто с трудом дожидается своей очереди (например, когда стоит в очереди).**
5. **Часто прерывает других, мешает им (например, вмешивается в беседы, игры, дела; может начать пользоваться вещами других людей, не спросив их или не получив разрешения; у подростков**

и **взрослых — может вмешаться или начать делать то, что делают Другие).**

Считается, что шиерактивиость является своеобразным след­ствием утомления — слабым контролем хаотического подкоркового возбуждения на почве преимущественно ранних повреждений ЦНС (ретикулярной формации) в период беременности и родов. Однако это не исключает и влияния наследственного фактора, поскольку исследования семей, в которых имеются дети с признаками СДВГ, указывает на большую вероятность подобного же расстройства у их ближайших родственников родителей и сиблипгов. В ряде слу­чаев наличие СДВГ связывается с дефицитом в мозге такого ней­ромедиатора (посредника в синаптической передаче импульса), как дофамин, нарушениями связи между подкорковыми структурами и префронтальной корой.

Парабулия извращение преимущественно филогенетически ранних по уровню волевых актов, патология поведения, вытекающая из нарушения механизмов формирования мотивов и целей. Но су­ществу, это расстройства влечений — неосознаваемых или слабо осознаваемых стремлений к удовлетворению потребностей. Часть влечений первична, инстинктивна по своей природе (пищевое, половое, самосохранения), по другая часть влечений возникает при жизни, и перечень их может быть велик. В норме влечения в одних случаях угасают (удовлетворяются социально приемлемым способом), в других — осознаются, превращаясь в желания.

При иарабулиях мотив либо нс формируется, либо является неадекватным внутренней, инстинктивной природе потребности, либо одновременно существуют дна противоположных мотива. С известной степенью условности можно говорить и о затрону­тое™ интеллектуальной составляющей, и ощущениях нарушения свободы воли повторяющиеся приступы влечений, как правило, противоречат интересам самого человека.

Расстройства влечений иногда встречаются при психических за­болеваниях, таких как шизофрения, эпилепсия, при умственной от­сталости, органических заболеваниях головного мозга (например, при поражении медиобазальной лобной коры, имеющей тесные связи с лимбической системой, а через нее и с гипоталамусом и миндалевидным телом |Дурия, 20001). Однако наиболее специ­фические черты они приобретают при психопатиях.

Парабулия может принимать самые разнообразные формы: отказ от обычной еды с употреблением в пищу несъедобного, на­несение себе увечий или стремление к самоубийству, половые из­вращения, склонность к бродяжничеству, поджогам, бесцельным кражам, мутиам, ориентация на явно неразрешимые сверхзадачи, пассивная нодчиняемость или повышенная внушаемость и т.п. Объяснения, которые больной даст своему поведению, часто носят формальный характер, а реальные побуждения порой нелепых по­ступков определить невозможно. Исключение составляют случаи, когда необычная деятельность больного определенно вытекает из содержания бреда и галлюцинаций, сопровождающих име­ющееся психическое расстройство.

Иарабулия также может выражаться неадекватностью выра­зительных действий, манерностью, гримасничанием, вычурными мимикой, походкой, жестами, позой, т.с. тем, что обозначается как паракинезии.

Возможны три клинические формы протекания парабулий, от­личающиеся динамикой и качественными особенностями:

1. Навязчивые (обсессивные) влечения предполагают возник­новение желаний, явно расходящихся с требованиями этики, мо­рали и законности, но которые больной может контролировать и подавлять как недопустимые. В подобных случаях присутствует сопровождаемая сильными переживаниями борьба мотивов, разре­шаемая в пользу ожиданий и требований общества (но в сознании постоянно сохраняются мысли о неудовлетворенной потребности).
2. Компульсивные влечения (компульсия — от лат. compulsio принуждение) непреодолимые, субъективно насильственные (без свободы ноли) побуждения к каким-то бессмысленным или опа­сным действиям на почве психофизиологического дискомфорта, возникающие по механизму витальных, физиологических влечений (голода, жажды) и приобретающие характер доминирующего мо­тива деятельности (борьба мотивов практически отсутствует). Кри­тическое отношение к подобному побуждению, неприемлемость для больного, его противоречие морально-этическим представле­ниям сочетаются с невозможностью ему противостоять или иг­норировать. Сознательное усилие нс достигает цели, а попытки заблокировать данное побуждение извне могут лишь его усилить. Среди явлений подобною рода стремление к наркотику или алко­голю, искажения пищевого инстинкта в виде обжорства или отказа от нищи (снижения аппетита — анорексии), расстройств полового инстинкта в форме гомосексуализма, мазохизма, педофилии, фети­шизма или нуарьеризма (подглядывания за обнаженными лицами противоположного пола), влечения к совершению агрессии над близкими, патологическая увлеченность азартными играми и т.п. Подобные влечения переживаются как тягостные и в силу необъ­яснимости для больного могут порождать чувство страха. Имеете

**с тем вопрос о том, до какой степени влечения, итогом которых становится получение удовольствия, могут рассматриваться как комнульсивныс, продолжает сохраняться открытым. На вершине своего развития комнульсивнос влечение иногда сопровождается психомоторным возбуждением.**

**Ксли справиться с ним до его начала все же удается, то развива­ется последующее абстинентное** **(лат. abstinentia — воздержание) состояние** **(синдром лишения — подавленное настроение, физи­ческий дискомфорт, вегетативные расстройства, тревога и страхи, расстройства сна и т.н.).**

**Комнульсивныс влечения реализовываются в виде компуль- сивных действий.** **Их частным, но достаточно распространенным даже на бытовом уровне случаем являются ритуальные поведенче­ские акты, направленные на редукцию и нейтрализацию тревоги, вызываемой навязчивыми влечениями или сомнениями (например, постоянное мытье рук с целью избежать «загрязнения»), Ком- нульсии в этих случаях прекращаются лишь после восстановления внутреннего ощущения завершенности полноты двигательного акта. Такое ощущение возникает но тину обретения утраченного ранее телесной) самоощущения. Комнульсивныс ритуальные дей­ствия могут ежедневно занимать много часов в день и сочетаться с нерешительностью, медлительностью и нарушениями мышления.**

**Поскольку данные влечения имеют форму навязчивостей, то часто психические симнтомокомнлсксы, возникающие на по­добной почве, обозначаются в клинической литературе как обсес- сивно-компульсивный синдром.** **В этом синдроме комнульсивный фактор диктует направленность поведения, а обссссивный опре­деляет эмоциональный фон (например, наркоман может испы­тывать приподнятое настроение, предвкушая прием наркотика). Термин «компульсии» используется и в более широком смысле для обозначения любых навязчивостей в двигательной сфере.**

**Многие комнульсивныс влечения, сохраняя свою качественную направленность, могут возникать с такой быстротой и энергично­стью, что их осуществление приобретает характер импульса.**

**3. Импульсивные влечения** **возникают остро, немотивированно с упорным стремлением к немедленному осуществлению болезнен­ного и бессмысленного побуждения, либо иод влиянием аффекта, минутного настроения или случайной прихоти. Борьба мотивов с представлением последствий совершенного поступка если и при­сутствует, то весьма кратковрсмснна, поскольку нарастающее внут­реннее напряжение требует немедленной разрядки, вслед за чем реализуется тот или иной вид влечения. Для достижения цели**

предпринимается все, а понимание предосудительности такого по­ступка не останавливает. К числу импульсивных влечений относят уже упоминавшееся неудержимое влечение к перемене места и бро­дяжничеству (дромомания), патологическую страсть к хищению не­нужных вещей, которые затем прячутся, выбрасываются или воз­вращаются владельцу (клептомания), влечение к поджогам без злого умысла (пиромания), импульсивное стремление к пьянству (iдипсомания) с периодом запоя в 2-3 недели и абсолютным отсут­ствием влечения к алкоголю после этого периода и др. В подобных феноменах обнаруживается слабость контролирующей функции воли.

На высоте патологического состояния встречается сужение со­знания. По окончании разрядки возможны либо идеи самообви­нения (прошедшее импульсивное влечение кажется чуждым), либо апатия, либо эмоциональная приподнятость.

Нели стадия борьбы взаимоисключающих мотивов задержива­ется настолько, что вообще нс завершается принятием решения, либо упускается критическое время для реализации одного из по­лярных и эмоционально окрашенных побуждений (например, любви и ненависти), говорят о состоянии амбивалентности (от лат. ат/ю — оба и valentia — сила), или амбитендентности. При этом по мере развития ситуации одно из чувств или один из мотивов могут бессознательно вытесняться или маскироваться другим.

Сложность характеристики амбивалентности как формы рас­стройства нолевых функций заключается в том, что противоре­чивость оценок в отношении других лиц, предметов и ситуаций чрезвычайно распространена на бытовом уровне и, являясь уни­версальным когнитивным механизмом, естественно обусловли­вается сложностью и противоречивостью (порой диалектической) внешнего мира, а также незрелостью иерархичности системы цен­ностей индивида, либо — напротив — сложностью объекта, под­лежащего нромысливанию, и нюансированностью, оттсночностью мышления индивида.

Об амбивалентности как клиническом феномене есть смысл го­ворить тогда, когда она провоцирует непоследовательность мыш­ления и неадекватность поведения, когда субъективно пережива­ется ощущение неизбежности и одновременной неприемлемости избираемого действия, последовательное существование и развитие которого может привести, в частности, к неврозу навязчивых состо­яний. По мнению известного швейцарского психиатра О. Блсйлсра, который ввел понятие амбивалентности, она является основным симптомом шизофрении, т.с. ее возникновение детерминируется нс только внешними, но и исходно эндогенными факторами, лишь вторично приводящими к неадекватности повеления.

Мри внешней схожести более топкое дифференцирование тер­минов «амбивалентность» и «амбитсндснтность» позволяет ус­матривать в первом случае преимущественный акцепт на харак­тере оценивания побуждений по их знаку («хороший плохой»), а во втором — акцепт описания смещается на расплывчатые пред­ставления о направленности произвольных действий и поведения, способах реализации мотивов (нерешительность).

Нолевые (парабуличсскис) расстройства, проецируясь в на­рушения различных сфер психической деятельности, вовлекают и уровень интеграции автоматизированных и произвольных дви­гательных функций человека, что, в частности, находит свое вы­ражение в так называемых кататонических проявлениях (катато­ническом синдроме). Кататония (грсч. katateino стягивать, на­прягать) встречается в двух внешне противоположных, но порой сочетающихся у одного больного формах, которые, по сути, едины в своем происхождении и представляют две стороны или последо­вательные фазы одного и того же явления: кататонический ступор и кататоническое возбуждение.

Кататонический ступор полное или неполное оцепенение, неподвижность на фоне повышенного мышечного тонуса, отсут­ствие спонтанных движений и речи (мутизм один из первых признаков развивающегося ступора), застывание надолго в не­лепых, вычурных позах (например, в позе эмбриона) без реагиро­вания на сигналы из внешней среды, амимия (маскообразное лицо), что сочетается с негативизмом, который проявляется немотивиро­ванным противодействием больного словам и особенно действиям лица, вступающего с ним в общение, в невыполнении инструкций или выполнении се противоположно (например, при просьбе от­крыть рот больной плотно сжимает губы). Н основе негативизма лежат механизмы парадоксального торможения в различных сферах психической деятельности.

Нарушается способность социально приемлемым путем совер­шать отправление физиологических надобностей, либо имеет место сдерживание соответствующих позывов.

Другая форма изменения тонуса мышц в рамках кататониче­ского ступора — восковая гибкость (каталепсия): приданная телу или отдельной части тела больного поза, даже неудобная, сохраня­ется в течение неопределенно длительного времени.

Все это может происходить на фоне ясного сознания, сопрово­ждаться страхом, ужасом, растерянностью, наплывом фантасти- чсских галлюцинаторных образов и измененным самосознанием. Длительность кататонического ступора составляет от нескольких недель до сроков, исчисляемых годами. В более легких случаях по­груженность в состояние ступора невелика и непродолжительна, остается возможность выведения больного из заторможенности стимуляцией извне. В описанной картине симптоматики просту­пают нс только нарабуличсскис, но и абулические (гипобуличе- ские) черты.

Обездвиженность и оцепенение, квалифицируемые как иные варианты ступора, могут возникать в ответ на действие шоковой психической травмы, у лиц с истерическими чертами характера к неосознаваемом стремлении привлечь к себе внимание и по ряду иных психогенных причин.

Кататоническое возбуждение выражается повышенной хао­тичной, без внешней проекции психомоторной активностью, им­пульсивными однообразными (стереотипными) либо нецолена- правленными движениями и жестами с ярким проявлением манер­ности, вычурности, гримасничания, с неадекватными колебаниями настроения: от восторженно-экзальтированного до тревожно-расте­рянного, злобного, патетического или безразличного, с бессвязной или вербигерированной (вербигерация — повторение, выкрики­вание бессмысленных выражений, коверкание или нелепое нанизы­вание слов и звуков) речью, мимоговорснисм, нарушениями мыш­ления, эхосимптомами (копированием чужих движений, мимики или слов). Мимика больных нс адекватна их поступкам и настро­ению (нарамимия). Поведение, соответствующее парабулии, может приобретать форму нелепой дурашливости.

Физиологическим объяснением этих форм патологии является запредельное торможение, развивающееся в коре головного мозга, вызванное слабостью нервных клеток, неспособных адекватно ре­агировать на обычные но силе раздражители с одновременным индукционным растормаживанием подкорковых образований (кататоническое возбуждение), либо вовлечением в тормозной процесс и этой области мозга (кататонический ступор). Из-за указанных причин состояние больного в спокойное ночное время может немного улучшаться, восприятию делается доступным ше­потная речь. В связи с вовлеченностью подкорковых структур, не­зависимо от клинических особенностей, кататонический синдром всегда сопровождается выраженными вегетативными проявле­ниями.

Мутизм, негативизм, пассивная подчинясмость вместе со стерео­типией, эхолалией (непроизвольное, неконтролируемое повторение услышанных слон) и наклонностью к застыванию в одних позах со­ставляют группу так называемых кататонических симптомов.

Кататонические состояния нс специфичны и встречаются при шизофрении, органических заболеваниях головного мозга, при умственной отсталости, нейроинфекциях, черепно-мозговых травмах, опухолях в области третьего желудочка, гипофиза, зри­тельного бугра и базальных ганглиев. Они могут как сочетаться, так и нс сочетаться с так называемой продуктивной симптоматикой (бредом, галлюцинациями), протекать на фоне неизмененного со­знания либо сопровождаться онейроидными (сновидными) рас­стройствами сознания.

У детей дошкольного возраста редко возникающий ступор и чаще выявляемое кататоническое возбуждение наблюдаются в виде разрозненных рудиментарных признаков, сочетаемых с та­кими расстройствами, как энурез, энкопрез и регресс навыков са­мообслуживания.

Кататоническое возбуждение необходимо отличать от возбуж­дения психомоторного, при котором бурное стремление действовать не утрачивает общей целенаправленности и объяснимое™.

Особый класс двигательных нарушений, которые тоже могут быть рассмотрены под углом зрения нолевых расстройств, со­ставляют гиперкипезы. Это безмотивно непроизвольно-насильст­венные движения, воспринимаемые субъектом на фоне ясного со­знания как чуждые, затрудняющие в большинстве случаев испол­нение привычных и произвольных двигательных навыков (ходьбы, стояния, приема пищи, самообслуживания, целенаправленных движений рук и т.н.), нс столько угрожающие жизни, сколько разрушающие ее, значительно ограничивая функциональные воз­можности человека и способствуя социально-психологической дизадаптации.

Проявления гиперкинезон чрезвычайно разнообразны: от дро­жания и судорог отдельных групп мышц, вызывающих при­митивные непроизвольные стереотипные движения, до весьма сложных по динамике, напоминающих танцевальные движения или вычурную жестикуляцию пространственно разбросанных со­кращений мышц, описываемых в клинической литературе как про­явления хореи (грсч. choreia — пляска). Среди гиперкинезон в силу широкой распространенности особое место занимают тики быстрые, похожие на произвольные, отрывистые движения, в ко­торые чаще и одномоментно вовлекаются мышцы лица, шеи, конеч­ностей и реже корпуса (типа подмигивания, наморщивания носа, подергивания головой, выворачивания пальцев и кистей, выкриков, насильственного смеха или плача и т.м.). Каждый больной имеет свой индивидуальный «репертуар» тиков.

Гинсркинсаы могут быть как приступообразными, спровоциро­ванными сильными эмоциями, интеллектуальными нагрузками, необходимостью речевой активности, так и носить постоянный ха­рактер, прекращаясь лишь во сне или в покос. Гиперкинез, как пра­вило, не может быть подавлен волевым усилием, но в некоторых случаях, обычно в отношении тиков, это на короткое время сделать удастся.

Возникновение гиперкинезов чаще всего связывают с исходным или вторичным расстройством в деятельности подкорковой части экстрапирамидной системы — морфофункциональной системы мозга, ответственной за тонус мышц, поддержание позы и общую согласованность двигательных актов. Подобные дефекты воз­можны при воспалительных заболеваниях мозга, его сосудистых поражениях, черепно-мозговых травмах, детских церебральных па­раличах, интоксикациях и др. Очевидно, что гинеркинезы делают невозможным работу со многими психодиагностическими мето­диками даже при относительной сохранности интеллектуальных и гностических функций.

Иногда используемое расширительное понимание гиперки- незий включает в себя все случаи психомоторного возбуждения как крайне выраженного усиления психической и двигательной актив­ности (например, гипсрактинность в рамках вышерассмотренного СДВГ расценивается как принадлежащая к категории гиперкине- тичсских расстройств поведения).

Противоположный феномен, также являющийся внешним выражением волевых расстройств, — гипокинезии — замедление и обеднение движений, двигательное угнетение, оскудение мото­рики вплоть до состояния акинезии полной обездвиженности вследствие прекращения произвольных движений с сохранением способности к действиям при активном побуждении извне.

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Каковы обязательные условия совершения волевого акта но А.II. Ле­онтьеву?**
2. **Опишите основные волевые качества личности.**
3. **Охарактеризуйте возможные механизмы нарушения нолевого ре**1**ули- ронания.**
4. **Что такое гинобулия с точки зрения психологии?**
5. **При каких обстоятельствах у детей можно наблюдать признаки ги- нербулии?**
6. **Как называется извращение волевых актов и какие формы оно может приобретать?**
7. **В чем различия между компульсипными и импульсивными влече­ниями?**
8. **Как внешне проявляются гиперкинезы?**
9. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВОЛЕВОЙ РЕГУЛЯЦИИ

Проблема диагностики ноли сталкивается с целым рядом труд­ностей как терминологического характера, так и с точки зрения направленности стимульпого материала (исследуется ноля вообще или конкретные нолевые свойства и качества).

Поскольку построение модели произвольной человеческой деятельности включает в себя и отношения человека, и мотиваци­онные структуры, волевые нарушения со стороны личности могут быть исследованы самыми разными способами, в том числе и опо­средованно, например, с помощью эксперимента, направленного на изучение познавательных процессов, изучения уровня притя­зания, исследования психического пресыщения или с помощью проективных методик |,')сйгарник, 198fi|. Нарушения произволь­ного управления психическими процессами может выступать в форме разнообразных расстройств внимания и во многом про­изводных от них расстройств гнозиса, памяти, сложных и простых двигательных актов и даже речи.

Оценка волевой регуляции во многом строится на основании сбора анамнеза как от самого больного, так и характеристик его поведения близкими ему лицами (метод обобщенных независимых характеристик), на наблюдении за поведением пациента во время обследования и особенностями его психомоторики.

Приведем несколько приемов исследования ноли, отобранных для этой цели К.II. Ильиным [20091.

Наблюдения для оценки волевых качеств по А.И. Высоцкому

Прием изначально предлагался для исследования детей школь­ного возраста.

Довольно полную характеристику нолевой активности субъекта можно получить, наблюдая за его настойчивостью, инициативно­стью, решительностью, самостоятельностью, выдержкой, органи­зованностью и дисциплинированностью, проявляемых в каком- нибудь виде деятельности. Г-Зти волевые качества, отражающие активирующую и сдерживающую функции ноли, наиболее ярко проявляются в действиях и поступках, удобны для наблюдения, ха­рактерны для всех видов деятельности (учение, труд, спорт и т.п.).

Что касается целеустремленности, то о пей можно сулить по прояв­лению указанных выше качеств.

Оценка силы волевых качеств производится но 5-балльной системе: 5 — волевое качество очень сильно развито, А — сильно развито, ,4 — слабо развито, 2 — очень слабо развито, 1 — волевое качество не присуще данному субъекту.

Общая оценка каждого волевого качества определяется как сред­неарифметическое (М) оценок данного качества экспертами. Нели М равно четырем и выше, данное качество проявляется сильно, в остальных случаях — слабо.

Оценка устойчивости того или другого волевого качества про­изводится по частоте проявления признаков данного качества. Волевое качество считается более или менее устойчивым, если один из его признаков обнаруживается у наблюдаемого субъ­екта в данной деятельности в среднем три и более раз в неделю или если два и более признака проявляются в среднем не менее двух раз в неделю за время наблюдения за субъектом. При более редком проявлении признаков волевое качество считается не­устойчивым.

Признаки волевых качеств у школьников

*Признаки дисциплинированности:*

* сознательное выполнение установленного в данной деятель­ности порядка (соблюдение требований учителей, своевре­менное выполнение трудовых поручений, выполнение всех правил в спорте и т.д.);
* добровольное выполнение правил, установленных коллективом (класса, членами кружка, группой товарищей но труду, спорту и т.д.);
* недопущение проступков (уход без разрешения с занятий, не­явка на воскресник и т.п.);
* соблюдение дисциплинированного поведения при изменении обстановки.

*Признаки самостоятельности:*

* выполнение субъектом посильной деятельности без помощи и постоянного контроля со стороны (без напоминаний и иод сказок выполнить учебное, трудовое задание и т.п.);
* умение самому найти себе занятие и организовать свою деятель ность (приступить к подготовке уроков, обслужить себя, найти способ отдохнуть и т.д.);
* умение отстоять свое мнение; нс проявлять упрямство, если не­прав;
* **умение соблюдать выработанные привычки самостоятельного поведения в новых условиях деятельности.**

***Признаки настойчивости:***

* **стремление постоянно доводить начатое дело до конца; умение длительно преследовать цель, не снижая энергии в борьбе с трудностями;**
* **умение продолжать деятельность при нежелании сю заниматься или при возникновении другой, более интересной деятельности;**
* **умение проявить упорство при изменившейся обстановке (смене коллектива, условий труда и т.д.).**

***Признаки выдержки:***

* **проявление терпения в деятельности, выполняемой в затруд­ненных условиях (большие помехи, неудачи и т.п.);**
* **умение держать себя в конфликтных ситуациях (при спорах, не­заслуженном обвинении и т.д.);**
* **умение сдерживать проявление чувств при сильном эмоцио­нальном возбуждении (большой радости, негодовании и т.д.); умение контролировать свое поведение в непривычной обста­новке.**

***Признаки организованности:***

* **соблюдение определенного порядка, способствующего успеху в деятельности (держать в порядке книги, рабочее место, пред­меты труда и т.п.);**
* **планирование своих действий и разумное их чередование; рацио­нальное расходование времени с учетом обстановки; умение вно­сить в свою деятельность определенную организацию при изме­нении обстановки.**

***Признаки решительности:***

* **быстрое и обдуманное принятие решений при выполнении тот или другой) действия или поступка;**
* **выполнение принятого решения без колебаний, уверенно; от­сутствие растерянности при принятии решений в затрудненных условиях и во время эмоционального возбуждения;**
* **проявление решительных действий в непривычной обстановке. Признаки, инициативности:**
* **проявление творчества, выдумки, рационализации;**
* **участие в осуществлении разумного новшества, хорошего начи­нания, исходящего от других;**
* **стремление проявить инициативу в непривычной обстановке. При составлении выводов необходимо учитывать, что если во­левое качество определенной силы и устойчивости проявляется только в одном виде деятельности (учение, труд, спорт, общсст-**

**венная работа), то это происходит иод влиянием мотива, интереса к данной деятельности. Ксли в двух и более видах деятельности, то это, скорее всего, качество личности.**

Самооценка силы воли

**[Обозов, 1997]**

**Опросник предназначен для изучения обобщенной характе­ристики проявления силы воли.**

**Испытуемому предлагается 15 вопросов, на которые можно от­ветить: «да», «не знаю», «бывает», «случается» или «нет».**

**При этом присваивается следующее количество баллов:**

* **«да» — 2 балла;**
* **«нс знаю» или «бывает», «случается» — 1 балл;**
* **«нет» — 0 баллов.**

**Баллы суммируются.**

***Опросник***

1. **В состоянии ли Вы завершить начатую работу, которая Вам неинтересна, независимо от тот, что время и обстоятельства по­зволяют оторваться от нес и потом снова вернуться к ней?**
2. **Преодолевали ли Вы без особых усилий внутреннее сопро­тивление, когда нужно было сделать что-то Вам неприятное (на­пример, пойти на дежурство в выходной день)?**
3. **Когда попадаете в конфликтную ситуацию на работе (учебе) или в быту, в состоянии ли Вы взять себя в руки настолько, чтобы взглянут!, на нес с максимальной объективностью?**

А. **Бели Вам прописана диета, сможете ли Вы преодолеть все ку­линарные соблазны?**

1. **Найдете ли Вы силы утром встать раньше обычного, как было запланировано вечером?**
2. **Останетесь ли Вы на месте происшествия, чтобы дать свиде­тельские показания?**
3. **Быстро ли Вы отвечаете на письма?**
4. **Ксли у Вас вызывает страх предстоящий полет на самолете или посещение зубоврачебного кабинета, сумеете ли Вы без осо­бого труда преодолеть это чувство и в последний момент не изме­нить своего намерения?**
5. **Будете ли Вы принимать очень неприятное лекарство, ко­торое Вам рекомендовал врач?**
6. **Сдержите ли Вы данное сгоряча обещание, даже если его выполнение принесет Вам немало хлопот, являетесь ли Вы чело­веком слова?**
7. **Без колебаний ли Вы отправляетесь в поездку в незнакомый город, если это необходимо?**
8. **Строго ли Вы придерживаетесь распорядка дня: времени пробуждения, приема нищи, занятий, уборки и прочих дел?**

**1 В. Относитесь ли Вы неодобрительно к библиотечным задолж­никам?**

1. **Самая интересная телепередача не заставит Вас отложить выполнение срочной и важной работы. 'Гак ли это?**
2. **Сможете ли Вы прервать ссору и замолчать, какими бы обидными ни казались Вам слова противоположной стороны?**

**Подсчет баллов:**

* **0-12 баллов — слабая сила воли;**
* **13-21 балл — средняя;**
* **22-30 баллов — большая сила воли.**

Шкала контроля за действием Ю. Куля (J. Kuhl)

(адаптация С.А. Шапкина)

**Методика предназначена для диагностики индивидуальных особенностей волевой регуляции процессов реализации намерения в действии.**

**В основе методики лежит теория контроля за действием Ю. Куля, согласно которой существует два типа волевой регуляции процесса реализации намерения в действии: самоконтроль и само­регуляция.**

**Саморегуляция характеризуется большей погруженностью субъекта в процесс деятельности, меньшей подверженностью ин­терферирующему влиянию конкурирующих намерений, а также не­произвольностью и большей эффективностью функционирования стратегий волевого контроля. В целом ориентация на действие спо­собствует реализации намерения в действии.**

**Самоконтроль характеризуется преобладанием в сознании субъ­екта** псрссвсрирующих **мыслительных процессов, относящихся к прошлому, настоящему или будущему субъекта, соответственно, большей подверженностью интерферирующему влиянию конкури­рующих намерений, а также меньшей эффективностью функциони­рования стратегий волевого контроля. В целом ориентация на со­стояние препятствует реализации намерения в действии.**

**Методика состоит из 36 неоконченных утверждений, к каждому из которых на выбор предлагается два варианта ответов.**

***Инструкция***

**Вам предлагается 36 различных ситуаций, к каждой из которых на выбор предлагается два варианта ответов. Постарайтесь макси-**

мально объективно оценить свое поведение в подобных ситуациях и выберите один из двух предложенных вариантов (а или б). Вы­бранный вариант проставьте в соответствующей ячейке бланка ре­гистрации.

1. Ксли я потерял ценную вещь и после долгих поисков так и нс смог найти ее:

а) я продолжаю думать о пропаже, даже если занят другими де­лами;

б) вскоре я об этом забываю и погружаюсь в другие дела.

1. Ксли мне предстоит завершить какое-либо трудное дело:

а) часто мне нужно подтолкнуть себя, чтобы приступить к нему;

б) я решаюсь на это без колебаний.

1. Ксли я выучил интересную игру:

а) она мне довольно быстро надоедает, и мне хочется сделать что-то еще;

б) я надолго пог ружаюсь в псе.

1. Ксли в течение нескольких недель я работал над важным за­данием и не справился с ним:

а) пройдет время, пока я переживу эту неудачу;

б) я нс слишком долго думаю об этом.

1. Ксли у меня появляется много свободного времени:

а) я иногда не могу решить, чем мне заняться;

б) я, как правило, быстро нахожу себе новое дело.

1. Ксли я делаю что-то важное для меня:

а) я время от времени охотно переключаюсь на другие дела;

б) я занимаюсь только работой.

1. Ксли в соревнованиях мои результаты оказываются ниже, чем у соперников:

а) я вскоре перестаю думать об этом;

б) это еще долго не выходит у меня из головы.

1. Ксли я сталкиваюсь с очень трудной проблемой:

а) я поначалу думаю: «Можно ли се вообще решить?»;

б) я думаю: «Начнем действовать, а там — посмотрим».

1. Ксли я смотрю интересный кинофильм:

а) я настолько поглощен им, что у меня не возникает мысли сде­лать перерыв;

б) я иногда охотно прерываюсь и делаю что-нибудь другое.

1. Ксли я по рассеянности уронил на пол новый прибор, и по­пытки починить его пи к чему не привели:

а) я быстро примиряюсь с неизбежным;

б) меня еще долго не покидает досада.

1. Когда мне необходимо решить трудную задачу:

а) я обычно сразу принимаюсь за псе;

б) я должен какое-то время подумать, прежде чем взяться за дело.

1. Нели я долгое время занимаюсь интересным делом (читаю, мастерю что-нибудь и др.):

а) я иногда думаю, имеет ли смысл тратить на это время;

б) я так погружен в работу, что мало задумываюсь, как это потом использовать.

1. Если я в который раз не застал дома того, с кем должен был обсудить важное дело:

а) у меня это нс выходит из головы, даже если я занимаюсь чем- то другим;

б) я не думаю об этом до тех пор, пока нс представится возмож­ность встречи.

1Л. Когда у меня выпадает несколько часов свободного времени:

а) я некоторое время раздумываю, что же мне сделать в первую очередь;

б) обычно я быстро выбираю себе занятие.

15. Если я читаю интересную статью в газете:

а) я углубляюсь в чтение и дочитываю ее до конца;

б) часто я пробегаю глазами другие статьи прежде, чем дочитаю ее.

1fi. Если мне продали дорогую, но некачественную вещь, а в ма­газине ее нс берут обратно:

а) это беспокоит меня, и я с трудом концентрируюсь па других делах;

б) я могу оставить это «на потом», занявшись другими делами.

1. Если я должен сделать важную работу дома:

а) мне бывает непросто настроить себя на работу;

б) обычно я сразу приступаю к работе.

1. Во время путешествия, которое мне очень нравится, бывает так, что:

а) через некоторое время у меня возникает желание заняться чем-то другим;

б) до конца поездки у меня не возникает даже мысли делать что- то еще.

1. Если мою работу оценивают как совершенно неудовлетво­рительную:

а) я недолго расстраиваюсь но этому поводу;

б) первое время мне вообще ничего нс хочется делать.

1. Когда я должен завершить сразу несколько важных дел:

а) я тщательно обдумынаю, с чего лучше всего начать;

б) я сразу намечаю план и приступаю к его выполнению.

1. Ксли я начинаю разговаривать с кем-либо на интересную тему:

а) это выливается в углубленную беседу;

б) вскоре мне хочется поговорить о чем-либо другом.

1. Нели я сбился с пути и сорвал тем самым важную встречу:

а) я сначала плохо соображаю, что теперь делать;

б) я оставляю все как есть и переключаюсь на другие дела.

1. Ксли я хочу сделать два важных для меня дела:

а) я быстро берусь за одно из них и уже не думаю о другом;

б) мне бывает нелегко выбрать.

1. Ксли я занимаюсь чем-то интересным:

а) время от времени я ищу возможность заняться чем-нибудь еще;

б) я могу заниматься этим без конца.

1. Ксли мне в очередной раз не удается решить важную задачу:

а) у меня падает настроение и пропадает желание се решать;

б) я вскоре забываю об этом и могу спокойно заниматься чем-то другим.

2fi. Ксли я должен завершить что-то важное, но неприятное:

а) обычно я сразу принимаюсь за это;

б) я откладываю это до тех пор, пока не «припрет».

1. Ксли на вечеринке я беседую на интересную тему:

а) я бываю надолго увлечен этим разговором;

б) через некоторое время я охотно меняю тему.

1. Ксли что-то очень печалит меня:

а) у меня отсутствует желание что-либо делать;

б) мне обычно бывает легко отключиться от этого, занявшись чем-нибудь.

1. Ксли я должен завершить большую работу:

а) иногда я долго раздумываю, с чего начать;

б) я сразу решаю, с чего начать.

.‘50. Ксли бы я освоил игру гораздо лучше своих соперников:

а) я вскоре прекратил бы играть;

б) я хотел бы продолжить игру.

1. Ксли у меня срывается несколько дел подряд в один и тот же день:

а) я иногда не знаю, за что мне хвататься;

б) я остаюсь деятельным, как если бы ничего такого нс проис­ходило.

1. Ксли мне предстоит заняться довольно скучным делом, ко­торое потребует много времени:

**а) обычно я срачу включаюсь в работу;**

**б) я должен «растормозить» себя, чтобы приступить к ней.**

1. **Ксли я читаю что-то интересное:**

**а) для разнообразия я время от времени переключаюсь на что-то другое;**

**б) я мшу подолгу читать.**

1. **Ксли я все силы положил на то, чтобы хорошо выполнить важную работу, но она никак не клеится:**

**а) я быстро примиряюсь с этим и занимаюсь другими делами:**

**б) мне бывает трудно делать что-либо еще.**

1. **Ксли мне нужно выполнить обременительную обязанность:**

**а) я без труда решаюсь на это;**

**б) мне нужно собраться с силами, чтобы взяться за это.**

1. **Ксли я пытаюсь выучить что-то новое и очень интересное:**

**а) я надолго погружаюсь в это;**

**б) вскоре я охотно делаю перерыв, чтобы вернуться к другим делам.**

**Опросник состоит из следующих шкал:**

1. **« Контроль за действием при неудаче» — КД (н). Данная шкала отражает способность субъекта инициировать процесс реализации намерения, несмотря на сопровождающие его трудности.**
2. **«Контроль за действием при планировании» — КД (п). Шкала отражает способность субъекта принимать решения при планиро­вании и в процессе инициации действия отвлекаться от неполно­ценных, конкурирующих намерений и другой нерелевантной, ин­терферирующей информации действия.**
3. **«Контроль за действием при реализации» — КД (р). Шкала отражает способность субъекта пребывать в процессе реализации намерения необходимое время, удерживать в фокусе внимания ак­туальную интенцию, проявлять настойчивость.**

**Количественное измерение но трем тестовым шкалам опросника производится за счет начисления баллов согласно ключу:**

1. **«Контроль за действием при неудаче» — КД (н): 16, 4б, 7а, 10а, 136, 166, 19а, 226, 256, 286, 316, 34а.**
2. **«Контроль за действием при планировании» — КД (и): 26,56, 86, 11а, 146, 176, 206, 23а, 26а, 29а, 32а, 35а.**
3. **«Контроль за действием при реализации» — КД (р): 36,66,9а, 126, 15а, 186, 21а, 246, 27а, 306, 336, 36а.**

**Совпадение индивидуальных ответов респондентов с вариантом ключа оценивается в 1 балл. Таким образом, максимальное число баллов но каждой субшкалс — 12, минимальное — 0.**

Высокие оценки по каждой из шкал означают «Ориентацию на действие» (0/1), низкие — «Ориентацию на состояние» (ОС), /(опускается интерпретация оценок, как по отдельным шкалам, так и профиля в целом.

Ориентация на состояние отражает фиксацию на эмоцио­нальных переживаниях, склонности к раздумьям, соответственно, большей подверженности мешающему влиянию конкурирующих намерений и негативного опыта, а также меньшей эффективности функционирования стратегий волевого контроля. Люди с ориен­тацией на состояние более склонны к формированию таких нега­тивных психологических состояний, как выученная беспомощность и алиенация, и в целом менее успешно реализуют свои намерения в действии, даже когда действия, которые намеревался осуществить человек, полезны и потенциально просты.

Люди с ориентацией на действие более успешно реализуют свои намерения в действии, так как они способны дольше удер­живать их в активном состоянии и защищать от конкурирующих тенденций. Они лучше усваивают новую информацию и быстрее трансформируют се в навыки. Люди с ориентацией на действие являются более успешными в различных видах деятельности (учебной, профессиональной, спортивной и т.д.). При ориентации на действие человек сосредоточивается именно на действиях, необ­ходимых для реализации поставленной цели, а не на своих пережи­ваниях но этому поводу.

Изучение терпеливости методом задержки дыхания

В ее основе лежат приемы оценки способности организма про­тивостоять недостатку кислорода (проба Штаге и проба Генчи), в основе которых, помимо физиологических и антропологических предпосылок лежит и «субъективность и зависимость от ноли ис­следуемого лица» (А.Г. Дембо).

Разработка методики связана с работами М.Н. Ильиной (вы­деление волевого компонента но субъективным ощущениям) и А.И. Высоцкого (определение начала нолевого компонента с по­мощью оксигсмомстра).

Длительность задержки дыхания зависит от объема легких, ско­рости обменных процессов и других факторов. Чтобы «уравнять» испытуемых и определить время волевой задержки дыхания, надо из общего времени задержки дыхания исключить время устойчивой оксигенации (насыщенности крови кислородом), при которой су­щественных изменений в химизме крови еще нс происходит и для

задержки дыхания не требуется более или менее выраженных во­левых усилий.

Нолевая задержка дыхания начинается с окончанием фазы устойчивой оксигенации, когда в крови настолько мало кислорода, что у человека появляется нарастающая потребность вдохнуть (это определяется по падению стрелки оксигсмометра на 1%). Чем меньше в крови кислорода, тем больше накопившаяся в крови угле­кислота возбуждает дыхательный центр и тем больше требуется волевых усилий, чтобы сознательно подавить возбуждение этого центра. Данный тест определения терпеливости основан на тормо­жении этой потребности.

Методика изучения терпеливости задержкой дыхания состоит в следующем.

До начала эксперимента на ухе испытуемого закрепляется датчик оксигсмометра, и ухо прогревается (подготовка оксигсмо- мстра к работе описана в приложенной к прибору инструкции). .Чатем испытуемый делает несколько глубоких вдохов, чтобы провентилировать легкие (комната, где проводится эксперимент, должна быть хорошо проветрена, к эксперименту допускаются только лица, не имеющие патологии легких).

Испытуемому дастся инструкция: «Постарайтесь показать свою нолю и задержать дыхание как можно дольше. Когда появится по­требность сделать вдох, дайте мне знать движением руки. Вдох не делать, терпите сколько сможете».

После инструкции по команде экспериментатора испытуемый зажимает нос (лучше это делать на выдохе), а экспериментатор включает секундомер. В протоколе отмечается время появления по­требности испытуемого сделать вдох и время, когда кончится фаза устойчивой оксигенации (стрелка оксигсмометра падает на 1%). По показаниям секундомера, который выключается, когда испыту­емый сделает первый вдох, определяется величина нолевого усилия но следующей формуле:

**7’= |0) -** *tu) / tj\ х* **100,**

где Т время терпения, %; t — общее время задержки дыхания, с; ta — время от появления потребности сделать вдох до вдоха, с.

'Гест можно проводить и без использования оксигсмометра.

В данной методике определения терпеливости с помощью за­держки дыхания, по мнению К.П. Ильина, имеется методический недостаток.

Он предлагает определять терпеливость только по фиксации на секундомере времени с начала падения содержания кислорода

**в крови до вдоха, и таким образом терпеливость выражается в аб­солютных величинах (с). Данный вариант не дает возможности узнать относительную долю волевого компонента в общем времени, характеризующем выносливость человека.**

Динамометрия по М.Н. Ильиной

**В эксперименте используется универсальный динамометр Абала­кова с индикатором часового типа. Динамометр имеет две рукоятки, одна из которых подвижная, другая — неподвижная. С помощью специального приспособления расстояние между рукоятками легко изменяется в соответствии с размером кисти испытуемого. /Uni ре­гистрации времени используется ручной секундомер.**

***Процедура эксперимента***

**Испытуемый садится вполоборота к столу, правая рука, со­гнутая в локте, лежит на столе.**

**Задание 1. Измерение физической силы испытуемого.**

**Установив оптимальное расстояние между рукоятками динамо­метра в соответствии с размером кисти испытуемого, определяют среднее значение максимальной силы из трех попыток.**

**Оно принимается за 100%.**

**Задание 2. Измерение выносливости и воленого усилия.**

**На динамометре устанавливается уровень, равный 50% макси­мальной силы. Испытуемый, сжимая рукоятки динамометра ки­стью правой руки, поднимает стрелку динамометра до ограничи­теля и старается удержать се в этом положении столько времени, сколько сможет (до отказа). Одновременно включается секундомер. При удержании усилия испытуемый сообщает экспериментатору о моменте появления у него чувства усталости. При устойчивом отклонении стрелки на два-три деления секундомер выключается. Экспериментатор регистрирует время от начала удержания усилия до отказа и момент появления субъективного чувства усталости.**

***Инструкция испытуемому***

**Сядьте к столу так, чтобы вам было удобно, и возьмите в правую руку динамометр. Попробуйте несколько раз сжать рукоятки дина­мометра и установите для себя наиболее удобное расстояние между рукоятками.**

**При измерении своей физической силы сожмите рукоятки с максимальной силой. После непродолжительного отдыха проде­лайте это задание еще раз. Для выполнения задания 2 но сигналу «Начали» сожмите рукоятки и поднимите стрелку на динамометре до ограничителя. Старайтесь удержать стрелку в этом положении**

**как можно дольше (чем больше время удержания стрелки, тем большая у вас выносливость и волевое усилие). При нервом ощу­щении усталости и желании прекратить работу сообщите об этом экспериментатору, однако, несмотря на усталость, продолжайте удерживать волевое усилие.**

*Обработка и анализ результатов*

1. **Рассчитать волевое усилие в секунду: 7’, — Ту.**
2. **Рассчитать волевое усилие, Ву, %:**

**By=|(VB-7’y)/7;|x100,**

**где 7’в — общее время работы, или выносливость, с; 7’у — время по­явления чувства усталости, с.**

**В протокол заносятся:**

* **среднее значение максимальной силы, кг;**
* **сила, равная 50% от максимальной, кг;**
* **время появления чувства усталости, с;**
* **общее время работы (выносливость), с;**
* **длительность поддержания волевого усилия, с;**
* **длительность поддержания волевого усилия, %.**

***Выводы***

**Вели длительность поддержания волевого усилия составляет 40% и меньше, то терпеливость выражена слабо, если 60% и больше, то терпеливость высокая.**

Тест Торнтона

**Представляет собой деформированный текст, в котором на­рушена слитность написания слов; знаки препинания (точки, за­пятые) смещены и поставлены в середине предложений и слов, некоторые буквы или слова переставлены либо пропущены. Задача испытуемого состоит в полном восстановлении текста. Измеряется время, за которое производится эта работа, и тс трудности, с кото­рыми сталкивается испытуемый. Оценка уровня проявления упор­ства выводится из трех показателей: времени, затраченного на вос­становление текста (чем его больше, тем выше оценка, поскольку испытуемый имеет право прекратить работу в любом месте текста), количества восстановленного текста (чем оно больше, тем выше оценка) и трудностей, которые преодолел испытуемый.**

**11о отношению к этому тесту имеется критика, касающаяся того, что в нем присутствует большой удельный вес фактора интеллекта, что затрудняет его дифференциацию от собственно волевых ка­честв.**

Кубики Коса

Оригинальна!) методика создавалась для исследования про­странственного мышления и конструктивного праксиса, а в ряде случаев применяется и для оценки невербального интеллекта. Наиболее известна версия, используемая в качестве субтсста в ме­тодике Векслера (см. параграф 2.3).

/(ля оценки такого волевого качества, как упорство, эта мето­дика исполычуется нестандартно.

Первые две картинки подбираются таким образом, чтобы испы­туемые могли составить их относительно легко, третья же задача нс имеет решения. О наличии нсрешаемой задачи испытуемый нс информируется. Фиксируется время, затраченное на выпол­нение каждого задания. В качестве критерия выступает показатель времени, в течение которого испытуемый пытается выполнить третье задание. Это время и рассматривается как показатель воле­вого усилия при выполнении интеллектуального акта.

Корректурная проба

Описание стандартного варианта этой пробы дано в параграфе 2.7.

Нс роль в данном контексте сводится к учету допускаемых ошибок и уменьшения объема обработанного стимульного мате­риала как производных от ослабления волевого усилия по удер­жанию внимания на монотонном виде деятельности. При решении данной задачи может оказаться целесообразным увеличение объема предъявляемого материала (например, требования к испытуемому обработать не один, а два или три стандартных бланка).

Основным материалом для дальнейшей интерпретации стано­вится «кривая истощасмости», выстраиваемая по количественным показателям числа просмотренных за означенные периоды времени (30 или 60 с) знаков и количества допущенных за эти периоды вре­мени ошибок (к концу работы объем просмотренных знаков про­грессивно уменьшается, а количество ошибок, в том числе оши­бочно зачеркнутых знаков, увеличивается).

Ир изнаком волевой слабости может стать прерывание деятель­ности и отказ от дальнейшей работы.

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Какие источники могут служить основанием для суждения о волевых характеристиках человека?**
2. **Перечислите волевые качества, подвергаемые экспертной оценке по А.И. Высоцкому для школьников.**
3. **Какие типы волевой рефляции берутся за основу в шкале контроля за действиями 10. Куля?**
4. **Какой параметр исключается из премеии задержки дыхания при ис­следовании нолевых усилий методом Штанге и Гении?**
5. **Какой процент от максимального лшшечного усилия необходимо удерживать па динамометре при исследовании волевого компонента такого усилия?**
6. **В чем заключается нестандартность использования методики «Ку­бики Коса» при исследовании волевого усилия?**
7. **Какие признаки волевой слабости могут обнаруживаться при работе с корректурной пробой?**
8. РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ

Одним из основных индикаторов расстройств личности явля­ются отклонения в поведении, которые непосредственно или опо­средованно сказываются на благополучии самого больного и его окружения. Понятие «поведение» означает «образ жизни, со­вокупность поступков и действий кого-либо» |Толконый сло­варь..., 1\*Ш], причем в одном аспекте иод поведением понимается «система взаимосвязанных действий, осуществляемых субъектом с целью реализации определенной функции и требующих его взаи­модействия со средой», а в другом аспекте — не всегда осознава­емая форма самовыражения индивида в социальном окружении | Юдин, 1975|.

Поведение в самом общем биологическом плане можно опре­делить как реализацию организмом генетической программы ди­намических соотношений организма со средой, а в более узком плане, особенно при изучении поведения на коротких временных интервалах, как активное изменение этих соотношений для удо­влетворения обусловленных генетической программой и индивиду­альным опытом потребностей [Швырков, 1995|.

С одной стороны, поведение для объективного наблюдателя является внешним, поверхностным феноменом, но с другой практически всегда отражает глубинные отношения с внешней средой и се социальным компонентом. Парадокс связи поведен­ческих проявлений с психическими расстройствами заключается в том, что внешне безобидные поведенческие эпизоды могут ока­заться способом выражения довольно серьезных душевных кон­фликтов. И наоборот — бросающиеся в глаза своей необычностью и неожиданностью проявления на поверку оказываются вполне адекватными ситуации, адаптивными по своей природе, т.е. нор­мальными. К фактам поведения относят мимику и пантомимику, отдельные движения и жесты, действия и поступки, реакции и операции.

При любом варианте социализации поведение конкретного че­ловека можно описать, используя общие характеристики поведения [Змановская, 20041:

* мотивированность — внутренняя готовность действовать, на­правляемая потребностями и целями личности;
* адаптивность — соответствие ведущим требованиям социальной среды;
* аутентичность — соответствие поведения индивидуальности, его естественность для данной личности;
* продуктивность — реализация сознательных целей;
* адекватность — согласованность с конкретной ситуацией.

Колес частными, но не менее важными являются такие признаки

поведения личности, как:

* уровень активности (энергичность и инициативность);
* эмоциональная выразительность (сила и характер проявляемых аффектом);
* динамичность (темн);
* стабильность (постоянство проявлений в различное время и в разных ситуациях);
* осознанность (понимание своего поведения, способность объя­снить его словами);
* произвольность(самоконтроль);
* гибкость (изменение поведения в ответ на изменения среды). .Легко заметить, что предложенные критерии весьма созвучны

критериям ВО,'), предложенным для характеристики психического здоровья.

Поведенческой норме в терминологическом отношении проти­востоит катег ория девиантного поведения, обозначающего систему поступков, противоречащих официально установленным или фак­тически сложившимся в данном обществе нормам (ожиданиям) и проявляющимся в виде несбалансированности психических процессов, псадаптивности, нарушения процесса самоактуали­зации или в виде уклонения от нравственного или эстетического контроля за собственным поведением. Обычно к числу форм деви­антного поведения относят аморальные поступки, систематическое пьянство, наркоманию, сексуальную распущенность, проституцию, самоубийства, вандализм, маргинальность и т.п. Но в отдельных случаях девиация может иметь для общества и позитивные по­следствия, обеспечивающие развитие и отход от консервативной системы взглядов новаторство, социальное творчество, содей­ствие развитию общественных отношений. При квалификации де­виантности приходится иметь дело и с так называемым культурным релятивизмом, благодаря которому одни и тс же формы поведения в различных обществах могут или осуждаться, или рассматри­ваться как само собой разумеющиеся. Но мнению Ю Л. Клейберга |2015|, девиантное поведение является результатом деформации ценностных ориентаций и ценностно-нормативных представлений, т.е. системы внутренней регуляции поведения.

Различные классификации расстройств поведения с позиции дсвиантологии приведены у Л.Ю. Кторова [20061, Ю.Ю. Комлева |2014| и Ю.Л. Клейберга 120151.

Первые проявления девиантного поведения иногда наблюдаются в детском и подростковом возрасте и объясняются относительно низким уровнем интеллектуального развития, незавершенностью формирования личности, отрицательным влиянием семьи и бли­жайшего окружения, зависимостью от требований референтной группы и принятых в ней ценностных ориентаций. Детская деви­антность приобретает формы агрессивности, лживости, прогулов школы, бродяжничества, крайнего непослушания, враждебности к учителям и родителям, жестокости к младшим и животным, дер­зости и сквернословия. В этом возрасте такое поведение нередко служит средством самоутверждения, выражает протест против дей­ствительной или кажущейся несправедливости взрослых. Причем все это может сочетаться с достаточно хорошим формальным зна­нием нравственных норм [Социальная..., 2006|. Кроме того, нару­шения поведения у детей и подростков отличаются динамичностью, изменчивостью, нестойкостью и обратимостью.

Понятие девиации поведения в данном контексте понимается достаточно узко, подразумевая наличие осуждения со стороны об­щества за отклонения от культурно ожидаемых норм и шаблонов, но без применения каких-либо жестких санкций по отношению к девианту. Однако существует и более общее представление о де­виантном поведении, в котором, помимо «устных» порицаний или встречных «эмоциональных» феноменов, предусматриваются и такие реакции общества, как изоляция, лечение, исправление или наказание нарушителя. Л это значит, что спектр разновид­ностей поведения, подпадающий под эту категорию, существенно расширяется. Вышеописанные формы поведения оказываются лишь одним из слоен отклонения.

Тогда типом девиантного поведения становится поведение де­линквентное крайнее проявление девиантности, представляющее собой либо уголовно наказуемый проступок, либо очевидно осужда­емое деяние. При всей размытости и неоднозначности данных тер­минов иногда в качестве фактора, дифференцирующего делинквен- тиость от девиантности, рассматривается однозначная трактовка какого-то отклоняющегося повеления законами данной страны, т.с. не психологический, а социальный (абсолютный, а нс относи­тельный) критерий. Аморальность девиантности (в узком ее по­нимании) сменяется антисоциальностью делинквентности. В ре­альной практике иод делинквентным поведением подростков чаще всего понимают проступки, которые, хотя и попадают под дей­ствие некоторых статей Уголовного кодекса РФ, все же не ведут к фактическому наказанию либо рассматриваются в специальных судах по делам несовершеннолетних, выносящих предельно мягкие приговоры. У взрослых аналогичные по тяжести и устойчиво по­вторяющиеся отклонения в поведении начинают трактоваться как криминальные.

В качестве частных и самостоятельно рассматриваемых форм девиантного поведения выступает аддиктивпое и аутоагрессивное поведение. Первое из них характеризуется стремлением человека к уходу от реальности посредством изменения им своего психиче­ского состояния. Активность такого человека носит избирательный характер, преимущественно там, где есть возможность удовле­творить эмоциональный голод.

В настоящее время представляется возможным выделить сле­дующие основные виды аддиктивных реализаций (химические и поведенческие):

1. употребление никотина;
2. употребление веществ, изменяющих психическое состояние, включая алкоголь, наркотики, лекарства, различные яды;
3. участие в азартных играх, включая компьютерные (гемблинг); интернет-зависимость;

Л) сексуальное аддиктивпое поведение;

1. переедание или голодание;
2. работогол изм;
3. длительное прослушивание музыки, главным образом осно­ванной на низкочастотных ритмах, либо продолжительные прос­мотры телевизионных программ;
4. полное погружение в какой-то вид деятельности (например, политика, спорт высоких достижений, религия и т.п.) с игнориро­ванием других важных сторон жизни;
5. манипулирование собственной психикой;
6. нездоровое увлечение литературой в стиле «фэнтези», дам­скими романами и т.п.;
7. неумеренная трата денег и т.д. [Леонова, Ночкарсва, 1998; Смагин, 2000; Ииничук, 2004; Егоров, 2006; Старшснбаум, 2006].

Проблема аддикции начинается тогда, когда стремление к уходу от реальности, связанное с изменением психического состояния, начинает доминировать в сознании, становясь центральной идеей, вторгающейся в жизнь, приводя к отрыву от реальности | Коро­ленко, Дмитриева, 20001- В основе подобного поведения часто лежит страх перед реальностью и утрата чувства безопасности у лиц с низкой переносимостью трудностей, низкими адаптаци­онными способностями, скрытым комплексом неполноценности и тревожностью.

При формировании аддиктивного подхода происходит замена межличностных эмоциональных отношений проекцией эмоций на предметные суррогаты. На этапе полного доминирования аддик- тивного поведения последнее полностью определяет стиль жизни, отношения с окружающими. Оно функционирует как самообеспе­чивающаяся система, отчуждающая человека от общества.

Аутоагрессивное поведение направлено на причинение вреда самому себе, начиная от вербального самоуничижения и само- оскорблсния и заканчивая самоповрсждсниями и самоубийствами (суицидами).

Попытки систематизировать взгляды, касающиеся данной сферы, обнаруживают различные подходы и акцепты на соотно­шении тех внешних обстоятельств, которые являлись объектив­ными побудителями суицидального поведения, и тех личностных особенностей, которые для него стали психологической почвой.

Э. Дюркгсйм еще в конце XIX в. выделил три психологические предпосылки (типа) суицидального поведения. Приведем их в со­временной интерпретации В.Д. Мснделснича [2001].

Эгоистическая суицидные тенденции возникают на фоне пе­реживания одиночества, отчужденности, отсутствия связи с окру­жающим миром, непонимания, своей невостребованное™ («томи­тельной меланхолии»). Субъект сосредоточен только на своих пе­реживаниях и страданиях.

Альтруистическая — благо людей, общества и государства ста­вится выше собственного блага и даже жизни. Присутствует ориен­тированность на высокие идеи на фоне осознания реального смысла происходящего (например, огромная ответственность за свое дело и жизни других людей), но возможны и суицидные действия пси­хически больных людей, находящихся, например, в состоянии ре­лигиозного исступления или уходящих из жизни по бредовым мо­тивам «всеобщего блага».

Аномическая — встречается у психически здоровых людей как реакция личности на непреодолимые жизненные трудности и фру- стрирующис события (иаиримср, суицидальные попытки лиц с хроническим соматическим заболеванием, сопровождающимся выраженным болевым синдромом).

Анализируя суицидальное поведение у подростков, Л.К. Личко 11983| выделяет три его формы:

1. Демонстративное истинное намерение покончить с жизнью здесь отсутствует (избираются фактически безопасные способы са­моубийства, действия осуществляются на глазах у окружающих и т.н.), а доминирующую роль играет желание избавиться от не­приятностей, наказания или вызвать жалость, сочувствие, заполу­чить репутацию исключительной личности («игра со смертью»). Демонстративные суициды обычно адресуются конкретному лицу или лицам и при успешности исполнения (индивид получает же­лаемое сочувствие или привлекает к себе внимание) имеют тен­денцию повторяться.
2. Аффективное суицидальное поведение является реакцией на острые аффективные ситуации (унижение на глазах окру­жающих, уязвленное самолюбие, утрата надежд и т.н.) и в неко­торых отношениях близко демонстративному (сама попытка при­звана «произвести впечатление»). Но в ряде случаев глубина аф­фекта столь велика, например, на фоне уже имеющейся депрессии, что формируется истинное суицидальное желание, доводимое до законченного исполнения.
3. При истинном суицидальном поведении имеет место обду­манное, нередко постепенно выношенное намерение покончить с собой, побуждаемое целой цепью неудач и разочарований. Пове­дение строится так, чтобы суицидная попытка, по представлению подростка, была аффективной, чтобы ей «нс помешали». В остав­ленных записках обычно звучат идеи самообвинения, записки больше адресованы самому себе, чем другим, или предназначены для того, чтобы избавить от обвинений близких.

К числу распространенных в отечественной психологии отно­сится классификация мотивов суицидального поведения, разрабо­танная В.Л. Тихоненко [ 19781. В соответствии с ней выделяют пять ведущих мотивов такого поведения.

1. Суицидальные реакции но типу «призыва» («крик о по­мощи»). К данной группе относят случаи, когда индивид совершает суицидальную попытку, руководствуясь целью привлечь внимание окружающих, получить от них помощь и поддержку, а также де­монстративно-шантажные попытки, которые предпринимаются с целью повлиять на определенных лиц из социального окружения (супруга, родителей, детей).

При наличии мотивов данного тина индивид, как правило, перед совершением суицидального акта в прямой или косвенной форме сообщает о своих намерениях или угрожает покончить с собой. Суицидальная попытка обычно совершается в присут­ствии окружающих или человек стремится сделать так, чтобы близкие узнали о его поступке (например, сразу после акта отрав­ления лекарственными препаратами человек звонит по телефону знакомым и сообщает о своих действиях). Лица, руководствую­щиеся мотивами по типу «крика о помощи», обычно нс думают о возможном летальном исходе своих действий, они чаще сосре­доточены на мыслях о том, как окружающие прореагируют на их поступок.

Мотивы данного типа характерны для лип молодого возраста с тревожно-мнительными, истероидными или инфантильными чер­тами.

1. Суицидальные реакции по типу «протеста». К этой группе относят случаи, когда человек, испытывая возникшие на фоне конфликтной ситуации чувства гнева, ярости, обиды, совершает самоповрсждающис действия с тем, чтобы выразить свой протест против происходящего.

Самоповрсждающис действия обычно нс планируются, носят характер «коротких замыканий», нередко совершаются в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Реакции данного типа характерны для лиц молодого возраста с возбудимыми и эмоционально неустойчивыми чертами.

1. Суицидальные реакции но типу «избегания». К данной группе относят случаи, когда человек, находясь в какой-либо трудной, пси­хотравмирующей жизненной ситуации, совершает акт суицида под влиянием переживаний безысходности, беспомощности, тщетности всех усилий по исправлению создавшегося положения (избегание ситуации), а также случаи, когда индивид совершает суицидальную попытку с целью уменьшения негативных эмоциональных пережи­ваний или отвлечения от них (избегание страдания).

Мотивы по типу «избегания» являются одними из наиболее рас­пространенных и встречаются у 50-70% лиц с истинными попыт­ками суицида.

Реакции данного типа характерны для старших возрастных групп — мужчин и женщин старше 30 лет. Суициды совершаются путем самоповсшсния, самоотравления. Алкоголь, если и принима­ется, то после принятия решения о самоубийстве.

А. Суицидальные реакции по типу «самонаказания». Данная группа включает случаи, когда человек совершает суицид под

**влиянием интенсивных переживаний стыда, вины, чувства не­нависти к себе. Реакции по типу «самонаказания» характерны для людей (чаще женщин) среднего возраста. Самоубийство обычно совершается жестоким способом (самоповснюние, падение с высоты).**

1. **Суицидальные реакции но типу «отказа». Данная группа включает случаи, когда человек совершает суицид, руководствуясь стремлением умереть, прекратить свое существование. Обычно эти случаи связаны с потерей смысла существования (например, в связи с потерей близкого человека, тяжелым заболеванием, невоз­можностью исполнять прежние социальные роли). Суицидальные действия обычно носят спланированный характер и совершаются в одиночестве.**

**По мнению Л. Бека и соавторов [2003|, психологическим ядром суицидального пациента является чувство безнадежности (или «ге­нерализованные негативные ожидания»). В своих исследова­ниях В.В. Нсчииоренко 119911 считает, что наибольшую значимость для прогнозирования суицидальной опасности имеют следующие факторы (в порядке убывания меры информативности): 1) вос­приимчивость, впечатлительность; 2) гипорсактивный эмоцио­нальный фон в период конфликтов; 3) низкий уровень самооценки; 4) стремление к уединению, замкнутость; -1) уход от неблагопри­ятных («нагрузочных») ситуаций; 5) примитивность, незрелость суждений; 6) переживание физического отставания; 7) снижение толерантности к фрустрациям; 9) служебные конфликты; 10) изо­ляция, отвержение от социального окружения; 11) затруднения в перестройке ценностных ориентаций; 12) предшествующие суи- IшдалыIыс высказывания.**

**При этом к числу наиболее частых причин суицидов среди подростков Л.К. Дичко [ 19831 можно отнести: 1) потерю люби­мого человека; 2) состояние переутомления; 3) уязвленное чувство собственного достоинства; 4) разрушение защитных механизмов личности в результате употребления алкоголя, гииногенных пси­хотропных средств и наркотиков; 5) отождествление себя с чело­веком, совершившим самоубийство; 6) различные формы страха, гнева и печали но разным поводам |Личко, 1983].**

**Ксли подростковые суициды достаточно изучены, то драмати­ческие ситуации в более раннем возрасте, распространившиеся в последние годы, только начинают становиться предметом иссле­дования.**

**У пожилых людей частой причиной суицидов становится потеря близких и одиночество, возрастные болезни, утрата социального**

статуса (потеря смысла жизни), нежелание становится тяготой для детей.

М.В. .'Зотов [20061, анализировавший статистику самоубийств но отечественным и зарубежным источникам, приводит данные, согласно которым у 2/3 лиц, совершивших попытку самоубийства, диагностируются депрессия, суицидальный риск среди больных шизофрений в 30-40 раз превышает аналогичный риск в общей популяции, а от 30 до 55% лиц, погибших в результате суицидов, злоупотребляли алкоголем или наркотиками.

Реже в качестве девиантного рассматривается специфическое поведение, обусловленное тперспособпостями человека [Пла­тонов, 1986]. В.Д. Мсндслсвич |2001] считает, что в подобных слу­чаях нужно говорить о проявлениях одаренности, таланта, гениаль­ности в какой-либо одной из деятельностей человека. Отклонение в сторону одаренности в одной области часто сопровождается де­виациями в обыденной жизни. Такой человек часто оказывается дизадантированным в отношении «бытовой, приземленной» стороны жизни. Он нс способен правильно понимать и оценивать поступки и поведение других людей, оказывается наивным, зависимым и не­подготовленным к трудностям повседневного быта. При поведении, связанном с гипсрспособностями, имеет место игнорирование реаль­ности. Человек расценивает обычный мир как что-то малозначимое, несущественное и поэтому нс принимает никакого участия во взаимо­действии с ним, нс вырабатывает стиля эмоционального отношения к поступкам и поведению окружающих, принимает любое происхо­дящее событие отрешенно. Вынужденные контакты воспринимаются человеком с гипсрспособностями как необязательные, временные и нс значимые для cm личностного развития. Внешне в обыденной жизни поступки такого человека **Moiyr** казаться чудаковатыми. На­пример, он может нс знать, как пользуются бытовыми приборами, как совершаются обыденные действия. Весь интерес у него сосредо­точен на деятельности, связанной с неординарными способностями (музыкальными, математическими, художественными и иными).

Среди типов девиантного поведения В.Д. Мсндслсвич [2001] специально выделяет патохарактерологический, традиционно опи­сываемый в литературе через категорию психопатий или специфи­ческих расстройств личности.

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Раскройте противоречивость определения понятия поведения.**
2. **Какими признаками и характеристиками может быть описано пове­дение?**

**.‘5. Как называется система поступков, противоречащих принятым нормам?**

1. **15 чем общность и различие девиантного и делинквентного поведения?**
2. **Какие виды аддикций являются наиболее распространенными?**
3. **Опишите предпосылки и формы суицидального поведения.**
4. **Каковы позитивные и негативные стороны гиперспособностей?**
5. ПСИХОПАТИИ {СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ)

Н процессе индивидуального развития нод влиянием конституциональных факторов и социального опыта у каждого че­ловека формируются характерные для него особенности поведения, в том числе и стереотипы реагирования на психогенные и другие воздействия. Индивидуализация подобных механизмов обеспе­чивает успешность общей адаптации и, в частности, регуляции по­ведения в межличностных контактах. Но в ряде случаев, как уже отмечалось в медицинской науке с конца XVIII в., встречаются индивиды, стиль жизни и система отношений которых с другими препятствуют приспособлению в социальной среде («моральные помешательства», «мания без бреда»). Подобное психологическое явление получило название психопатии склада личности, от ко­торого, по определению немецкого психиатра и психолога Курта Шнайдера (Kurt Schneider, 1887-1967), страдает или сам больной, или общество |П1найдср, 19991.

На протяжении многих лет в отечественной медицине психо­патии рассматривались как продукт дисгармонического развития личности [Лебединский, 1996|, наблюдаемый у взрослого человека, в силу чего психопатия нс может в полной мерс рассматриваться как классическая болезнь, которая должна иметь такие необхо­димые процессуальные атрибуты, как начало, закономерная смена симптомов и синдромов и исход. С другой стороны, у ребенка и подростка всегда сохраняется надежда на возрастное дозревание и выравнивание качеств, исходно послуживших основанием для от­несения субъекта к категории психопатов.

Н настоящее время в связи с пересмотром клинического со­держания и приобретением термином «психопатия» нарицатель­ного значения, в современных классификациях психических рас­стройств, в том числе и в МКН-10, используется термин «специ­фические расстройства личности», которые обозначают стойкие врожденные или приобретенные характерологические расстройства при общей сохранности интеллекта, приводящие к нарушениям межличностных отношений и адаптации к окружающему. Они выражаются отклонениями в поведении индивида, обычно охва­тывают несколько сфер личности и, начинаясь в детском или под­ростковом возрасте, продолжаются в течение всей жизни.

Смысл подобного определения почти полностью совпадает с тремя обязательными характеристиками, предложенными в 1933 г. II.В. Ганнушкиным [20071 и окончательно сформулиро­ванными О.В. Кербиковым [ 19711:

* тотальностью охвата личности, всего се психического склада, а нс отдельных черт характера: в когнитивной сфере (т е. ха­рактер восприятия и интерпретации предметов, людей и со­бытий', формирование отношений и образов «Я» и «другие»), в эмоциональной сфере (диапазон, интенсивность и адекват­ность эмоциональных реакций), в контролировании влечений и удовлетворении потребностей, отношениях с другими и ма­нере решения интсрпсрсональпых ситуаций;

■ стабильностью проявлений (однотипностью реагирования, при которой патологические черты актуализируются везде и всегда, в слабой зависимости от благоприятности или нсбла- гоприятносги ситуации, на протяжении всей жизни, т.с. не ог­раничиваясь одним «пусковым механизмом»), что, впрочем, не исключает наличия довольно длительных периодов компен­сации;

* социальной дизадаптацией (нарушение нормальных взаимоот­ношений с окружающими).

Оценка вышеперечисленных критериев должна основываться на как можно большем количестве источников информации.

Таким образом, болезненные состояния личности (личностные расстройства) представляют собой глубоко укоренившиеся и по­стоянные модели поведения, отличающиеся негибкостью реагиро­вания на широкий диапазон различных социальных ситуаций.

В.Я. Гиндикин, В.Л. Гурьева |1999|, анализирующие совре­менное состояние учения о психопатиях, указывают на три ос­новных источника противоречий и несогласованности в их интер­претации:

1. постепенное расширение сферы психиатрии и вовлечения в нее того, что еще недавно относилось к области нормы, из-за чего клинические критерии теряют свою определенность (существует и противоположная тенденция избыточно расширительного тол­кования нормы);
2. тесная связь позиции исследователя с его мировоззрением, формирующимся в условиях конкретных общественных отношений;
3. наличие разнообразия личностных расстройств и их дина­мики — от состояний, трудно отличимых от нормы, до нсихотичс- ского уровня нарушений, при том что одни исследователи говорят о патологических характерах, а другие — о патологии личности.

Наличие стабильности в проявлениях психопатий нс означает невозможности их известной вариативности на протяжении жизни. Ю.Л. Александровский [20001 выделяет два типа динамики рас­стройств личности (психопатий), отличая такую динамику от те­чения заболевания (в которой сохраняется единство строя лич­ности и коренного изменения характера нс происходит). Первый соответствует возрастным кризам, и его проявления напоминают тс сдвиги в характере людей, которые происходят у гармоничных, здоровых личностей к пубертатном и климактерическом периодах. Можно отметить лишь большую остроту таких заострений харак­тера у патологических личностей.

Второй тип динамики расстройств личности обусловлен стрес­совыми, главным образом психотравмирующими воздействиями. Наиболее общий механизм такого рода динамики — сменяющие друг друга компенсация и декомпенсация личностных особен­ностей. Декомпенсация проявляется в заметном обострении всех присущих личности черт. Компенсация есть более или менее аде­кватное, хотя в данном случае и хрупкое, приспособление личности к микросоциальной среде. Причем столь же очевидно, что большую часть своей жизни, несмотря на наличие патохарактсрологичсских черт, такие субъекты остаются адаптированными к окружающей жизни. Они работают, получают образование, создают семьи и т.д.

К. Ясперс |1997|, часто подчеркивающий синонимичность по­нятий «психопатия» и «расстройство личности», вообще считал, что в психопатии и неврозах, равно как и в психозах, раскрываются не только отклонения от здоровой нормы, но и истинные источ­ники человеческих возможностей, проявление глубочайшей чело­веческой сущности.

К числу проблем, возникающих в области изучения психо­патий, необходимо отнести и такие, как соотношение между вро­жденным и приобретенным в их гснсзс. Например, несмотря на то что в подавляющем большинстве работ, посвященных психопа­тиям, имеются прямые или косвенные указания на врожденный, конституциональный характер их происхождения, на врожденную неполноценность нервной системы, в иных случаях решающую роль начинают играть прижизненные социальные факторы типа грубых ошибок в воспитании. Характерны и специфические ин­теллектуальные недостатки, например: слабость или отсутствие критичности и снижение прогностических функций. Вольных специфическими расстройствами личности отличает значительно

большая (по сравнению с остальными людьми) ранимость, чувстви­тельность к влиянию ряда соматогенных и психогенных факторов. В.М. Бехтерев еще в 1886 г. в определение психопатии включал наличие лабильности эмоций и импульсивности [Овсянников, 19951, а С.С. Корсаков — чересчур резкое развитие одной какой- нибудь стороны душевной сферы в ущерб другой, несоответствие между мыслями и поступками (повышенная эмоциональная воз­будимость при отсутствии контроля за поведением и реакциями, вызываемыми аффективными стимулами; тревожность, неуверен­ность и подозрительность при недостаточности адекватной оценки окружающего и чувства реальности; эгоцентризм, чрезмерные притязания на свою значимость при отсутствии способностей, воз­можностей и т.д ), другими слонами, выраженные признаки рас­стройства эмоционально-волевой сферы.

Самим человеком фактическая дисгармоничность своей лич­ности индивидуально приемлема и не воспринимается как чуждая, требующая специализированного вмешательства и психиатриче­ской помощи.

Помимо клинической, существенную роль в характеристике психопатий играет се описание с позиции социальной оценки. В качестве критериев расстройств личности выступают «плохая школьная характеристика с прогулами уроков, плохая характе­ристика трудовой деятельности, неблагоприятная история се­мейной жизни, злоупотребление наркотиками, алкогольными на­питками, неоднократные аресты, агрессивность или драчливость, половая распущенность или половые извращения, попытки к са­моубийству, импульсивное поведение, жизнь за чужой счет, бро­дяжничество, патологическая лживость, отсутствие сознания вины при преступлениях, безрассудные поступки» [O’Neal et al., 1962; цит. но: Персжогин, 2001), жестокость по отношению к людям и животным, эгоизм, отсутствие чувства сострадания, наклонность к воровству. В МКН-10 эта позиция представлена следующей фор­мулировкой: «Внутренние переживания и поведение индивидуума в целом существенно отклоняются от культурально ожидаемого и принимаемого диапазона (или “нормы”)».

Важную роль здесь играют дезадантивпые механизмы психоло­гической защиты, с помощью которых индивид пытается преодо­левать конфликты, возникающие между основными параметрами его психической жизни, но которые, на самом деле, лишь снижают эффективность приспособительного поведения. С другой стороны, тс же самые защитные механизмы оказываются полезными для под­держания внутренней устойчивости субъекта, что и обусловливает их повторяемость во времени. В последние годы наиболее обосно­ванной представляется концепция молиэтиологичности происхож­дения личностных расстройств.

Но мнению Л.М. Налабаноной |1998|, для лиц, страдающих психопатией, важной составляющей являются расстройства, отно­сящиеся к тревожному ряду, сужающие ноаможности адекватного реагирования на ситуации, выделения главных, существенных факторов. Такое состояние представляет собой, по существу, фру­страцию, угрожающую целостности и самоидентичности субъекта, приводящую к накоплению аффекта и, естественно, порождающую потребность освободиться от тревоги. Последнее возможно либо с помощью интрапсихичсской адаптации (перестроить себя), либо путем изменения ситуации до удовлетворения потребности. Ни один из этих вариантов по указанным причинам для лица с пси­хопатическими чертами (отсутствие гибкости и ирогностичности) невозможен, из-за чего в ряде случаев единственным приемлемым и наиболее простым путем разрешения конкретных жизненных ситуаций становится совершение антисоциальных поступков и преступных действий (это не означает, что все лица с дагнозом «специфическое расстройство личности» обречены на совершение преступлений). В МКЬ-10 это расстройство личности называется диссоциальным.

11одобныс девиантные (делинквентные) проявления могут видо­изменяться, т.с. усиливаться или, напротив, оказываться в опреде­ленном возрасте менее явными. В связи с этим возникает проблема отграничения специфических расстройств личности от таких вари­антов характерологической нормы, наблюдаемых в подростковом возрасте, которые приобретают форму акцентуаций (см. выше). При внешней схожести, в отличие от психопатий, при акценту­ациях характера может не быть ни одного из признаков психо­патий: ни относительной стабильности характера на протяжении жизни, ни тотальности его проявлений во всех ситуациях, ни со­циальной дизадаптации как следствия тяжести аномалии харак­тера. Во всяком случае, никогда не бывает соответствия веем этим признакам сразу [Личко, 19831-

Существуют многочисленные классификации психопатии, по­строенные на различных базовых принципах. Наибольшую изве­стность среди отечественных имеет классификация О.В. Керби- кова, основывающаяся на генетическом подходе. Она предполагает деление всех психопатий на так называемые ядерные (конституцио­нальные) и нажитые, а последние, в свою очередь, делятся па кра­евые и органические.

**К числу ядерных, или «истинных», относят психопатии, обя­занные своим возникновением генетическому фактору или наслед­ственным заболеваниям (например, шизофрении). И зтих случаях удастся установить наличие того же типа характера у родителей, сибсов (потомков одних родителей) и у родственников но боковым линиям. Отмечается также раннее проявление аномалий характера и их относительная неизменность в течение жизни. Ядсрные пси­хопатии могут возникать даже при самых благоприятных условиях воспитания. Именно эта группа выступает общепринятым эталоном психопатий |Овсянников, Гурьева, 1999].**

**Группа нажитых (приобретенных, реактивных) психопатий объ­единяет патологию характера, формирующуюся в детстве. В генозо «краевых» личностных аномалий в этих случаях большое место занимают неблагоприятные социально-психологические факторы (плохие условия жизни в детстве, сиротство, отсутствие мате­ринской ласки либо, напротив, гипсронска, асоциальные установки микросоциального окружения, наркомания, алкоголизм родителей, утрата одного из родителей, распад родительской семьи и другие стрессовые события), которым нс противостоят корригирующие воспитательные влияния. Этот этан формирования личности в па­тологическом направлении, предшествующий возникновению стойкой нажитой патологии личности или приобретенной психо­патии, О.В. Ксрбиков назвал патохарактсрологичсским развитием. Такое развитие может быть нс только проявлением динамики сформированной психопатии, но и формой становления психопа­тической личности | Ковалев, 1979]. Иными слонами, в группе «кра­евой психопатии», по О.В. Ксрбикону, патологическое (иатохарак- тсрологичсскос) развитие первично по отношению к психопатии, которая формируется этим развитием.**

**Но мере окончательного формирования патохарактерологи­ческой структуры различия между клиническими проявлениями ядерных и краевых психопатий постепенно нивелируются [ Го­ринов, 1997].**

**Органические психопатии обусловливаются органической не­достаточностью или «минимальной мозговой дисфункцией», воз­никшей до 3,5 лет. Это период, когда головной мозг и особенно его молодые в эволюционном отношении отделы еще не сформиро­ваны. Весь ход дальнейшего развития мозговых систем, все станов­ление характера и личности в целом оказывается «поврежденным», изначально искаженным. Нерезко выраженные остаточные явления раннего органического поражения мозга могут быть компенсиро­ванными и не приводить к развитию органической психопатии.**

Но они могут создавать почву для того, чтобы под влиянием небла­гоприятных влияний окружающей среды (например, хронической психической травматизации, неправильного воспитания) началось формирование устойчивых психопатических черт характера, т.с. благоприятствуют психопатическим развитиям [Сухарева, 19Я9; 71 и ч ко, 198:11 '

Но рекомендациям МКВ-10, выделяют следующие основные типы специфических расстройств личности: параноидное, шизо­идное, диссоциальнос, эмоционально неустойчивое, истерическое, ананкастнос (обссссивно-комнульсивнос), тревожное (уклоняю­щееся) и зависимое.

1. Параноидное характеризуется чрезмерной чувствительностью к неудовлетворению своих притязаний или к игнорированию соб­ственных мнений окружающими, следствием чего становятся по­дозрительность и тенденциозность в интерпретации «злонамерен­ного» поведения других лиц, воинственность в отстаивании своих нрав, склонность к патологической ревности, свсрхцснпым идеям преследования, сутяжничества, изобретательства, реформатор­ства, к переоценке персональной значимости и т.н. Смысл и зна­чение приобретает все, что так или иначе связано с собственной личностью, затрагивает ее интересы. Особую группу составляют фанатики (политические, религиозные и др.) с повышенным са­момнением, пренебрегающие разумными доводами, моральными принципами и бескомпромиссно насаждающие свою идею. Здесь типичны узость кругозора, односторонность мышления, субъек­тивная логика, застревание на одних и тех же мыслях и аффектах, незрелость суждений, признаки резонерства и фантазирования на фоне бедности идей, склонность к конфликтам, неспособ­ность прощать обиды или неуважение, отсутствие чувства юмора и упрямство. Группой повышенного риска являются лица, сформи­ровавшиеся в условиях разных коммуникативных ограничений.

Диагностические критерии параноидного расстройства лич­ности: 1) чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам; 2) тенденция постоянно быть кем-то недовольным, склонность нс прощать оскорбления, причинение ущерба и пренебрежительное отношение к своей личности; 3) подозрительность и общая тен­денция к искажению фактов путем неверного истолкования ней­тральных или дружеских действий окружающих в качестве вра­ждебных; <1) воинственно -щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности, несоответствующее фактической ситуации; 5) возобновляющиеся неоправданные подозрения отно­сительно сексуальной верности супруга; 6) тенденция постоянно

относить на свой счет происходящее вокруг; 7) частые необосно­ванные мысли о заговорах, субъективно объясняющих события в близком или широком социальном окружении.

2. Шизоидное — типичны замкнутость, оторванность от ре­альности, социальная отгороженность и отрешенность от окру­жающего мира, аутистическая погруженность в собственный мир фантазий, склонность к символике, абстрактным или сложным нс но возрасту проблемам. Своеобразие интеллектуальной дея­тельности также проявляется в особых способах обобщения фактов и образования понятий, из-за чего оригинальность мыш­ления позволяет иногда достигать известных успехов в видах деятельности, слабо связанных с общением (причудливое коллек­ционирование, написание странных произведений, увлеченность философскими учениями и т.п.). Суждения о людях неожиданны и непредсказуемы.

Часть шизоидных психопатов отличается эмоциональной холод­ностью и даже черствостью, но другая часть — повышенной ранимо­стью, обидчивостью и «мимозоподобностью». Оба аффективных по­люса **Moiyr** сочетаться у одного человека, образуя феномен «стекла и дерева». Проблемы в коммуникативных контактах объясняются причудливостью и парадоксальностью эмоциональной жизни и по­ведения, отсутствием эмпатии, резонанса с чужими переживаниями (безразличие и холодность с близкими, сухость и официальность с сотрудниками). Повышенная внушаемость и легковерие могут сочетаться с упрямством и негативизмом, пассивность и бездея­тельность при решении житейских задач — с предприимчивостью при достижении неожиданно значимых для них целей, робость с бесцеремонностью и нередко жестокостью, повышенная само­оценка с чувством неполноценности.

В детстве возможно запаздывание навыков самообслуживания и усвоения общепринятых норм поведения. В пубертатный период в выявлении личностной патологии наблюдается резкий скачок. Имеется повышенный риск пристрастия к алкоголю.

Диагностические критерии шизоидного расстройства лич ности: 1) лишь немногие виды деятельности доставляют радость; 2) эмоциональная холодность, отчужденность или уплощенная эф­фективность; 3) снижение способности к выражению теплых, не­жных чувств или гнева по отношению к другим людям; 4) внешнее безразличие к похвале и критике; 5) незначительный интерес к сексуальным контактам с другими людьми (с учетом возраста); fi) почти постоянное предпочтение уединенной деятельности; 7) чрезмерная углубленность в фантазирование и интроспекцию;

**8) отсутствие близких друзей или доверительных отношений и не­желание их иметь; 9) недостаточный учет социальных норм и тре­бований, частые ненамеренные отступления от них.**

**3. Диссоциальное характеризуется наличием постоянных анти­социальных и часто противоправных действий, неспособностью соответствовать принятым моральным и нравственным нормам, что осложняет социальные взаимодействия. При подобном рас­стройстве личности наблюдаются отсутствие привязанности к людям, импульсивность поведения; отсутствие раскаяния, со­жаления и угрызений совести по поводу допущенных нарушений (бессовестность).**

**Отклоняющемуся поведению могут способствовать ослабление или отсутствие четырех форм контроля |Гинсцинский, 19971:1) пря­мого, осуществляемого извне посредством наказаний; 2) внутреннего, основанною на интернализованных нормах и ценностях; 3) косвен­ного, связанного с идентификацией с родителями, друзьями, персо­нажами культуры или историческими деятелями; 4) определяемого мерой доступности различных (легальных и нелегальных) способов достижения целей, удовлетворения потребностей.**

**Основные отрицательные качества у лиц с антисоциальными расстройствами начинают проявляться довольно рано и обост­ряются в пубертатном возрасте. К их числу относятся частые уходы из дома с невозвращением на ночь, нсвыполняемые обещания не повторять наказуемого поведения, склонность к физическому насилию, драчливость с более слабыми сверстниками, жестокость но отношению к другим и издевательство над животными, созна­тельное повреждение собственности, принадлежащей другим, це­ленаправленные поджоги, частое вранье, склонность к кражам и грабежам, стремление к вовлечению лиц противоположного пола в насильственную сексуальную активность. Типичны неумение из­влекать опыт из прошлого и низкая толерантность к фрустрации.**

**Ссылаясь на многочисленные отечественные и зарубежные работы, касающиеся истории изучения антисоциального пове­дения, В.Я. Гиндикин и В.Л. Гурьева [1999| для описания соответ­ствующих феноменов используют термин «гебоидные состояния», связывая его с карикатурно утрированным пубертатным кризом, в рамках которого наблюдаются выраженный инфантильный эгоцентризм, гротескное самоутверждение с грубой оппозицией к окружающим, жестокость, выраженные садистские наклонности, отсутствие чувства жалости и сострадания, склонность к импуль­сивной агрессии, отсутствие чувства долга, ответственности, уси­ленный патологический интерес ко всему, что касается насилия, убийств, издевательств и т.и. К этому же ряду относятся растор- можсшшсть влечений, примитивная гедонистическая мотивация своих поступков.**

**По мнению Ц.Н. Короленко и Н.В. Дмитриевой [2000|, лица с антисоциальным расстройством могут быть достаточно и даже высоко интеллектуальными. Для них характерно умение держаться, при необходимости соответствовать общепринятым нормам, про­изводя положительное впечатление на окружающих, из-за чего при кратковременном контакте о них часто возникает неправильное представление. Отрицательные качества выявляются только при изучении их поведения в течение сколько-нибудь длительного промежутка времени, а не в обстановке непродолжительной беседы, в течение которой они могут «собраться», добиваясь у собеседника необходимой положительной оценки. Для людей с такого рода рас­стройствами характерны хорошая вербализация, логика, умение правильно оценить обстановку. Благодаря этому некоторые лица умудряются никогда не вступать в конфликте законом, оставаясь лживыми и безответственными в рамках избранной профессии и эксплуатируя других для собственной выгоды.**

**Диагноз диссоциального расстройства личности основывается на следующих критериях: 1) бессердечное равнодушие к чувствам других; 2) стойкая безответственность и пренебрежение социаль­ными нормами, правилами и обязанностями; 3) неспособность поддерживать устойчивые отношения при отсутствии затруднений в их установлении; 4) крайне низкая толерантность к фрустрации и низкий порог появления агрессивного поведения; 5) отсутствие осознания своей вины или неспособность извлекать уроки из не­гативного жизненного опыта, особенно наказания; 6) выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения поведению, приводящему к конфликту с обществом; 7) постоянная раздражительность.**

**А. Эмоционально неустойчивое представляет собой сборную группу расстройств, которая, во-первых, характеризуется, наряду с неустойчивостью настроения, выраженной тенденцией действовать импульсивно, без учета последствий и без достаточной логической оценки. Эта форма психопатии отличается бурными аффективными проявлениями раздражения, недовольства и гнева в ситуациях, ко­торые нс отвечают интересам больного, или в случаях, когда ему может казаться, что ущемляют его нрава, и т.д. Основной компонент расстройства — отдельные эпизоды потери контроля над своими аг­рессивными побуждениями, выражающиеся в нападении на окру­жающих и повреждении имущества. Уровень агрессивности не со-**

ответствует силс ситуативного стресса, послужившего пусковым фактором для эпизода. Вне обстоятельств, эмоционально значимых для больного, его аффективные реакции могут быть вполне адек­ватны, хотя среди типичных черт характера эмоционально неустой­чивых называют властность, эгоистичность, мстительность, требо­вательность, обидчивость и неуживчивость, упорство в достижении целей, предвзято понимаемую справедливость.

Встречаются два варианта завершения всплеска эксплозивное™ (взрывчатости). В одних случаях возникают сожаление о соде­янном, чувство вины и упреки в собственный адрес, сопровожда­емые тревожно-депрессивной симптоматикой. В других случаях адекватного осознания неправильности своих реакций и поведения у них нс появляется и реализуется тенденция находить причины и обстоятельства, оправдывающие такое поведение. Профессио­нальная и семейная жизнь обычно не ладится.

По классификации II.В. Ганнушкина аналогом этого типа рас­стройства личности является возбудимый тип психопатии, вклю­чающий в себя и эпилептоидные черты, /(ля людей с этим типом личности, наряду с вязкостью аффекта и мышления, склонностью к детализации, застреваемостью, злопамятностью, мстительно­стью, характерны слащавость, льстивость, ханжество, бережли­вость до скупости, ситуационная подобострастность, склонность к употреблению в разговоре уменьшительно-ласкательных слов. Мелочная требовательность, доходящая до придирчивости, соче­тается с беспринципностью к серьезных вопросах. Ценностные ориентации, как правило, обусловлены эгоистическими притяза­ниями. При этом отмечаются целеустремленность, упорство и стс- ничность.

Возможны периоды злобно-тоскливого настроения с примесью тревоги или страха (дисфории), которые длятся несколько часов или, реже, суток. Вурным аффективным реакциям обычно пред­шествует постепенное нарастание вначале подавляемого раздра­жения. В аффекте, например, во время драк способны наносить тяжкие повреждения («звереют»).

Иногда аффективные разряды происходят на фоне суженного сознания с последующей частичной амнезией некоторых деталей происшедшего. Чрезмерный педантизм, аккуратность, властность, эгоизм в сочетании с мрачным, угрюмым настроением делают лиц с эпилептоидными чертами тяжелыми в коммуникативных кон­тактах. В ряде случаев на первый план выступают нарушения вле­чений в виде злоупотребления алкоголем, наркотиками (снимают напряжение), стремления бродяжничать, склонности к азартным играм, алкоголю (возможна и его непереносимость), сексуальным извращениям.

Диагноз устанавливают на основании следующих критериев: 1) отчетливая тенденция к неожиданным поступкам без учета их последствий; 2) тенденция к ссорам и конфликтам, усиливаю­щаяся при воспрепятствовании импульсивным действиям или их порицании; 3) склонность к вспышкам ярости и насилия с неспо­собностью контролировать эксплозивное побуждение; 4) лабильное и непредсказуемое настроение.

5. Истерическое исходными качествами являются эгоцен­тризм и стремление в собственных глазах и глазах окружающих ка­заться более значительной личностью по сравнению с реальностью, постоянное желание быть оцененным. Отсюда — стремление при­влечь к себе внимание любыми средствами, претенциозность, де­монстративность и театральность в поведении, эксцентричность, жеманство, капризность, внушаемость и самовнушасмость, повы­шенная чувствительность к обстоятельствам, представляющим в невыгодном или, напротив, в выгодном свете, на этой почве до­пустимость подтасовок, подчеркнутая экстравертироваппость, гиперэмоциональность и самодраматизация (внешне яркие и вы­разительные эмоциональные отношения типа привязанностей или интересов могут производить на окружающих впечатление своей интенсивностью, хотя фактически оказываются кратковрс менпыми, ситуативно обусловленными и часто поверхностными «соломенный огонь»).

Одна из форм подобного поведения — бутафорские, демонстра­тивные попытки самоубийства, обставляемые как результат непо­нятого страдания, невинной жертвы или благородного ухода |Кср- биков, Коркина, Наджаров, Снсжнсвский, 1968|. Непереносимая ситуация — равнодушие со стороны окружающих, в этом случае предпочитается даже роль «отрицательного героя». Нели истеричный нс встречает внимания и обожания, то быстро тускнеет, становится мелочно-придирчивым, злобным и мстительным. Л.О. Ьухановский, Ю.А. Кутянин и М.К. Литвак 11998] отмечают, что исполнение та­кими людьми социальных ролей крайне затруднено и часто подме­няется ношением масок, причем окружающие использование масок нередко принимают за искреннее исполнение роли.

Лица с истерическими расстройствами личности отличаются психологической незрелостью, аффективным мышлением (ло­гикой), поверхностными непоследовательными суждениями, но бо­гатым воображением и склонностью к фантазированию, также на­правленному на привлечение к себе внимания. Здесь больше, чем

**при других формах психопатий, очевидны признаки дисгармони­ческого инфантилизма. Так же как и для истерического невроза, типична склонность к вытеснению травмирующих переживаний, бегству в болезнь и к косметической лжи.**

**Внешне истероидные черты могут проявляться в вычурной или броской манере одеваться, в выразительных рассказах о герои­ческих или очевидно порочащих (как правило, мнимых) поступках, достижениях или нечеловеческих страданиях, в акцентировании своей сексуальной привлекательности.**

**Диагноз истероидного расстройства личности устанавливают при наличии следующих критериев: 1) театральность повеления или преувеличенное выражение чувств; 2) внушаемость, легкое подчинение влиянию окружающих людей или ситуаций; 3) поверх­ностная и неустойчивая эмоциональность; 4) постоянный поиск воз­буждающих переживаний и такой деятельности, в которой пациент находится в центре внимания; 5) неадекватное подчеркивание своей сексуальности и обольстительности (внешностью и поведением).**

**6. Лнанкастное (обсессивно-компульсивпое). Характерная черта — постоянная тревога и беспокойство за свое будущее и бу­дущее своих близких. С целью предотвращения возможных не­приятностей и на почве чувства собственной неполноценности предпринимаются многочисленные меры, психологически выража­ющиеся педантичностью, озабоченностью порядком, чрезмерной добросовестностью, правильностью всего, от опрятности в одежде до стремления к совершенству (перфекционизм), что заметно сни­жает гибкость приспособления к окружающему миру. Чем меньше уверенность в себе, тем выше потребность иметь стабильное окру­жение, нс вострсбующсе решительных действий. Страх совершить ошибку, которая может разрушить перспективу или карьеру, при­водит к многочисленным сомнениям в принятии решений, болез­ненной предусмотрительности, формализму, потребности планиро­вать всякую деятельность наперед в самых незначительных деталях, стремлению повторно перепроверять уже сделанное или промы­сленное. Характерны склонность к анализу и самоконтролю, мни­тельность, превалирование рассудочной деятельности, ригидность, упрямство (неспособность к компромиссам в общении), требова­тельность к другим (и в семейной, и в профессиональной сфере), склонность придерживаться установленного порядка или услов­ностей, исходя из принципа «как бы чего нс вышло» (нарушение порядка воспринимается как катастрофа).**

**Особенно болезненно воспринимаются ситуации принятия нового и необычного, когда необходимо нести ответственность**

нс только за себя и свои поступки, но и за плохо контролируемых других. Спонтанность и импульсивность нс свойственны, из­быточная серьезность идет в ущерб чувству юмора. Обострение данной формы психопатии наблюдается в возрасте перехода от за­висимой к самостоятельной жизни, хотя сходные черты обнаружи­ваются еще со школьных лет. Неуверенность в себе создает условия для быстрого возникновения ритуалов и усвоения примет и суе­верий, беспочвенных ипохондрических переживаний. Ананкастныс расстройства личности чаще встречаются у мужчин.

Компенсаторные механизмы в подобных случаях могут ока­заться утрированными: нерешительность при уже принятом ре­шении оборачивается нетерпеливостью, застенчивость — неожи­данной и ненужной безапелляционностью [Коркина, Лакосина, Л им ко, 20081.

По мнению Н.Н. Репиной, Д.В. Воронцова, И И. Юматова [2008], провоцирующим фактором здесь выступает такой стиль детско-родительских отношений, при которых к ребенку предъяв­ляются завышенные требования и применяются жесткие санкции за несоблюдение установленных правил.

Диагноз ананкастного расстройства личности устанавливают по следующим признакам: 1) постоянные сомнения и чрезмерная предосторожность; 2) постоянная озабоченность деталями, прави­лами, перечнями, планами; 3) стремление к совершенству и свя­занные с этим многочисленные перепроверки уже сделанного, что нередко мешает завершению выполняемых задач; 4) чрезмерная добросовестность и скрупулезность; 5) неадекватная озабочен­ность продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям; 6) чрезмерная педантичность и следование социальным условностям; 7) ригидность и упрямство; 8) необоснованные, на­стойчивые требования, чтобы другие делали все в точности так, как и сам больной, или столь же необоснованное нежелание позволять другим поступать самостоятельно.

7. Тревожное (уклоняющееся). Данный тип расстройства имеет общие черты с предыдущим, а также в известной степени может быть отождествлен с сенситивным вариантом психопатии, иногда выделяемым в отечественной психиатрии. Ощущение собственной неполноценности и сверхчувствительности к отвержению, отрица­тельным оценкам и критике со стороны окружающих на фоне тре­вожности и ожидания надвигающейся беды порождают тяжелые предчувствия, стеснительность, робость и избегающее поведение. При сильном желании нравиться в момент отвержения тревога ге­нерализуется и может выступать как паническое расстройство.

Н связи с этим круг знакомых и занятий весьма ограничен, существует тенденция уклоняться от участия в коллективных или публичных действиях (например, выступать на людях) и устанавливать новые межличностные контакты (в привычной для них среде они достаточно общительны), ограничивать уклад жизни. Преувеличения потенциальных опасностей и риска в об­ыденных ситуациях, опасение оказаться в затруднительном, неловком положении (сказать глупость, покраснеть, выказать нервозность, оказаться пристыженным или высмеянным) за­ставляют отказываться от видов деятельности, связанных с от­ветственностью и новыми коммуникациями. Это не значит, что у лиц с тревожными чертами нет потребности общения с другими, напротив, часто она заметно выражена, но из-за невозможности исполнения приводит к пониженному настроению, чувству оди­ночества или уходу в фантазии.

Отрицательные переживания не вытесняются и нс проявля­ются вовне, следствием чего становится застревание на аффекте. При значительном его застое (например, переживание незаслужен­ного оскорбления или унижения) случаются внезапные и сильные порывы поведения типа суицидных попыток.

К числу факторов, формирующих подобный стиль поведения, относят подавляющий, осуждающий стиль воспитания, избыточно честолюбивые устремления родителей, а также материнскую де­привацию, приводящую к высокому уровню тревоги.

/(ля диагностики тревожного расстройства личности должны реализовываться следующие критерии: 1) постоянное чувство на­пряженности и наличие тяжелых предчувствий; 2) убежденность в своей социальной несостоятельности и непривлекательности в сравнении с другими; ')) повышенная озабоченность критикой или неприятием к социальных ситуациях; 4) нежелание вступать но взаимоотношения без гарантии понравиться; 5) ограниченность стиля жизни из-за потребности в безопасности; 6) уклонение от со­циальной или профессиональной деятельности, связанной с ин­тенсивными межличностными контактами, из-за страха критики, неодобрения или отвержения.

8. Зависимое. Основные черты — выраженная зависимость от других и перекладывание на них ответственности за принятие решения, пассивность, подчинясмость и внушаемость, отсутствие инициативы, самостоятельности и способности противостоять чужим желаниям (покорность), дискомфорт в одиночестве, преуве­личенный страх неспособности позаботиться о себе. Мир рассмат- ринастся как неприветливое, одинокое или даже опасное место, где не выжить в одиночку. Очевидным является слабоволие.

Но многих отношениях, главным образом низкой энергези- рованностью [Александровский, 20001, напоминает тревожный и ананкастпый типы расстройства личности, но при тревожном типе трудности общения проявляются в страхе перед общением, а при зависимом — в страхе остаться в одиночестве.

Зависимым личностям свойственны общая «нервная слабость», чрезмерная чувствительность и впечатлительность, склонность к самонаблюдению и пессимизм. Эти качества обнаруживаются прежде всего в необычных, экстремальных ситуациях. Внутренний мир при этом типе личностных аномалий определяется сложным комплексом переживаний, среди которых преобладают сознание собственной несостоятельности, беспомощности, опасения пред­стоящих трудностей, «превратностей судьбы» [Смулсвич, 1999]. Представители этого типа довольствуются второстепенными ро­лями, сносят обиды и всегда готовы всем услужить, ждут подба­дриваний, убеждений и советов.

Склонны обнаруживать когнитивное искажение «катастрофи­ческих оценок», особенно когда дело доходит до разрыва отно­шений. В тяжелых житейских ситуациях возможны реакции «ухода из действительности» с картиной депрессии и страхом одиночества.

Существует и тенденция объяснять зависимое расстройство лич­ности через так называемую «тревожную привязанность» [Воулби, 200.')| — сомнения в доступности и отзывчивости фигуры, от ко­торой субъект находится в зависимости, и производном страхе ее потерять. В случае утраты близких отношений он стремится найти новую тесную связь как источник заботы и поддержки. Присут­ствуют признаки эгоизма и иждивенчества, которые могут стано­виться тягостными для окружающих.

Признаки зависимого расстройства личности впервые могут обнаруживаться в ранние школьные годы (в дошкольный период привязанность к родителям рассматривается как нормальное адап­тивное поведение ребенка), проявляясь поначалу астеническими чертами: резким утомлением к концу занятий, снижением успева­емости, а также повышенной робостью, нерешительностью, застен­чивостью, чувством собственной неполноценности.

Предрасполагающими факторами можно считать чрезмерную родительскую заботу или ее полное отсутствие (по причине фи­зической утраты родителей или их невнимательного, безразлич­ного отношения к своему ребенку); наличие в детстве тревожного расстройства, вызванного разлукой; критикующий, подавляющий

стиль воспитания. Чрезмерная забота блокирует развитие иници­ативности и активности во взаимоотношениях с окружающими и формирует «выученную беспомощность» [Ромск, 2000].

В качестве диагностических критериев выступают: 1) активное или пассивное перекладывание на других большей части важных решений в своей жизни; 2) подчинение собственных потребностей нуждам других людей, от которых зависит пациент, и неадекватная податливость их желаниям; 3) неспособность к предъявлению даже разумных требований людям, от которых пациент находится в за­висимости; /1) тревога при пребывании в одиночестве из-за чрез­мерного страха неспособности к совместной жизни; 5) страх быть покинутым человеком, с которым имеется тесная связь, и остаться предоставленным самому себе; fi) ограниченная способность при нимать повседневные решения без постоянных советов и подбадри­вания со стороны других лиц.

[Досмотренные типы специфических расстройств личности могут быть с известной долей условности объединены в три группы с преимущественными проявлениями психических нару­шений в сфере мышления (шизоидные и параноидные личности), в эмоциональной сфере (диссоциальныс, эмоционально неустой­чивые, а также истерические личности) и с преобладанием волевых нарушений (ананкастныс, уклоняющиеся и зависимые личности). Как показывает клиническая практика, у одного больного MOiyr со­четаться признаки разных психопатий.

Преморбидный (существовавший до возникновения болезни) тип личности человека может оказывать модифицирующее влияние на проявление самых разных иных эндогенных и экзогенных забо­леваний. 'Гак, наличие грубых психопатических черт резко ухуд­шает прогноз при алкоголизме и наркоманиях, депрессивный син­дром у тревожной личности часто сопровождается навязчивыми сомнениями и страхами, тревогой, ипохондрической насторожен­ностью | Жариков, Тюльпин, 2002] и т.п.

В опубликованном проекте МКК-11 реализован новый подход к категории, пока (в МКВ-10) обозначаемой как «специфические расстройства личности», при котором производится упразднение имеющихся и вышеописанных их типов. Подобная направленность изменений мотивируются тем, что у пациентов, которые принад­лежат к какому-то ранее известному типу, встречаются и черты, на­блюдаемые для других «классических» описаний (коморбидность), и, напротив, пациенты с одним диагнозом могут заметно отличаться по спектру и интенсивности внешних сиптомов и личностных ка­честв. Тем самым признается целесообразность глобального оцс-

пинания функционирования личности, что расширяет смысловой аспект работы патопсихолога.

К МКЬ-11 предлагается введение трех степеней выраженности расстройств личности (термин «специфические» убран иа опреде­ления) — легкой, умеренной и тяжелой (критерии их выделения выстраиваются на квалификации серьезности проблем, возника­ющих в сфере отношений, на разнообразии ситуаций, в которых происходит срыв выполнения социальных и профессиональных ролей, а также на выраженности вреда, причиняемого себе и окру­жающим людям). Вместе с тем допускается возможность уточ­нения основного вектора дисфункций личности, который может быть связан с пятью тенденциями: отрицательной аффективностью (Negative Л/fectivity), расторможенностью (Disinhibition), отстра­ненностью (Detachment), диссоциальными (Dissociality) и ананкаст- ными (Anankastia) проявлениями.

Указанные тенденции проистекают из идеи «Ьолыной пятерки», возникшей в рамках так называемого диспозиционного направ­ления в изучении личности, согласно которому личность может быть эффективно описана с помощью характеристики соотно­шения выраженности пяти факторов: пейротизм эмоциональная стабильность, добросовестность - импульсивность, экстравсрсия — отгороженность, доброжелательность антагонизм, открытость опыту - консерватизм (соответственно).

Дополнительно предусматривается категория «трудных», или «сложных» личностей (Personality Difficulty), которые в отече­ственной психологической среде более известны как акценту­ации характера и которые в МКН-11 в качестве психического рас­стройства не рассматриваются, но могут занимать место промежу­точного к нему этапа.

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Как психопатии квалифицируются в МКЬ-10?**
2. **Каковы обязательные характеристики психопатий no II.Н. Ганнуш­кину V**
3. **В чем источники несогласованности интерпретации психопатий?**
4. **Какова роль социальной оценки в характеристике психопатий?**
5. **Какова структура классификации психопатий но О.В. Кербикову и специфических расстройств личности по МКН-10?**
6. **Опишите ключевые эмоционально-волевые расстройства при разных вариантах психопатий.**
7. **Какие изменения в оценке расстройств личности предусмотрены в МКВ-11?**
8. НЕВРОЗЫ (НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА)

Невроз — психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно­психическое расстройство, которое воаникаст в результате нару­шения особенно значимых жизненных отношений человека и про­является в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений | Карвасарский, 19901. Еще в 1911 г. фран­цузский психолог Пьер Жане (Pierre Janet, 1859 1947) отмечал, что все невротические расстройства это нарушение приспособления к новым внешним и внутренним обстоятельствам, обнаружива­емым «в моменты, когда индивидуальная и социальная эволюция становится наиболее трудной» [цит. по: Александровский, 2000|.

В соответствии с патогенетической концепцией неврозов, раз­работанной В.Н. Мясищевым |1960|, опирающейся на созданную им теорию отношений, невроз — это несомненно глобальное лич­ностное нарушение, которое характеризуется: 1) обратимостью па­тологических нарушений, независимо от его длительности; 2) пси­хогенной природой заболевания, которая во многом определяется особенностями системы отношений больного; 2) доминированием в клинической картине эмоционально-аффективных и соматовсгс- тативных расстройств.

/(ля возникновения невроза решающей является значимость для личности нарушенного отношения. В таком понимании не­вроз болезнь, обусловлен пая действием информации, семантиче­ской (смысловой) се стороной |Свядощ, 1982] психологическими травмами и конфликтами, порождающими длительное эмоцио­нальное напряжение. М.М. Хананашвили [ 1978] указывает и на воз­можность возникновения неврозов на почве избытка или дефицита информации безотносительно се природы. Ю.А. Александровский 12000] отмечает, что анализ психофизиологической сущности раз­вития невротических и эмоционально-стрессовых состояний сви­детельствует об их принципиальной общности. В обоих случаях начальным звеном оказывается конфликтная ситуация с се психо­логическим эквивалентом. Определяющим фактором выступают не сила стрессора, не его объективная качественная (физическая) характеристика и нс реальная окружающая ситуация, а психоло­гическая оценка воздействия как негативного влияния. При этом учитывается невозможность управления ситуацией и отсутствие способов се избегания или преодоления (защиты), недостаточная способность к переработке возникшего конфликта, в основе кото­рого могут лежать и объективные противоречия многообразных отношений, к тому же имеющие тенденцию расширяться с ростом

**связей субъекта [Леонтьев, 1975). По мнению В.С. Мерлина [ 1975, 1990], психологический конфликт вообще возникает в результате противоречий свойств индивидуума и отношений личности.**

**Соотношение биологических предпосылок (типа высшей нервной деятельности, особенностей ряда сторон темперамента), а также собственно личностных, психологических факторов в эти­ологии неврозов продолжает оставаться дискуссионным. Во всяком случае, имеются многочисленные данные, указывающие на наличие (помимо психогснности) определенной морфофункциональной почвы неврозов в центральной нервной системе, особенно со сто­роны нсспсцифичсских структур мозга и тех его функциональных систем, которые ответственны за вегетативную регуляцию (в част­ности, гипоталамуса). По-видимому, определяющим для возник­новения невроза является преобладание негативной информаци­онно-аффективной нагрузки на человека над его актуальными и ре­зервными ресурсами, которые, в свою очередь, обусловливаются и генетическими предпосылками, и возрастными особенностями, и веем ходом воспитания и социализации.**

**В.Н. Мясищевым |1960| была предпринята попытка охарак­теризовать основные типы внутренних и внешних конфликтов (противоречий, столкновений), с наибольшей вероятностью поро­ждающих конкретные формы неврозов. К числу последних тради­ционно относят неврастению, истерию и невроз навязчивых состо­яний (обссссивно-психастсничсский).**

**Неврастенический конфликт представляет собой противоречие между реально ограниченными возможностями личности (интел­лектуальными, волевыми, физическими и др.) и неадекватно за­вышенными требованиями к себе (несоответствие между задачами личности и возможностями их осуществления), которые могут нс только являться продуктом неправильного воспитания, но и сти­мулироваться извне (например, «подстегиванием» со стороны бли­жайшего социального окружения но пути карьерного успеха) уже в зрелые годы. Неврастения может провоцироваться и попытками уйти в работу от имеющихся в жизни противоречий. Это конфликт между мотивированным «хочу» или «должен» и несостоятельным «могу», приводящий к истощению нервной системы, хроническому переутомлению.**

Неврастения

**Неврастения является наиболее распространенной формой не­вроза. В ее рамках рассматривают две формы: гиперстеническую и гипостеническую, которые можно расценивать и как этапы раз-**

пития данного невроза. Для первой характерны чрезмерная раздра­жительность, несдержанность, нетерпеливость (плохая переноси­мость ожидания), повышенная чувствительность к незначительным раздражителям (громким звукам, шуму, яркому свету), нарушения внимания и т.п. Повышенная активность беспорядочна, а начатая деятельность не доводится до конца.

При втором варианте доминирует так называемый астенический синдром-, повышенная утомляемость, снижение трудоспособности, ухудшение памяти и внимания, вялость, сонливость днем и бес­сонница ночью (даже состоявшийся сон при неврастении нс даст полного отдыха, больные утром вялые, разбитые). Возникают от­влекающие ассоциации и воспоминания, снижается интерес к окру­жающему. Весьма характерно механическое чтение без усвоения содержания прочитанного.

Нсгстосоматичсские проявления неврастении часто сводятся к головным болям, лабильности пульса, неопределенным или не­приятным ощущениям со стороны кожи, мышц и внутренних органов, к расстройствам сексуальных функций, аппетита, пот­ливости, зябкости конечностей. Возможен тремор век и пальцев вытянутых рук. Характерен пониженный эмоциональный фон со склонностью к ипохондрическим проявлениям.

У детей данный невроз в развернутой форме встречается только в школьном возрасте и у подростков, где основное проявление состояние раздражительной слабости, характеризующееся, с одной стороны, несдержанностью, склонностью к аффективным разрядам недовольства и даже гнева, а с другой — повышенной истощасмо- стью аффекта с переходом к плачу, психической утомляемостью, непереносимостью любого психического напряжения, быстрым ослаблением активного внимания | Ковалев, 1979|, психомоторным беспокойством.

По мнению Л.И. Захарова [1988|, младшим школьникам именно с неврастенией свойственен такой распространенный мотив внут­реннего конфликта, как страх нс соответствовать общепринятым нормам, ожиданиям со стороны значимых лиц (автор определяет его как «быть нс тем»). Это страх сделать не так, как нужно, не то, что следует, т.с. страх ошибки, неудачи, своей несостоятельности в представлении окружающих, страх порицания, осуждения и нака­зания, потери расположения других и тем самым страх социальной изоляции.

Он становится актуальным в возрасте интенсивного развития нравственно-этических и нормативно-регулирующих социальных отношений, отражая возросший уровень самосознания в форми-

**ровании личности, новую социальную позицию школьника. Кто клиническое заострение происходит иод влиянием ряда факторов. Важнейшие из них: подчеркнутое чувство собственного досто­инства, самолюбие, нередко перерастающие в честолюбие; выра­женность чувства вины у детей; высокая тревожность у родителей и завышенный уровень притязаний, усваиваемые детьми; излишний рационализм в отношениях с ними и, наконец, избыточная интел­лектуальная перегрузка, усугубляемая чрезмерным контролем ро­дителей за уроками и оценками.**

**Выделяют формы детской неврастении, при которых на первый план выступают такие проявления, как анорексия, тошнота, рас­стройства ритма дыхания, кашель, спазм голосовой щели, непри­ятные ощущения в сердце, обмороки, аффективные вспышки с дви­гательным возбуждением и агрессией | Исаев, 20011.**

**Помимо традиционных для этого невроза конфликтов в семье, в возникновении неврастении у детей важную роль играет сомати­ческая ослабленность, практически всегда сочетаемая с исихотрав- мирующим и обстоятсльствами.**

**Истерический конфликт отличается избыточно завышенными претензиями личности к окружающим, сочетающимися с недо­оценкой или игнорированием реальных условий, интересов или требований других людей, что дополняется отсутствием крити­ческого отношения к своему поведению и внушаемостью. В рамках истерического характера В.Н. Мясищев выделяет первичные, вто­ричные и даже третичные личностные черты. К первичным отно­сятся эгоцентризм и эффективность, следствием которых явля­ются частые переживания и неудачи, приводящие, в свою очередь, к претенциозности (потребности в признании), с одной стороны, и неуверенности в себе — с другой (вторичные черты). Третич­ными личностными образованиями, возникающими на основе первых двух, являются склонность к ухищрениям и различным уловкам для достижения цели, а также лживость, симуляция, те­атральность и демонстративность — поведенческие феномены, ре­ализуемые во взаимоотношениях с другими людьми. Существует предположение, согласно которому третичные черты выполняют своего рода функцию сохранения внешней позитивной самооценки. В некоторых случаях возможно и снижение социально-этического уровня личности, что в принципе более типично для истероидной психопатии.**

**Краткая формула истерического конфликта: «нельзя», но «хочу любой ценой». В происхождении данного конфликта существенное значение приобретает история развития личности и последствий влияния прижизненных факторов (чаще всего, неправильного воспитания, например, по тину «кумира семьи», когда стимули­руется стремление ребенка быть в центре внимания окружающих. С другой стороны, истерические особенности характера могут формироваться и в условиях грубодсснотичсского, подавляющего воспитания, при котором начинают преобладать недоверчивость, озлобленность, тенденция противопоставлять себя окружающим).**

Истерия

**Разнообразная симптоматика данного невроза может быть све­дена к нескольким группам болезненных проявлений: психическим расстройствам, моторным, сенсорным и всгстовисцсралышм |Кср- биков и др., 1968; Карвасарский, 1990|.**

**К числу первых относятся нарушения в виде страхов (кар­диофобия, танатофобия), колебаний настроения, депрессивного настроения, сопровождающихся ярким внешним оформлением в виде театральных иоз, стонов, заламываний рук, использования эпитетов «непереносимый», «ужасный», «исключительный», «необычный» и т.и., психогенных амнезий с выпадением памяти (вытеснений) не только на субъективно неприемлемые эпи­зоды, но и на значительные периоды жизни вообще, пуэрилизма (психического состояния, сопровождающегося детским пове­дением, речью, моторикой, эмоциями), ярких образных галлю­цинаторных переживаний. Последний симптом, описываемый в ранних работах по истерии, в настоящее время почти не встре­чается.**

**Двигательные нарушения выражаются парезами, параличами, дрожательными гипсркинсзами, контрактурами (ограничением подвижности сустава) и астазией-абазией (неустойчивостью при сидении и при ходьбе), параличом голосовых связок, приводя­щего к афонии, а также мутизмом.**

**Сенсорные расстройства, возникающие иод влиянием психиче­ских травм, могут выражаться («симулироваться») изменениями в работе любого органа чувств (истерическая слепота, глухота, потеря обоняния, вкуса), боли, локализованные в различных ча­стях тела, гино- или гиперестезии, которые не соответствуют зонам иннервации (например, в участках кожи но типу «перчаток» или «носок»),**

**Всгстовисцсральные расстройства при истерическом неврозе проявляются в нарушениях дыхания, сердечной деятельности, же­лудочно-кишечного тракта, сексуальной функции, чувства сжатия горла («истерический ком»), в чувстве непроходимости пищевода, ощущения нехватки воздуха и других расстройств, связанных со спазмами гладкой мускулатуры.**

**В выраженных и в настоящее время редко встречающихся слу­чаях, в ответ на психогенное воздействие возникают припадки, напоминающие судорожные при эпилепсии (истерическая дуга). Чаще встречаются малые истерические припадки, отличающиеся чрезвычайным разнообразием: судорожный крик, смех и плач, истерический лающий кашель, звуки подражательного характера, приступы упорной икоты, своеобразное и характерное для истерии учащение дыхания до 20-30 вдохов в минуту.**

**Поскольку возникающие симптомы не имеют под собой ни­какой органической основы, довольно отчетливо просматривается ситуационная их обусловленность но типу «бегства в болезнь» при столкновении с жизненными трудностями, причем в качестве «болезни» может выступить любая, требующая внимания со сто­роны окружающих.**

**В соответствии с концепцией В. Фрейда, который одним из первых предпринял психологический анализ истерии, се симптоматика определяется вытесненными в бессознательное конфликтами, которые заявляют о себе через символический характер симптомов (например, расстройства зрения — это свидетельство нежелания человека видеть, что происходит, па­ралич — демонстрация беспомощности, необходимости заботы и недопустимости требований к субъекту). Массовые истери­ческие припадки с примешиванием эротического компонента но типу «овладения диаволом», носящие характер эпидемий, на­блюдались в средневековых женских монастырях |Осипов, 1923; Паш конек и й, 2006|. В подобной симптоматике усматривается се выгодность больному, помогающая разрешить имеющиеся проблемы или избавиться от нежелательных либо заполучить желательные отношения.**

**Превращение вытеснениого душевного конфликта в соматиче­скую симптоматику обозначается как конверсия. Степень и выра­женность конверсионных реакций во многом зависят от их оценки, получаемой от окружающих. При этом возникающую при истери­ческом неврозе симптоматику нельзя рассматривать как буквально симуляцию, поскольку в силу самовнушения сам больной при этом реально страдает и убежден в наличии у себя соответствующего расстройства.**

Для истеричных детей наиболее характерно возникновение астазии — абазии, энуреза, заикания, анорексии.

**Обсессивно-психастенический конфликт обусловлен наличием одинаково сильных, но противоречащих друг другу внутренних тенденций и потребностей, например таких, как борьба между же­ланием и долгом, моральными принципами и личными привязан­ностями, инстинктивными влечениями и этическими надстрой­ками и т.и. Неспособность определенно произвести выбор в пользу одной из тенденций и сохраняющееся напряжение наиболее ярко выражают себя в состоянии нерешительности, раздвоенности, му­чительных сомнениях, страхах и колебаниях (первичные черты). При обссссивном конфликте постоянная борьба с процессами, вы­павшими из-под управления личности, сопровождается наруше­ниями переработки в се центральной («интрансихической») части. В силу слабости волевой регуляции возникают чувство вины, неу­веренность в себе и заторможенность (вторичные черты).**

**Итогом становится фиктивно-символическое разрешение кон­фликта, ложное удовлетворение в форме осуществления навяз­чивых ритуальных действий (третичные черты), значение которых может быть понято только на основе их генетического анализа, по­зволяющего установить тесную связь между симптомами болезнен­ной) состояния и характером внутренних противоречий.**

**При этом, если даже одна из тенденций становится доминиру­ющей, но продолжает встречать противодействие другой, благопри­ятные возможности для усиления напряжения и возникновения не­вроза навязчивых состояний продолжают сохраняться. Возможная причина подобного конфликта — воспитание в условиях запуги­вания и лишения собственной инициативы, предъявление к ре­бенку противоречивых требований, приводящих к чувству непол­ноценности и отрыву от реальной жизни, воспитание нереальных жизненных установок.**

**Краткая формула обсессивно-психастенического конфликта, включающего в себя сочетание противоречий и нерешительности: «хочу, но не могу сделать выбор».**

Невроз навязчивых состояний

**По сравнению с неврастенией и истерией невроз навязчивых состояний встречается реже. Заболевание характеризуется навяз­чивыми симптомами, как правило, ярко выраженными фобиями. В качестве навязчивых страхов чаще всего встречаются: кардио­фобия, канцерофобия, страх сумасшествия (лиссофобия), страх острых предметов, открытых и закрытых пространств, высоты, за­грязнения, навязчивый страх покраснеть и т.д. Эти страхи могут выступать как изолированно, так и в различных сочетаниях, в нри-**

**чинно-следственных связях, например, кардиофобия порождает клаустрофобию (страх закрытых пространств). В одних случаях в основе страхов лежит исходное реальное переживание кри­тической ситуации, в других — невроз развивается у лиц с уже имеющимися психастеническими (тревожно-мнительными) чер тами. Прототипом навязчивых состояний, но нс требующих вра­чебного внимания, являются весьма кратковременные состояния, нс имеющие патологического характера навязчивости, нередко возникающие у здоровых лиц (навязчивая мелодия, отрывок стихо­творения).**

**Нолсс редкое, но типичное проявление невроза навязчивых со­стояний - навязчивые мысли, воспоминания, сомнения, движения и действия, которые, помимо навязчивого компонента, характери­зуются сознанием их бесполезности и критическим к ним отноше­нием. В начальный период заболевания человек может использо­вать самопсреубсждснис, в дальнейшем пытается избегать встреч с травмирующими моментами, вовлекая в свои защитиi>ic действия и близких.**

**Распространенной разновидностью навязчивых действий яв­ляются ритуалы. Это навязчивые движения и действия, которые всегда сопровождаются сомнениями, опасениями или страхами. Они производятся больным вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья и имеют защитный, охранительный характер.**

**Наряду с фобическим синдромом и синдромом навязчивых со­стояний в клинической картине невроза навязчивых состояний могут иметь место астенические симптомы: нарушается сои, возни­кают раздражительность, непереносимость резких звуков, быстрая утомляемость, снижение работоспособности. Однако последние носят характер сопутствующих симптомов, поскольку основной жалобой, определяющей состояние больных, являются навязчи­вости.**

**Само сознание обычно не обнаруживает заметного изменения, степень критичности к своему состоянию достаточно высока. Вольные вне и даже во время повторных приступов достаточно ак­тивны, собраны и стараются не обнаружить у себя навязчивостей.**

**При типично длительном неврозе навязчивых состояний у боль­ного все более заостряются черты, свойственные личностям пси­хастенического круга (робость, застенчивость, мнительность, не­решительность, тревожность, «умственная жвачка»). Ряд ученых считают невроз навязчивых состояний проявлением динамики пси­хастенической психопатии, другие полагают, что психастения во­обще является неврозом, а понятие невроза навязчивых состояний**

излишне |Гиндикип, 1997|. В пока действующей МКЬ-10 |1994] понятие невроза навязчивых состояний отсутствует, но имеются ананкастный невроз (в числе навязчивых расстройств) и психасте­нический невроз.

Д.Н. Исаев [2006| отмечает, что у детей невроз навязчивостей в подавляющем большинстве случаев начинается постепенно, спустя значительное время после эмоциональных потрясений и вы­ражается в форме страха устной речи, покраснения, своей смерти или смерти родителей, закрытых дверей и т.п. Возможны обкусы­вание ногтей, сосание пальцев и другие более сложные действия.

Среди разнообразных патогенных ситуаций, являющихся при­чиной психической транматизации детей при неврозах, выделяются семейно-бытовые, прежде всего конфликтные, отношения в семье |.'Захаров, 1988; Эйдемиллср, Добряков, Никольская, 2(Ш|, к числу важнейших из которых относятся следующие:

* отсутствие учета родителями индивидуального своеобразия ре­бенка;
* отражение в воспитании неблагоприятных личностных особен­ностей родителей или проекция личностных проблем родителей на отношения с детьми;
* большое количество взрослых, прямо или косвенно прини­мающих участие в воспитании, нередко заменяющих собой ро­дителей в первые годы жизни ребенка;
* несогласованность воспитания, обусловленная конфликтной структурой семейных отношений и трудностью сочетания уста­новок родителей;
* односторонний характер, исключающий роль отца;
* инверсия воспитательных ролей, когда бабушка играет роль ма­тери, мать отца, а последний роль «приемного сына»;
* конфликтный характер воспитания, доминантность, или власт­ность, в отношениях с детьми, безапелляционность, категорич­ность и директивность суждений родителей, стремление под­чинить себе детей и добиться беспрекословного послушания, не принимая во внимание их выраженное чувство собственного достоинства и природный темперамент;
* несоответствие повышенных ожиданий и требований родителей реальным психофизиологическим возможностям детей, в том числе ритму развития, темпу протекания психических про­цессов, а также особенностям формирования характера и лич­ности;
* заданпость, шаблонность, схематизм, когда воспитание подгоня­ется под заранее составленные схемы, предписания, в том числе моральные, установки, «заорганизованность»;
* гинсрсоциальиость повышенная принципиальность в отно­шениях с детьми, гипертрофированное, односторонне понятое чувство долга, обязанности, отсутствие компромиссов, что в целом более характерно для матерей;
* отношение к детям как к уже «почти взрослым», т.е. наделение их всеми атрибутами взрослого поведения без достаточного учета возрастных особенностей;
* недостаточная отзывчивость в отношениях с детьми, недостаток эмоциональпо-тенлых и непосредственных чувств к детям, де­фицит душевной щедрости, доброты и естественности (искрен­ности) в отношениях с детьми;
* недостаточное внимание к половым аспектам в формировании личности детей;
* разрыв между словом и делом в воспитании, невыполнение ро­дителями своих обещаний, их необязательность при требовании обязательности у детей;
* неприятие в отношениях с детьми, обусловленное псжсланно- стью ребенка, преждевременностью его появления, несоответ­ствием его пола;
* неравномерность воспитания, включающая в себя главным образом недостаток эмоционального контакта с детьми и любви к ним в первые годы их жизни и избыток этих чувств в после­дующие годы;
* эффективность в обращении с детьми подразумевает эмоцио­нально бурные проявления родителями своего раздражения и недовольства (крик, ругань и угрозы в адрес детей);
* недоверие к детям, их возможностям и опыту — субъективно сформулированное мнение родителей о неспособности детей к самостоятельным действиям. Недоверие часто сочетается с тревожностью и нетерпимостью родителей, их категорично­стью и властностью, чрезмерной регламентацией образа жизни ребенка;
* гипсропска, выражающаяся стремлением родителей: а) окру­жать ребенка повышенным вниманием; б) во веем защищать, даже если в этом нет реальной необходимости; в) сопровождать каждый его шаг; г) предохранять от опасностей, которых нет; д) беспокоиться но любому поводу и без повода; с) удерживать детей около себя, «привязывать» к своему настроению и чув­ствам; ж) обязывать поступать определенным способом.

**Важную роль в обусловливании невротических расстройств, по мнению английского психолога и психоаналитика Джона Ьо- улби (J°hn Bowlby, 1907-1990) — автора теории присоединения (привязанности), играет родительская депривация. Ребенок, стол­кнувшийся с нечутким, эмоционально холодным отношением со стороны родителей или людей, заботящихся о нем, обычно пе­реживает такие чувства, как протест, отчаяние и отчуждение. По­стоянное отсутствие родительской заботы и внимания приводит к установлению непрочной привязанности, развитию у ребенка представления о самом себе как о недостойном и нелюбимом, фор­мированию взгляда на других людей как несущих угрозу и незаслу­живающих доверия |Мэш, Вольф, 20031.**

**В МКЬ-10 расстройства невротического круга классифициро­ваны по синдромальному принципу, в основу которого положено ведущее клиническое проявление [Справочник..., 2006]. Рассматри­ваются следующие невротические расстройства:**

1. **фобическое тревожное — единственным или преобладающим симптомом является боязнь определенных ситуаций, не представ­ляющих текущей опасности; к числу других тревожных расстройств относят паническое, генерализованное тревожное, смешанное тре­вожное и депрессивное;**
2. **обсессивно-компульсивное — наличие повторяющихся навяз­чивых мыслей или вынужденных действий (ритуалов);**
3. **реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации — по­вторяющиеся наплывы болезненных воспоминаний об имевших место угрожающих жизни ситуациях, возникновение «вины за вы­живание» перед погибшими и их родственниками, мучительные сновидения с кошмарными сценами пережитого, общая затор­моженность, отчуждение от других людей, стремление избежать эмоциональных нагрузок, комплекс астенических расстройств;**
4. **диссоциативное (конверсионное) — полная или частичная по­теря нормальной интеграции между памятью на прошлые события, способностью осознать себя как личность, непосредственными ощущениями и способностью управлять движениями тела; функционально-неврологические (пссвдонсврологическис) сим­птомы, имитирующие проявления органических неврологических заболеваний, множественные соматические жалобы, а также рас­стройства, характеризующие нарушения интегративных функций сознания;**
5. **соматоформное — повторное предъявление соматической симптоматики одновременно с настойчивыми требованиями ме­дицинских обследований, несмотря на повторные отрицательные**

**их результаты и заверения врачей, что симптомы нс имеют сома­тической природы; функциональные расстройства внутренних органов и систем (дыхательной, сердечно-сосудистой, пищевари­тельной, мочеполовой) и хронический болевой синдром, дефект­ность системы вегетативной регуляции и / или антиноцицеп- тивных (предупреждающих и ликвидирующих патологические боли) систем;**

**в) неврастения — повышен пая утомляемость при умственных нагрузках, рассеянность, ослабление памяти, ощущения физи­ческой слабости и изнеможения при незначительных физических нагрузках, головокружение, напряженная головная боль и ощу­щение общей нестабильности.**

**В МКВ-11 термин «невроз» отсутствует, а наиболее близкие ему проявления сосредоточены под рубрикой «Треножные и связанные со страхом расстройства», куда отнесены:**

* **генерализованное тревожное расстройство (Generalized anxiety disorder) (6BOO);**
* **паническое расстройство (Panic disordc) (6B01);**
* **агорафобия (Agoraphobia) (6B02);**
* **специфическая фобия (Specific phobia) (fiBO.1);**
* **социальное тревожное расстройство (Social anxiety disorder) (6B04);**
* **сспарационнос (вызванное разлукой) треножное расстройство (Separation anxiety disorder) (6B05);**
* **селективный мутизм (Selective mutism) (BB06).**

**В известной степени невротический радикал присутствует и в ипохондрии (Hypochondriasis) (6В23), которая отнесена к раз­делу «Обссссивно-компульсинпыс и связанные расстройства».**

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Чем характеризуется невроз как личностное расстройство?**
2. **Дайте характеристику различных типов конфликтов (но В.II. Мяси­щеву) при разных формах неврозов.**
3. **В чем особенности неврастенического невроза у детей?**
4. **Какими психологическими механизмами объясняется происхождение невроза истерии?**
5. **Какие формы приобретают навязчивости при неврозе навязчивых со­стояний?**
6. **Какие патогенные ситуации являются причиной психической травма- тизации детей?**
7. **Какие изменения в отношении структуры невротических расстройств представлены в МКВ-11?**

Проблема сознания одна из сложнейших н психологии. Опре­деление этого понятия сталкивается с большим количеством труд­ностей, связанных и с его объективной содержательной неопреде­ленностью, и с весьма различающимися подходами к этой проблеме. Ключевые дифференцирующие моменты лежат в сопоставлении таких феноменов, как «сознание — психика», «сознание — самосоз­нание», «сознательное — бессознательное», «сознательное — орс- ченленнос», «сознательное — произвольное», «сознательное — ак­тивное», «сознательное — социальное», «сознание — бытие» и т.д.

Только в отечественной психологии существует довольно большое число определений сознания, в каждом из которых под­черкивается какой-то нюанс, смещающий акценты внимания на те или иные базовые атрибуты сознания.

*Сознание* - это:

* все то, что вызывает внутреннюю или субъективную реакцию, как в форме самого элементарного и общего, т.с. недифференци­рованного самоощущения, так и в форме сложных внутренних состояний, открываемых путем самоанализа и называемых нами представлениями, понятиями, суждениями и т.п. |Бехтерев, 19991;
* как бы контакт с самим собой; сознание есть взаимодействие, отражение, взаимовозбуждение различных систем рефлексов | Выготский, 1982|;
* это осознание вне его находящегося объекта, который в про­цессе осознания трансформируется и выступает в форме, в виде ощущения, мысли | Рубинштейн, 1957];
* очеловеченная трудом психика | Платонов, 1967];
* высшая, свойственная только человеку и связанная с речью функция мозга, заключающаяся в обобщенном, оценочном и це­ленаправленном отражении и конструктивно-творческом нре образовании действительности, в предварительном мысленном построении действий и предвидении их результатов, в разумном регулировании и самоконтролировании поведения человека |Спиркин, 1972];
* эффект интеграции когнитивных, эмоциональных и регуляци­онно-нолевых процессов |Всккер, 1998];
* динамическое соотношение чувственных и логических знаний, их система, работающая как единое целое и определяющая каждое отдельное знание; состояние бодрствования человека, специфически человеческая характеристика бодрствования; ак-

тинное отражение объективной действительности есть регули­рование практической деятельности человека в окружающем его мире [Ананьев, 1977];

* высшая интегративная функция головного моага человека, ко­торая осуществляет процесс познавательного отображения им мира и самого себя, а также целенаправленного, действенного регулирования взаимоотношений человека с социальной и при­родной средой |Мсграбян, 19781;
* идеальное отражение, формирующееся и развивающееся в про­цессе исторического развития человека [Ломов, 1984];
* способность к концентрации внимания и ориентировка в себе, времени и собственной личности (Я) [Самохвалов, 20031;
* высшая форма отражения человеком окружающей действи­тельности, представляющая собой совокупность психических процессов, позволяющих носителю сознания ориентироваться в действительности, времени и собственной личности [Нлсйхср, Крук, 1996];
* форма отражения объективной действительности в психике че­ловека — высший уровень отражения психического и саморе­гуляции; обычно считается присущим только человеку как су­ществу обществен но-историческому | Словарь..., 20071;
* осознанное бытие и отношения «Я» к «нс-Я»; субъективный образ объективного мира, свойственный высокоорганизованной материи; идеальная сторона целеполагающей практической дея­тельности человека; способность отдавать отчет в своих мыслях, чувствах и актах; способность правильно расценивать окружа­ющее; особенность сочетания психических процессов; арена, на которой разыгрываются ассоциативные процессы; поток впе­чатлений или чувствование сменяющихся душевных состояний |Спиркин, 1972].

Нели из этих многочисленных дефиниций сознания попытаться

вычленить важнейшее и регулярно ему приписываемое, то это:

* принадлежность только человеку;
* обусловленность социальным бытием;
* опосрсдованность языком;
* принадлежность к высшему уровню психических явлений;
* интегративный характер;
* отражательная функция;
* регулирующая функция.

Неопределенность и многозначность общенаучной трактовки

сознания привела к тому, что за известной степенью ясности раз­личных явлений, составляющих содержание конкретных нсихичс-

**ских функций, стали либо усматривав его «бсскачественность», либо отождествлять его с вниманием или мышлением, которые действительно являются важнейшими составляющими сознания, но к которым оно не сводится.**

**Отождествление сознания с вниманием обосновывается тем общим, что «ноле сознания» неоднородно и в нем выделяется цент­ральная область, особенно ясная и отчетливая, - «ноле внимания», или «фокус сознания»; за пределами се — область, содержание которой смутны и нерасчлснснны, — это «периферия сознания». В зоне ясного сознания находят снос отражение лишь очень не­многие сигналы из внутренней и внешней среды, как правило, лишь тс, которые создают препятствия для нормального продол­жения регулирования поведения или в силу других причин зна­чимы для человека.**

**Роль мышления в организации сознания определяется тем, что сознание характеризует высший способ психического взаимодей­ствия со средой, состоящий из вербальных образов реальности, возникающих в о пределен н ы й момент времени, формой существо­вания которых является мышление.**

**Осознать объект — значит включить его в систему своих знаний, отнести к определенному классу предметов, обозначить словом, вербализовать. Вудучи общественным продуктом, со­знание в данном случае оказывается знанием, которое может с по­мощью речи или иным способом быть передано другим. В этом отношении индивидуальное сознание является со-зпанисм (сов­мещенным, сопутствующим знанием), существующим только при наличии общественного сознания и языка. В конкретном случае сознание (со-зпанис) функция соотнесения возникшего психического явления (ощущения, образа, эмоции, мысли и т.н.) с уже известным знанием, закрепленным в памяти в качестве социального опыта. По слонам К. Маркса, «способ, каким суще­ствует сознание и каким нечто существует для него, это — знание» | Маркс, Энгельс, 1956).**

**Физиологической предпосылкой сознания является бодрст­вование, однако нельзя считать, что бодрствование идентично со­знанию [Адам, 1983). Например, не все сенсорные процессы до­стигают сознания, даже когда человек находится в бодрствующем состоянии.**

**Двойственность сознания заключается и в том, что при попытках субъективно наблюдать за ним обнаруживается, что, с одной сто­роны, оно предстает нс как совокупность статичных объектов и их отношений, по как непрерывный «поток» сменяющих друг друга**

**событий и состояний (фактов сознания) (Джеме, 19911. С другой стороны, сознание — это последовательность психических про­цессов, которая наряду с непрерывностью обладает и некоторым дискретным качеством | Винник, 20021, в частности их способ­ностью начинаться и заканчиваться. Поэтому принято выделять два вида состояний сознания: устойчивые и изменчивые, быстро преходящие. Переходные моменты между ними при попытках ис­пользования метода самонаблюдения часто оказываются неулови­мыми, а большинство сознательных процессов сознательны лишь кратковременно. Таким образом, сознание феноменологически это процесс, развернутый во времени.**

**Анализ содержания этого процесса показывает, что он включает контроль над тремя слоями жизнедеятельности индивида, в том числе над функционированием самой психики:**

1. **над отражением — всеми психическими процессами, постав­ляющими информацию из внешней и внутренней среды;**
2. **над формированием отношений, включающих оценку и пере­живание этой оценки;**
3. **над цслеполаганисм, т.с. формированием целей деятельности, построением планов и программ деятельности (по-видимому, это обстоятельство является ключевым, поскольку предполагает присущую только человеку способность предвидеть последствия своей деятельности и на основании опережающего отражения (II.К. Анохин) регулировать приближение к цели).**

**По мнению Б.Д. Карвасарского (2002], структуру сознания образует система отражения, отношений и целеполагания. А для А.Н. Леонтьева 12002] структура сознания включает: 1) чув­ственную ткань, образуемую чувственным составом конкретных образов актуально воспринимаемой или вспоминаемой, вообра­жаемой реальности; 2) значения, преломляющие мир в сознании человека и 3) смысл, делающий сознание пристрастным. Многие авторы, помимо включения в структуру сознания эмоций, мыш­ления (интеллекта), памяти, мотивов и волевых процессов, в ка­честве важнейшего его компонента рассматривают самосознание, обеспечивающее выделение человеком себя из внешнего мира.**

**Являясь системным качеством психики полноценного человека, сознание обеспечивает самоконтроль функционирования каж­дого элемента этой системы, их взаимосвязь и функционирование системы в целом. Но уровень осознанности может иметь различные степени выраженности и, в частности, закономерно меняться в про­цессе созревания от детского возраста к взрослому. Ранее не осоз­наваемые и не контролируемые процессы становятся осознанас-**

мыми и контролируемыми, равно как позднее часть осознаваемых процессов автоматизируется, а в старости может наблюдаться и не­которая деградация сознания [Горбатенко, 1994|.

Проблема бессознательного

Как писал Л.С. Выготский [2003], человеческая личность пред­ставляет собой иерархию деятельностей, из которых далеко не все сопряжены с сознанием, поэтому сфера психического шире сферы сознания, а само сознание характеризуется перерывами и нередко отсутствием видимых связей между отдельными его элементами. Своеобразной альтернативой сознанию, без которого теряет смысл само содержание сознания, выступает бессознательное.

Введенное еще немецким философом Готфридом Лейбницем (ColLfricd Leibniz, 1646 1716), понятие бессознательного до сих пор не имеет своего окончательного определения. Основой для су­ждения о бессознательном можно считать взгляды В. Вундта [ 18621, который выделил три взаимосвязанных уровня психической дея­тельности, признаваемые большинством ученых и в настоящее время [Носачсв, Варанов, 2006|:

1. сознательный (осознаваемое актуальное содержание мыслей и переживаний);
2. подсознательный (содержание, переходящее в нужный мо­мент на сознательный уровень);
3. бессознательный (инстинктивные механизмы и личное бес­сознательное — неосознаваемая мотивация аффективных и друг их общих реакций).

Зигмунд Фрейд (Sigmund Freud, 1836-1939) также разраба­тывал учение о трехуровневой организации психики, структура ко­торой включает в себя сознание, нредсознанис (уровень нолевой ре­гуляции поведения в реальных условиях жизни) и бессознательное (подсознательное биологические инстинкты, чувства, аффекты, ведущим из которых является либидо — половое влечение), от­деленное от двух предыдущих особой психической инстанцией цензурой. Несовместимость требований, исходящих от этих трех уровней, приводит к ситуации внутреннего конфликта личности, в свою очередь, ведущего к психопатологической, прежде всего невротической симптоматике, либо к выработке защитных меха­низмов. С позиций психоаналитической концепции бессознатель­ному принадлежит решающая роль в определении поведения тезис, который в целом нс нашел подтверждения в дальнейшей истории изучения этого феномена. Н частности, резко критиковал психоанализ Л.С. Выготский за его иррационализм, анти историзм,

панссксуализм [Ярошсвский, 19931. Вместе с тем со времен напи­сания И.М. Сеченовым его работы «Рефлексы головного мозга» никем из современных ученых важная роль бессознательного в дея­тельности и поведении человека нс оспаривается, отличаясь лишь естественно научной его трактовкой.

Часть бессознательных процессов может быть объяснена через концепцию установки, разрабатывавшейся Д.Н. Узнадзе |1966|. Им выявлено, что в психической деятельности человека имеется две стороны: актуальная и потенциальная. Одна сторона — это ре­альное, сейчас протекающее действие, другая потенциальное, скрытое состояние готовности к действию, которое не осознается, но влияет на характер психического процесса. Эту потенциальную готовность к деятельности, которая содержит предпосылки, опре­деляющие характер и направление деятельности, Узнадзе назвал установкой.

Фактически в категорию бессознательного попадает довольно широкий круг явлений:

* субсенсорпыс (т.е. подпороговые) ощущения и восприятия;
* интсроцснтивные ощущения, которые не осознаются в норме, когда человек здоров, и начинают осознаваться только при на­рушениях состояния здоровья;
* автоматизмы и навыки, которые вырабатываются в течение жизни (например, автоматизм речи, ходьбы, навык письма, ра­бочие навыки;
* импульсивные действия — действия, совершаемые безотчетно, без контроля сознания (например, в состоянии аффекта);
* информация, которая накапливается в течение всей жизни и хранится в памяти;
* интуиция формы бессознательной переработки информации (в контексте творчества иногда обозначается как надсознанис);
* установка как целостное состояние человека, выражающее ди­намическую направленность личности на активность в каком- либо виде деятельности, устойчивую ориентацию но отношению к определенным объектам;
* психические явления, возникающие во сне | Карвасарский, 20021, в гипнозе;
* инстинктивные тенденции;
* ранние формы познания ребенком действительности;
* архаическое мышление;
* эффекты влияния некоторых химических веществ;
* патологические феномены.

**Отличительной особенностью бессознательных процессов яв­ляется невозможность их речевого (недоступность вербализации) и волевого контроля, регуляции и оценки, субъективная непонят­ность или чуждость человеку (иногда насильствснность), аффек­тивно-ассоциативная логика возникновения и протекания, ретро­спективный характер констатации.**

**Имеет право на существование и взгляд, в соответствии с ко­торым бессознательное психическое как особая сфера в принципе не существует, поскольку обработка информации, своим итогом способная иметь некий осознаваемый психический результат, ис­ходно протекает на уровне функционирования физиологических процессов, которые сами нс поддаются осознанию их субъектом. В этом контексте речь может идти лишь о степени осознания ре­зультата, т.с. о степени перехода, проекции (перекодирования) фи­зиологического в психическое.**

Самосознание

**В философской и психологической литературе до сих пор отсут­ствует однозначное соотнесение категорий «сознание» и «самосо­знание». Разнообразие определений самосознания столь же велико, как разнообразие определений базового понятия. Приведем лишь часть из них.**

**Самосознание — это:**

* **отражение акта собственного сознания |Сеченов, 1947|;**
* **осознание и оценка человеком своих действий, их результатов, мыслей, чувств, морального облика и интересов, идеалов и мо­тивов поведения, целостная оценка самого себя и своего места в жизни |Спиркин, 19721;**
* **хозяин и организатор своего субъективного мира |Мсграбян, 1878|;**
* **осознание человеком своего общественного статуса и своих жизненно важных потребностей; образ себя и отношение к себе | Словарь..., 1998|;**
* **сознание своей социальной принадлежности | Психометриче­ские..., 20081;**
* **рефлексия, высший уровень развития сознания, осознание чело­веком себя как личности |Дсмина, Ральникова, 2000|;**
* **осознание человеком своего тела, мыслей, действий, чувства, интересов, собственного положения в системе общественного производства (Мягков, Боков, Часва, 20021;**
* **процесс, результатом которого является формирование «Я-кон- цепции», совокупность всех представлений индивида о себе | Керне, 198fi|;**
* **саморегуляция, самоконтроль, самооценка, т.с. установление равновесия между внешними влияниями, внутренним со­стоянием и формами поведения человека [Ганзен, 19841;**
* **познание самого себя [Дремой, Семин, 20011;**
* **осознание близких и отдаленных целей, мотивов своего «Я», своих реальных и желаемых качеств (реальное «Я» и идеальное «Я», познавательные когнитивные представления о себе |Сто- ляренко, 20071;**
* **осознание человеком себя как личности с присущими ей интсрс сами, целями, мотивами, мировоззрением |Кясйхср, Крук, 1996];**
* **способность личности правильно отражать действительность в ее настоящем и прошлом, а также предвидеть будущее, пра­вильно оценивать себя самого и свое место в действительности | Мясищев, 19981;**
* **вербальный образ самого человека | Репина, Воронцов, Юма­това, 20015);**
* **процесс восприятия и соединения многочисленных образов себя в единое целостное образование [Чеснокова, 1977];**
* **знание своего физического облика, состояния, внутреннего ду­ховного мира, своих возможностей [Клиническая..., 20021;**
* **система ощущений, знаний о самом себе, об отношениях с окру­жающими, о своем внутреннем мире [Жмуров, 1994(6)[;**
* **осознание своей личности, своих телесных и психических данных, своего «Я», своей активности и своего места в общест­венной жизни [Кирпиченко, 1996[;**
* **распознавание собственных чувств [Яковлева, 1997]. Считается, что если предметное сознание ориентировано**

**на осмысление окружающего мира, то при самосознании субъект делает объектом самого себя. Объектом анализа при этом стано­вятся его собственные представления, мысли, чувства, пережи­вания и т.д.; это как бы анализ им своего сознания.**

**Изучение этих определений позволяет обнаружить в них сле­дующие смысловые тенденции:**

* **осознание человеком своих телесных, сенсорно-перцептивных, эмоционально-чувственных сторон (схемы тела — это генети­чески наиболее ранний уровень самосознания);**
* **осознание своей отдельности, отличия от других людей и внешнего мира в целом;**
* осознание мотивационно-ценностных сторон собственной лич­ности;
* осознание своей позиции в системе социальных отношений;
* процесс формирования (на базе указанного) представлений о собственном «Я» («Я-образа» и «Я-концсиции»);
* наличие самооценки (удовлетворенности или неудовлетворен­ности собой).

Но вопросу соотношения сознания и самосознания существует две противопоставляемые друг другу точки зрения. В соответствии с первой, более распространенной, самосознание постулируется как высшая ступень развития сознания, которое выступает как нечто целое, более общее и в структуре которого самосознание опреде­ляется как существенный, но частный аспект (например, центр сознания, интегрирующее начало в нем, либо одна из сторон со­знания, включающего осознание внешнего мира и осознание себя). В соответствии с другой самосознание больше сознания, само­сознание — более устойчивый компонент психики, чем предметное сознание, и потому нс может быть его эпифеноменом |Дрсмов, Семин, 20011. В.Л. Гиляровский [1973], во избежание путаницы, предлагал вообще отказаться от употребления термина «самосоз­нание». Вероятнее всего, самосознание и сознание, построенные на известном противопоставлении «Я» и «не-Я», развиваются в онто- и филогенезе как параллельные, функционально и генети­чески взаимосвязанные процессы, существование которых друг без друга невозможно. Изменение или обо га щснис любого из них неиз­бежно видоизменяет всю систему.

Самосознание предполагает внутреннюю целостность и посто­янство личности, которая относительно независима от изменяю­щихся ситуаций. Вместе с тем самосознание константой нс явля­ется. Будучи продуктом постоянного сравнения себя «актуального» с некоторым «идеалом», который сам во многом заимствуется из ре­зультатов общения с другими людьми, самосознание постоянно корректируется, углубляется и уточняется, особенно в отношении своего самооценочного компонента. При констатации неудовлет­ворительной оценки происходит срабатывание копипг-стратсгий или формирование защитных механизмов.

В целом ряде исследований высказывается мнение о существо­вании трехкомпонентного строения самосознания, которое вклю­чает когнитивную (представления о себе и своем «Я»), аффек­тивно-оценочную (самоуважение, самонриятис, самообвинение, са- мообссцснинанис) и pci-уляторно-повсденческую (саморегуляция, самоконтроль, локус контроля, самообладание) составляющие.

**Указанные конструкты обладают лишь относительной самостоя­тельностью, поскольку они также неразрывно связаны между собой в онтогенетическом и функциональном плане. Характер их взаимо­действия при отдельных тинах расстройств самосознания, их дина­мика на разных этапах патологического процесса являются весьма важными критериями состояния человека.**

**В.В. Столиц |1983| также обнаруживает три уровня самосо­знания: 1) отражение субъекта в системе его органической актив­ности; 2) в системе его коллективной предметной деятельности и дстерминирусмых сю отношениях; 3) в системе личностного развития, связанного с множественностью его деятельностей. Со­ответственно этим трем уровням можно различить и единицы са­мосознания. На уровне органического самосознания такая единица имеет сенсорно-перцептивную природу; на уровне индивидуаль­ного сознания представляет собой воспринимаемую оценку себя другими людьми и соответствующую самооценку, свою возрастную, половую и социальную идентичность; на уровне личностного са­мосознания такой единицей является конфликтный смысл, путем столкновения в поступке одних личностных качеств с другими проясняющий для личности значение ее же собственных свойств и сигнализирующий об этом в форме эмоционально-ценностного отношения к себе.**

**При этом уже в самом факте существования самосознания за­ложена его двойственность, диалогизм. Объектом познания стано­вятся собственные свойства, рассматриваемые «со стороны», что предполагает наличие различных точек зрения и на мир, и на са­мого себя. К тому же диалогичность строения самосознания опре­деляется и способом, через который происходит его формирование у ребенка через человеческое общение и отношение к нему взро­слого.**

**Развитие самосознания в онтогенезе обычно связывается с двумя критическими периодами в созревании ребенка. Первый из них относится к возрасту 2,5-3,5 года и характеризуется заметным на­чальным обособлением «Я» и индивидуальности, выделением себя из внешней среды, формированием речевых конструкций, которые это обособление закрепляют и подтверждают, а второй юноше­ский возраст период наиболее интенсивного развития самосо­знания с приобретением им завершенных, «взрослых» форм.**

**«**Я-концепция**»**

**Результатом процесса самосознания становится «Я-концепция». Это понятие было введено американским психологом и философом**

Уильямом Джеймсом (William James, 1842 1910) в конце XIX к. |Джсмс, 19911. Глобальное личностное «Я» он рассматривал как двойственное образование, в котором соединяются «Я-сознанис» («Я-познающес») и «Я» как объект (эмпирическое «Я»). Вы­ражаясь метафорически, это две стороны одной медали, суще­ствующие лишь как единая целостность.

В современной психологии «Я-концспция» рассматривается как динамическая система всех представлений человека о самом себе, в которую входит как собственно осознание своих физических, ин­теллектуальных и других качеств, так и самооценка | Бернс, 1986]. В «Я-концепцию» включают также субъективное восприятие влияющих на данную личность внешних факторов и возможности ее развития в будущем, систему установок, направленных на самого себя | Психологический..., 1996]. Согласно взгляду К. Роджерса, «Я-концспция» это одновременно и представление, и внутренняя сущность индивида, которая тяготеет к ценностям, имеющим куль­турное происхождение |Хьслл, Зиглер, 19971.

С момента своего зарождения «Я-концепция» становится ак­тивным началом, выступающим в трех функционально-ролевых аспектах | Верне, 1980].

1. Как средство обеспечения внутренней согласованности. Со­гласно теории когнитивного диссонанса человек испытывает по­требность в поддержании внутренней гармонии. Новый опыт, вступающий в противоречие с представлениями человека о самом себе, может приводить к ситуации психологического дискомфорта. Существенным фактором восстановления внутренней согласован­ности является то, что индивид думает о самом себе.
2. Как интерпретация опыта. Действует как своего рода внут­ренний фильтр, который определяет характер восприятия чело­веком любой ситуации. Проходя сквозь этот фильтр, ситуация по­лучает значение, соответствующее представлениям человека о себе.
3. Как совокупность ожиданий. Определяет представление че­ловека о том, что, но ci'o мнению, должно произойти.

Таким образом объектом самосознания является человек, сама личность как познающий субъект, который осознает себя субъ­ектом деятельности.

«Я-концепция» охватывает всю хранящуюся в памяти инфор­мацию, относящуюся к самому себе, т.с. речь идет о существующих, ранее выработанных когнитивных представлениях. Н активиро­ванном виде они предопределяют переработку приходящей извне информации и активное собственное производство такой инфор­мации |Науманп, Перрс (рсд), 2007]. Поэтому «Я-коицепция» со­стоит из двух групп феноменов: центральной ядерной, наиболее устойчивой части представлений субъекта о себе и периферической зоны, в которую поступает самая новая и свежая информация.

Считается, что «Я-концеиция» отражает самовосприятие чело­веком себя с позиций сто представлений о тех или иных социальных ролях и того, как он их реально выполняет в различных жизненных ситуациях. Отсюда — традиционное выделение в структуре «Я-кон- цсиции» реального «Я» (представления человека о самом себе, ко­торое, по его мнению, наиболее достоверно и адекватно характери­зует личность в данный момент) и идеального «Я» (представления личности о себе в соответствии с идеалами, суммы желательных качеств). Соотношение мерного и второго и закладывается в основу самооценки, чувства собственной ценности.

Важнейшей чертой «Я-концспции» является се вектор в бу­дущее, выстраиваемый па вероятностном прогнозировании жиз­ненного успеха — неуспеха исходя из наличных ресурсов и сформи­ровавшейся на основе прошлого опыта самооценки (последняя свя­зана нс только с представлением о себе, но и с ожидаемой оценкой, а также реальной оценкой со стороны других, референтной группы).

Как уже указывалось, к человеческом сознании заложены пси­хологические механизмы защиты своего реального «Я», они необ­ходимы для поддержания психологического равновесия и психоло­гического «комфорта» личности. Вместе с тем эти же механизмы могут затруднить некоторые аспекты восприятия, поскольку нару­шают единство созданного представления о себе. Например, когда «Я-концеиция» подвергается критике, индивид склонен к страху или к принятию оборонительной позиции, когда же «Я-концеиция» подтверждается и одобряется, индивид испытывает интерес или ра­дость |Изард, 1980|. Неадекватное представление о себе создает многие психологические барьеры (общения, игнорирования ин­формации, чужого мнения) и порождает конфликтность пове­дения. Дети и подростки с заметными отклонениями в физическом развитии в большей степени подвержены неблагоприятному вли­янию социально-психологической среды, способствующей форми­рованию негативной «Я-конценции», зависимости от окружения или бунта против него [Соколова, 1989|.

М. Розенберг выделил несколько параметров, характеризующих уровень развития самосознания личности [Rosenberg, 1965[.

1. Степень дифференцированности образа «Я» («Я-образа»): чем больше своих качеств человек вычленяет и относит к своему «Я», чем сложнее и обобщеннее эти качества, тем выше уровень его са­мосознания.
2. Степень слитности качества и его эмоциональной оценки. «Сцепленность» качества и его оценки делает образ «Я» чрезмерно «пристрастным», обусловливает легкость его дестабилизации и искажения под влиянием разного рода мотивационных и аффек­тивных факторов.
3. Степень внутренней цельности, последовательности образа «Я»: несоответствие реального и идеального «Я», противоречи­вость отдельных качеств, которые больной относит к «Я».

\. Степень отчетливости образа «Я», его субъективной значи­мости для личности, что характеризует как уровень развития ре­флексии, так и содержание образа «Я» в зависимости от субъек­тивной значимости тех или иных качеств.

1. Степень устойчивости и стабильности образа «Я» во времени.
2. Мера самоиринятия - позитивное или негативное отношение к себе.

Нели «Я-конценция» — это вербализировапные, глубокие и доста­точно рациональные представления о себе, своей позиции в системе моральных, нравственных и других социальных норм, своих возмож­ностях и перспективах, то «Я-образ» составляет внешнюю, описа­тельную, перцептивную, эмоционально насыщенную сторону такого представления (включая отношение к собственному облику, схеме собственного тела, полоролевой определенности и т.н.). Существуют и попытки разграничения «Я-образа» и «Я-концепции» но степени их организованности и устойчивости во времени [Захарова, 1989; Шибутани, 20021. При подобном подходе «Я-конценция» тракту­ется как константный компонент самосознания, а «Я-образ» — как динамическое многообразие представлений субъекта о себе. «Я-кон- цепция» начинает складываться из «Я-образов». Очевидно, что «Я-образ» в любом случае является частью «Я-копценции» и хроно­логически предшествует ее формированию.

Имеете с тем в научной литературе довольно часто встречаются случаи, когда «Я-конценция» и «Я-образ» перестают в психологи­ческом плане отличаться друг от друга, превращаясь в синонимы: «Я образ» интерпретируется как развертывающееся во времени представление о себе в целом, включая и самооценку, и мотива­ционно-волевую регуляцию. И других случаях «Я-конценция» в структуре самосознания вообще не рассматривается.

Одной из особенностей «Я-образа» является его способность со­здавать некоторые шаблоны собственного поведения и отношения к партнерам по коммуникативному акту, что делает поведение че­ловека индивидуально предсказуемым и даже позволяет его веро­ятностно тинологизировать, в том числе и но характеру защит.

Самооценка

Важное место к структуре самосознания занимает самооценка. СЛ. Рубинштейн [2000] но этому поводу писал, что развитие са­мосознания проходит ряд ступеней — от наивного неведения в от­ношении самого себя ко все более углубленному самопознанию, соединяющемуся затем со все более определенной и иногда резко колеблющейся самооценкой. И.И. Чеснокова [1977], напротив, рассматривает содержание самооценки как самый важный и устойчивый компонент, становящийся необходимым внут­ренним психологическим условием тождественности личности, ее константности. Большинство исследователей этого понятия ука­зывают на формирование самооценки из единства двух факторов: рационального (знания о себе) и эмоционального (оценки этих знаний). При этом самооценка даже психически здорового че­ловека может характеризоваться в параметрах ее высоты, устой­чивости, дифференцированности, осознавасмости и некоторых других.

Самооценочные представления могут дифференцироваться либо по сфере проявлений человека «Я» социальное, духовное, физическое, интимное, публичное, моральное, семейное и т.д., либо на временном континууме («Я» в прошлом и настоящем), либо но какому-то иному существенному признаку. С точки зрения ори­ентации на психологическую помощь важно знать, в какой именно сфере деятельности субъект переживает себя состоятельным или несостоятельным, на чем содержательно базирует снос само­уважение, стремится ли к достижению своего идеала, пережи наст ли разорванность своего «интимного Я» и публичной само­презентации | Бодалев, Столиц (рсд.), 20001.

По мнению К.Т. Соколовой [ 1989], устойчивость системы само­оценки может быть понята как динамическое равновесие системы оценок и самооценок человека. Изменение любого звена этого це­лого приводит к псрсструктуриронапию отношений внутри него и обусловливает возникновение нового равновесия (в случае нор­мального функционирования личности) или же дальнейших из­менений, приводящих к распаду самооцспочпого гештальта либо его ригидизации и т.п. (например, в случае невротических рас­стройств).

Решающее влияние на формирование самооценки у ребенка ока­зывают отношение окружающих и осознание самим ребенком осо­бенностей своей деятельности, ее хода и результатов. У взрослого человека в основе самооценки лежит иерархия его ценностей.

Рефлексия

Основным механизмом формирования самосознания является рефлексия — свойство психики отражать свои собственные со­стояния, отношения, переживания, управлять личностными ценно стями, обращение сознания на самое себя, либо, в более узком, лич­ностном плане стремление к постоянному анализу своих мыслей, поступков, эмоций [Блейхср, Крук, 1995]. Но рефлексия это не только самопонимание и самопознание. Она включает и такие процессы, как понимание и оценка другого («удвоенный процесс зеркальных отражений друг друга» |Кон, 1978, с. 110]), видение себя не просто со стороны, но и глазами другого. С се помощью достигается соотнесение своего сознания, ценностей, мнений с цен­ностями, мнениями, отношениями других людей на всех уровнях организации вплоть до общечеловеческих. Отрсфлсксировать что то — значит это «пережить», «пропустить через свой внутренний мир», «оценить», осознать свой внутренний опыт.

Проблема взаимосвязи рефлексии и сознания заключается в том, что рефлексия, будучи определенной процедурой изучения сознания, является в то же время его свойством. Предметом ре­флексии выступает нс сознание вообще (абстрактное сознание), а уже определенным образом понятое сознание. Это первичное понимание сознания не зависит от рефлексии, определяет способ рефлексии, по в то же время само может быть выявлено только в рефлексии | Молчанов, 1998].

В широком философском контексте рефлексия рассматривается как метод, принцип философии, отражение, а также исследование познавательного акта.

Эмпатия

Реализация рефлексии через отношения с другими людьми сближает рефлексию с другим понятием, введенным Э. Титчснером и часто используемым в психологии эмоций эмпатией сопере­живанием (переживание эмоционального состояния другого на ос­нове отождествления с ним), сочувствием (переживание но поводу чувств другого, переживание эмоционального состояния другого на основе отождествления с ним), способностью входить в со стояния другого человека (резонанс, синтонпость), аффективным «пониманием». Эмпатия может рассматриваться и как процесс по­стоянного улавливания изменений состояния человека, с которым происходит процесс взаимодействия, путем их соотнесения с соб­ственным аффективным опытом, хранящимся в долговременной памяти.

Нозникновснис эмпатии возможно и при восприятии произве­дений искусства, под влиянием средств массовой информации.

Но мнению К. Роджерса [ 19841, важнейшей составляющей эм­патии является ощущение «как будто», без которого происходит присвоение свойств другого человека, растворение в нем, обозна­чаемое как идентификация. Г.Н. Носачсв, В.С. Варанов |2006| считают, что идентификация с партнером должна сочетаться с ре­флексией критическим самоанализом человека, осознанием того, как он ведет себя, как воспринимается партнером, насколько пра­вильно строит процесс общения, какие коррективы и в какие звенья его необходимо внести.

Психологическими предпосылками эмпатии служат интуиция, внимание и наблюдательность.

Различаются следующие виды эмпатии:

1. эмоциональная основана на механизмах проекции и подра­жания моторным и аффективным реакциям другого;
2. когнитивная базируется на процессах интеллектуальных (сравнение, аналогия и пр.);
3. предикативная проявляется как способность предсказывать аффективные реакции другого в конкретных ситуациях.

Установлено, что эмпатичсская способность индивидов воз­растает, как правило, с ростом жизненного опыта, а ее слабость или потеря становятся предпосылкой нарушений в коммуника­тивной сфере |Лабунская, Менджерицкая, Нреус, 20011.

Таким образом, нарушения в структуре самосознания и его функционировании являются одной из причин психологических проблем и содержанием некоторых форм психических расстройств.

Расстройства сознания

Несмотря на то что в современной клинической литературе существуют достаточно устоявшиеся подходы к классификации расстройств сознания, окончательно вопрос о их соотношениях и трактовке нс решен. Прежде всего, это обстоятельство опреде­ляется тем, что понятие сознания в психиатрии не совпадает с его философской и психологической интерпретацией. В последнем случае любое изменение психического функционирования, начиная с сенсорног о уровня и заканчивая утратой связи с внешним миром в результате тяжелого психического расстройства, будет являться признаком нарушенного сознания. Кроме того, проблема нарушен­ного сознания осложняется и тем, что в смысловое поле этих рас­стройств попадают как изменения сознания, возникшие вследствие психозов, по неврологическим причинам (например, в результате черепно-мозговых травм), из-за приема различных химических ве­ществ. По мнению С.В. Дрсмова и И.Р. Семина [20011, сознание может изменяться при биологической угрозе жизни, в ослож­ненных условиях жизнедеятельности, в ходе экспериментального исследования, психотерапевтической ситуации или при психиче­ском заболевании. Поэтому до сих нор остается открытым вопрос: до какой степени может сохраняться или, напротив, нарушаться сознание при расстройствах частных психических процессов, ин­тегратором которых сознание является, и могут ли возникать рас­стройства сознания при полной сохранности всех остальных пси­хических процессов.

/[ля практических целей, исходя из феноменологии, используют условный термин «нарушения сознания», под которым подразу­мевают особые формы расстройства сознания.

Традиционно все виды нарушенного сознания делят на коли­чественные (выключение сознания — психическая деятельность редуцируется или полностью прекращается) и качественные (по­мрачения сознания — интенсивная психическая деятельность «из­вращается», начинает носить неестественный характер). Выделяют и параметр но течению (по динамике): пароксизмальное (присту­пообразное, с внезапным началом и концом), нспароксизмальнос (хроническое).

Общие признаки расстройств сознания были описаны К. Яс­персом еще в 1911 г. |Ясперс, 19971.

К их числу относятся четыре группы критериев.

1. Дезориентированность во времени, в месте, ситуации, непо­средственном окружении и собственной личности (неспособность определить текущее время, расположить события во времени, ха­рактеризовать собственную роль дома и на работе, оценить взаимо­отношения между людьми и происходящие события, нсузнананио знакомых и родственников, непонимание вопросов и т.п.).
2. Отрешенность от действительности, отсутствие отчетливого восприятия окружающего, его фрагментарность, повышение по­рогов восприятия (события воспринимаются неполно, непосле­довательно, способность к их осознанию ослаблена или утрачена, изменения во внешнем мире внимания нс привлекают, возникает феномен свсрхизмснчивости внимания, в поле сознания больного попадают быстро сменяющиеся отрывочные впечатления, воз­можны растерянность, нерешительность и аффект недоумения).
3. Разные степени бессвязности мышления, нарушение последо­вательности мышления в сочетании с ослаблением суждений и ре­чевыми нарушениями (затруднения и упрощения ассоциативных

процессов, особенно в операциях абстрагирования, обобщения, сравнения, а также тотальные ошибки в логических операциях).

\. Полная амнезия или затрудненные воспоминания на события, происходившие в период помрачения сознания. Расстройства па­мяти являются одной из причин общей неэффективности и друг их психических процессов.

При расстройствах сознания нс все элементы его поражаются в одинаковой мере. Как правило, легче подвергается изменениям предметное сознание, тогда как сознание собственного «Я» оказы­вается более прочным [Гиляровский, 1954]. Все признаки встреча­ются только при помрачениях сознания, по для определения на­рушенного сознания решающее значение имеет констатация всех вышеперечисленных признаков [Зейгарник, 198fi|.

К выключениям сознания относят:

* оглушение (сомнолентность, обнубиляцию);
* сопор;
* кому.

К помрачениям сознания причисляют:

* делирий;
* о нейрон д;
* аменцию;
* сумеречное состояние;
* амбулаторный автоматизм (фуга, транс).

Выключения сознания

Оглушение — ослабление интенсивности сознания, резкое повы­шение порога для всех внешних раздражителей, затруднение обра­зования ассоциаций, пассивность внимания, заторможенность, со­провождающиеся вялостью, нечеткостью восприятия, ослаблением запоминания и воспоминаний, нарушениями осмысления (на­пример, сложных вопросов), снижением способности к суждениям и умозаключениям, установлению причинно-следственных связей, замедленностью речевых реакций (ответы, как правило, одно­сложные, в зависимости от тяжести состояния правильные или не­впопад), склонностью отвечать жестами (например, наклоном го­ловы или ее покачиванием). Информация воспринимается верно, но нс полно. Внешне это состояние напоминает физиологическое утомление.

Также отмечаются замедленность в движениях, их незакон­ченность и неуверенность, неловкость, молчаливость, безучастие к окружающему, невосприимчивость к факторам, которые обычно вызывают раздражение, отсутствие желаний. Выражение лица у больных безразличное, амимичнос, голое тихий, без модуляций, легко наступает дремота. Ориентиронка в окружающем неполная (только грубая) или отсутствует. В связи с этим оглушение опре­деляется как состояние, при котором внешнее с трудом становится внутренним, а внутреннее — внешним [Жмуров, 1994(б)|. Воз­можны немотивированное благодушие (эйфория) и суетливость.

Состояние оглушения длится от нескольких минут до не­скольких часов. После выхода из него у больного в памяти сохра­няются отдельные фрагменты имевшей место ситуации («остров­ковое припоминание»).

Этот синдром встречается при острых нарушениях ЦНС, вслед­ствие гипоксии мозга, при инфекционных заболеваниях, отравле­ниях, черепно-мозговых травмах, прогрессивном параличе, опу­холях головного мозга, при некоторых тяжелых соматических за­болеваниях.

Этапами оглушенности или ее формами являются следующие варианты выключения:

* обнубиляция (nubes — облако «облачность сознания», «вуаль на сознании»), напоминающая состояние легкого опьянения с рассеянностью внимания, беспечностью настроения, неспособ­ностью сразу оценить происходящее, замедленностью воспри­ятия событий; субъект данное неожиданное состояние пережи­нает как затруднение, но не полную невозможность понять про­исходящее, при этом характерны короткие эпизоды включения в ситуацию, колебания ясности сознания;
* сомполентностъ (повышенная, патологическая сонливость), при которой до сознания субъекта доходят только очень сильные раздражители, в то время как слабые вообще нс заме­чаются (например, для получения ответа вопрос надо задавать более громким голосом), но странности в поведении еще отсут­ствуют; иногда сомнолсптность описывается как оглушеность с выраженной сонливостью (предоставленный сам себе человек засыпает), что возможно, например, после судорожных эпилеп­тических припадков.

При нарастании тяжести болезни оглушение может переходить в сопор и кому.

Сопор — более глубокое нарушение сознания с полной потерей ориентировки в окружающей обстановке и собственной личности. Вольной лежит неподвижно, безучастен, глаза закрыты, лицо ами- мичпо. Словесное общение с больным невозможно. Н подобном состоянии могут проявляться лишь малодифферепцированные, вялые и очень кратковременные защитные реакции на сильные раз-

**дражитсли, например на болевые, яркий свет, сильный звук и др., возможны стереотипные двигательные акты.**

**Кома — наиболее глубокое расстройство сознания, характе­ризующееся угнетением функций центральной нервной системы и утратой ориентировки и ответных реакций на любые внешние раздражители (и условных, и безусловных). Сохраняется лишь деятельность, обслуживающая витальные функции организма. При углублении коматозного состояния расстраивается и она, что приводит к нарушению сердечной и дыхательной деятельности, тонуса сосудов, терморегуляции, в результате чего без оказания специальной медицинской помощи наступает смерть. Эти со­стояния наблюдаются при тяжелых инфекциях и интоксикациях, эпилепсии, энцефалите, менингите, черепно-мозговых травмах, це­ребральных катастрофах, опухолях мозга, у больных уремией, диа­бетом, в терминальных стадиях умирания.**

**Моделью запредельной комы может служить состояние «моз­говой смерти» при искусственном поддержании функций вну­тренних органов.**

**Выход из коматозного состояния идет в обратной последова­тельности с соответствующим восстановлением физиологических и психических функций организма: кома — сопор — оглушение. По выходе из сопорозного и коматозного состояния остается полная амнезия.**

Помрачение сознания

**При этой форме расстройства сознания имеется тотальная дез­интеграция всей психической деятельности, при которой содер­жанием отражения становится не объективная реальность, а мир болезненных переживаний больного. Формы помрачения сознания различаются по преобладающим продуктивным симптомам.**

**Делирий — остро возникающее галлюцинаторное помрачение со­знания, сопровождающееся страхом, острым чувственным бредом, двигательным возбуждением. Ранними признаками начинающе­гося расстройства выступают нарастающая тревога, беспокойство, смутное предчувствие угрозы, общее повышение чувствительности (гиперестезия). Больные страдают бессонницей, прислушиваются к случайным звукам в квартире, обращают внимание на мелкие, несущественные детали обстановки. Позднее появляется ложная ориентировка в месте и времени при сохранности ориентировки в собственной личности (самосознании). Возникают наплывы ярких представлений и обрывков воспоминаний, парсйдолические ил­люзии. 11ри нарастании делирия обманы чувств становятся сцснопо-**

добными: мимика напоминает зрителя, следящего за сценой, — вы­ражение лица становится то тревожным, то радостным, отражается то страх, то любопытство. Нередко в состоянии делирия больные ста­новятся возбужденными, говорливыми, по речь приобретает форму коротких фраз, отдельных слов, выкриков. Возможно развитие бреда, а поведение обусловливается бредовой трактовкой окружа­ющего (например, элементы преследования, оборона или агрессия). Вольные в связи с этим могут представлять опасность для себя и окружающих. По выходе из делирия память о пережитом (галлю­цинаторные образы) сохраняется, в то время как реально происхо­дившие события могут выпасть из памяти. Как правило, в вечернее время, накануне сна и ночью дслириозное состояние усиливается. Сон поверхностный с устрашающими сновидениями.

Длительность делирия — от нескольких часов до нескольких суток. Исчезновение расстройств чаще происходит после продол­жительного сна. Некоторое время может сохраняться убежден­ность, что все происходившее в момент психоза случилось на самом деле, однако такие ошибочные суждения нестойки и в течение не­скольких последующих часов к ним вырабатывается критическое отношение.

В известном отношении делирий по характеру симптоматики может быть противопоставлен оглушению.

Делириознос помрачение сознания наблюдается при интокси­кациях, алкоголизме, энцефалитах, органических заболеваниях головного мозга, при тяжелых соматических заболеваниях, лихо­радочных состояниях.

Онейроид — особая форма помрачения сознания, проявляю­щаяся сцснонодобным фантастическим бредом и яркими гре­зоподобными галлюцинациями, калейдоскопическими пережи­ваниями, напоминающими сновидения. Типична необычность, причудливость происшествий, происходящих с больным, носящих обычно угрожающий мрачный, катастрофический, апокалиптиче­ский или романтический характер (полеты в космос, гибель мира, атомные войны, жизнь в других эпохах, борьба добра и зла и т.п.). При этом разворачивающиеся события подчинены единой фабуле, сюжетной целостности. Толчком для фантастических образований могут служить любые детали реальной обстановки.

Ведущее место занимают зрительные образы, отличающиеся богатством красок, рельефностью, подвижностью, особым освеще­нием, яркостью зрительных восприятий. Несмотря па то что воз­никающий при этом аффект может носить восторженный, экстати­ческий или депрессивный характер, больной ведет себя пассивно, созерцательно (богатство пережинаемых фантастических событий никак нс отражается на поведении, но об имеющихся расстройствах восприятия и мышления можно догадаться по смене выражения лица больного), что отличает психологическую картину онейроида от делирия, где больные являются активными деятелями проис­ходящего. В случае онейроида больной имеет возможность как бы наблюдать за собой со стороны. Возможен симптом двойной ориен­тировки, при котором наряду с бредовой интерпретацией происхо­дящего сохраняется и ложное понимание окружающего (больной одновременно считает себя и пациентом клиники, и участником невероятных событий). Движения обычно заторможены, возможны стереотипные раскачивания, мутизм (неихогенно обусловленный отказ от общения, отсутствие спонтанной и ответной речи при со­хранности артикуляторного аппарата и рсчепонимания) либо разо­рванность речи.

В более тяжелых случаях онейроидного помрачения сознания на его последних этапах единая сюжетная линия переживаний может распадаться, возникают их фрагментарность и спутанность.

Помимо вышеописанных явлений дереализации, возможны признаки деперсонализации больного нарушения ориентировки в собственной личности: больные ощущают себя перевоплотивши­мися в другие существа, в персонажи сказок, мифов или легенд, изменившими человеческое качество, мертвыми, перешедшими в неопределенное состояние, и т.н. |Жмуров, 1994(6); Доброхотова, 1999). В мышлении вместо каузальных связей и реальных отно­шений устанавливаются символические связи и магические взаи­моотношения.

Онсйроиднос состояние продолжается от нескольких часов до нескольких недель. Амнезии при онейроидном помрачении со­знания, как правило, нс бывает. Больные лучше помнят содержание грез и галлюцинаций, но хуже — окружавшую их реальную обста­новку, больше забываются действия, а затем и фабулы.

Онсйроид характерен для шизофрении, иногда встречается при интоксикациях психоактивными веществами и эпилепсии, ор­ганических заболеваниях головного мозга, истерии, инфекционных заболеваниях. При эпилепсии или опухоли мозга онсйроид может быть приступообразным.

Лменция — тяжелая по течению и глубокая но характеру сте­пень помрачения сознания, сопровождающаяся тотальной дезин­теграцией всей психической деятельности, полной потерей ори­ентировки как в окружающем пространстве, так и в собственной личности и времени. Активное внимание нарушено, имеется его резкая отнлекаемость на фоне психомоторного возбуждения, сменяющегося метанием иди обездвиженностью (в пределах постели). Речь бессвязна, немодулирована, напоминает бормо­танье или бессмысленный набор слон, вербальный контакт невоз­можен. Осмыслить происходящее больной нс может, возникает смутное осознание своей беспомощности, лицо выражает недо­умение или растерянность. Возможны плаксивость или немоти­вированная веселость. Встречаются обманы восприятия в виде галлюцинаций, но они, как и бредовые идеи, носят отрывочный и нестойкий характер.

Внешне такие больные выглядят как тяжелые соматические истощенными, бледными, с заостренными чертами лица, худеют, несмотря на достаточный прием нищи.

Продолжительность аменции — от нескольких недель до не­скольких месяцев. По выходе из нес отмечается амнезия.

Наиболее часто это состояние наблюдается при психозах, воз­никших на фоне инфекционных заболеваний и интоксикаций (тя­жело протекающий грипп, сепсис, кишечные инфекции, раковая интоксикация и др.), при сосудистых заболеваниях, органических поражениях центральной нервной системы, а также шизофрении.

Сумеречное состояние — особая разновидность остро начинаю­щегося и внезапно прекращающегося помрачения сознания, харак­теризующаяся сужением сознания, прерыванием его потока, отсут­ствием связи с окружающей действительностью или искаженным се восприятием при сохранности привычных автоматизированных форм поведения (внешне целенаправленных, но не контроли­руемых сознанием). Поведение больных определяется наплывом устрашающих зрительных и слуховых галлюцинаций, бредом. Вы­ражены аффективные расстройства в виде страха, ужаса, ярости, под влиянием которых могут совершаться нелепые или агрес­сивные, разрушительные действия, направленные как на неоду­шевленные предметы, так и на окружающих людей. Возникают эпизоды немотивированного возбуждения. Ориентировка обычно нарушается полностью (к ряде случаев элементарная ориентировка в окружающем сохраняется, остаются правильное узнавание от­дельных лиц и элементы самосознания).

Спонтанная речь почти невозможна либо ограничивается стереотипным повторением отдельных междометий, слов или ко­ротких фраз. Вступить с больным в общение невозможно.

Помрачение сознания может продолжаться от нескольких минут до нескольких педель, заканчиваясь последующим глубоким сном. После выхода из него часто остаются воспоминания о галлюципа- циях, н то время как агрессивные действия отрицаются и воспри­нимаются как чуждые.

Подобные нарушения сознания наблюдаются при эпилепсии, травматическом поражении, опухолях и других органических по­ражениях головного мозга, в остром периоде инфекционных, ин­токсикационных психозов.

Сумеречное состояние сознания, протекающее без бреда, галлю­цинаций и изменения эмоций, носит название амбулаторного авто­матика (непроизвольного блуждания). Вольной внезапно уходит из дома, куда-то едет, иногда совершает довольно длительные миг­рации, очнувшись оказывается в неожиданном для себя месте. Чаще перемещения происходят в пределах квартиры, улицы или города. При этом поведение внешне выглядит упорядоченным и внимания к себе не привлекает, либо такой больной производит впечатление погруженного веной мысли человека.

Нели припадки амбулаторного автоматизма приурочиваются к периоду сна, то такое явление называется сомнамбулизмом (след­ствие органического поражения головного мозга встречается при эпилепсии, а у детей при минимальной дисфункции мозга, истерии). Спонтанного перехода к бодрствованию нс происходит, сомнамбулизм обычно завершается возвращением к нормальному физиологическому сиу. Наутро больные чувствуют себя разби­тыми, как после обычного припадка, и о факте снохождения, как правило, нс помнят.

К числу внешних проявлений амбулаторного автоматизма от­носятся и такие совершаемые при полной отрешенности от окру­жающего элементарные действия, как кивание, вращение вокруг вертикальной оси, облизывание губ, стряхивающие движения и т.п.

Кратковременный вариант амбулаторного автоматизма, для­щийся несколько секунд или минут (часто в форме порывистых перемещений), называется фугой, а вариант затяжного характера (несколько дней, недель) — трансом (при трансе больной внешне производит впечатление рассеянного задумчивого человека с не­ловкими движениями).

К числу форм нарушенного сознания относят и такие выше­описанные явления, как деперсонализация, дереализация, патоло­гический аффект, а также патологическое опьянение. Это непродол­жительное, но глубокое помрачение сознания (особое состояние сознания) после приема незначительных доз алкоголя, которое сопровождается аффективными расстройствами, часто оборони­тельно-агрессивным повелением, двигательным возбуждением, бредом и галлюцинациями. Такое состояние может длиться от нс- скольких минут до нескольких часон, завершаясь глубоким сном и последующей полной или частичной амнезией. Может возни­кать у лиц с органическими заболеваниями центральной нервной системы, у психопатических личностей. Патологическое опья­нение рассматривается нс как результат интоксикации, а как яв­ление идиосинкразии (болезненной непереносимости) к алкоголю, становящемуся лишь провоцирующим фактором на фоне других, способствующих и совпадающих но времени — переутомления, бессонницы, исихогсний. К числу отличий от обычного опьянения относятся отсутствие типичных моторных, вестибулярных и коор­динационных расстройств, а также характерных мимических и пан­томимических особенностей (патологическое опьянение может раз­виваться и на фоне обычного, со всеми его атрибутами).

Фоном для протекания многих патологических симптомов и синдромов является суженное сознание — выпадение из-под контроля сознания некоторых психических функций либо доми­нирование ограниченной группы идей и эмоций при практическом исключении любого другого содержания, ослабление отчетливости любых представлений, кроме одной ведущей идеи. Сужение со­знания возможно при переутомлении, истерии и при некоторых формах церебральных нарушений, при раннем слабоумии, патоло­гическом аффекте и опьянении.

Расстройства самосознания

Расстройства самосознания представляют собой довольно большую группу психических изменений, которые могут интерпре­тироваться как различные варианты уже описанных дереализации, аутопсихической и соматонсихичсской деперсонализации, нару­шений «Я-концепции» и апозогнозии.

Наиболее полная и систематизированная характеристика этих расстройств приведена Г.Н. Носачсвым и В.М. Барановым |1994|.

Расстройство самосознании витальности представляет особую форму нарушения физического и психического «Я-образа», сопро­вождающуюся снижением или исчезновением чувства собственной жизненности, болезненной «психической анестезией», потерей эмоционального резонанса (например, больной убежден в своей смерти), что приводит к дезорганизации всей психической дея­тельности. Наблюдается при депрессивных, депрессивно-бредовых синдромах.

Нарушение самосознания активности (произвольности) чувство затруднения, замедления, ослабления мышления, воспри­ятия, чувств, моторики. Субъективно затруднены повседневные

**ощущения, решения, речь, действия, снижается энергетический потенциал, что наиболее характерно для астенических и депрес­сивных состояний. Нередко совершаемые больным поступки, его действия, речь воспринимаются как проявление чужой воли (в структуре психического автоматизма).**

**Нарушение осознания единства** **(целостности) «Я» проявляется переживанием утраты простоты, единства «Я», вместо которых воз­никает чувство раздвоенности, дисгармонии, внутреннего распада, появления двух-трех несогласованных «Я», нередко находящихся в постоянном противоречии и борьбе. Встречается при галлюцина­торно-бредовых синдромах.**

**Нарушение осознания идентичности** **(постоянства) «Я» — не­уверенность, изменчивость, отдаленность, непостоянство «Я» в данный момент в сравнении с прежним «Я», нет постоянства при­сущих личности отдельных свойств характера, мышления, эмоций, памяти и т.ц., «туманность», «расплывчатость» наличного «Я». Встречается при аффективных, аффективно-бредовых синдромах помрачения сознания.**

**Изменение границ самосознания — ослабление самосознания вплоть до полного исчезновения различия между «Я» и «нс-Я», между миром внутренним и внешним, реальным и образами, создан­ными аутистическим мышлением, галлюцинаторными и бредовыми переживаниями. Встречается при синдромах психического автома­тизма, при большинстве остро развивающихся галлюцинаторно­бредовых, аффективно-бредовых синдромах помрачения сознания.**

**Расстройство осознания непроницаемости** **(«секретности») «Я», утрата больным чувств четкого отграничения собственной лич­ности от окружающей действительности — открытость внутреннего мира пациента, его «рассекречивание», доступность для проникно­вения в личностную индивидуальность, открытость и измененность привычного образа «Я», преимущественно в форме «отчуждения», «нереальности», «чувства овладения», «открытости» физических и психических актов. Наиболее ярко проявляется при синдроме психического автоматизма, аффективно-бредовом помрачении сознания. Противоположный феномен — болезненная отгорожен­ность от внешнего мира, аутизм.**

**Изменение стабильности** **«Л» в пространстве** **включает в себя элементы дезориентировки в ситуации, дереализацию и нарушение схемы тела в трехмерном пространстве. Особенно тяжелые, глу­бокие, фантастические, апокалиптические переживания нарушения «Я» в пространстве наблюдаются при бредовых синдромах и син­дромах помрачения сознания.**

Нарушение стабильности «Я» во времени - ослабление, изме­нение, замедление и ускорение переживания «Я» ко времени, из­менение непрерывности и преемственности «Я» во времени и иден­тичности «Я» в настоящем, прошлом и будущем. На невротическом уровне преобладают нарушения времени в будущем, на психотиче­ском — в настоящем и прошлом.

Изменения транзитивности «Я» проявляются в неспособности больного перенести на себя знания о других больных, в присво­ении чужой симптоматики или «отчуждении» своих переживаний от сходных у других больных, без переноса на другого больного.

Самооценка

Как уже указывалось, составной частью самосознания является самооценка — способность соотносить имеющиеся качества и по­тенциал здоровой или больной личности с реальностью восприятия личности собой или другими людьми.

Возможны следующие варианты изменения самооценки.

1. Пониженная самооценка заключается в равномерном сни­жении самооценки всех параметров психических свойств личности (памяти, внимания, мышления и т.д.) и частично или полностью физических свойств, различных ролевых позиций и образа «Я». На­блюдается при депрессивных и депрессивно-бредовых синдромах.
2. Повышенная самооценка проявляется в равномерном завы­шении своих способностей, умений, знаний, привлекательности и т.д. Встречается при маниакальных и маниакально-бредовых синдромах.
3. Диссоциированная самооценка выражается в завышении одних параметров психических свойств личности и занижении других. Встречается в клинической картине психоза.

А. «Мозаичная» оценка характеризуется относительно адек­ватным повышением или понижением одних параметров и проти­воречивым отражением других.

1. Парадоксальная самооценка представлена противоречивыми параметрами по близким психическим и физическим свойствам образа «Я». Характерна для некоторых бредовых синдромов.
2. «Продуктивная» самооценка психических и физических свойств личности и образа «Я» обнаруживает зависимость от со­держания бреда, галлюцинаций, явлений психического автома­тизма и онейроидных включений.
3. Тотальное нарушение самооценки - полное нарушение осо­знания различных параметров своего физического и психического «Я». Свойственно острым аффективно-бредовым синдромам, по­мрачению сознания.

Применительно к самооценке и самосознанию может быть при­менена категория регресса — временного или стойкого возврата на пройденный ранее этан или уровень самовоснриятия [Жмуров, 1994(б)|. Нели зрелым личностям в самооценке свойственно опи­раться на свои духовные и социальные качества, то откат от подоб­ного критерия к опоре на внешние, физические качества (сложение тела, привлекательность), например, в форме дисморфофобичсских явлений у взрослого человека, очевидно, будет свидетельствовать о подобном регрессе. Регресс самосознания возможен и при дсмен- тных изменениях.

Но мнению В.В. Столица [1983|, к числу состояний самосо­знания, требующих психологического или психолого-педагогиче­ского вмешательства, можно отнести следующие обстоятельства, согласно которым «Я-образ» может включать:

1. социально неприемлемое содержание в виде асоциальных идеалов или, наоборот, отсутствия таких внутренних барьеров, как оглядка па общественное мнение. Такое асоциальное «Я» может формироваться благодаря вовлечению индивида ребенка или подростка — в антисоциальную деятельность взрослых, а также в силу ряда других причин, изучаемых криминологами;
2. неадекватно завышенный уровень притязаний, или неадек­ватную самооценку, или неадекватное негативное эмоционально­ценностное отношение к себе и может быть мистифицированным;
3. «спутанную идентичность» — половую, возрастную, ро­левую, что, в свою очередь, является следствием неадекватного воспитания.

Самосознание взрослог о может быть основано на инфантильной идентификации с родителями или одним из них. Противоречия, возникающие вследствие неосознанной идентификации с роди­телями и реальной неспособности воплотить в себе родительские черты, приводят к невротизации личности и последующей невроти­зации стиля взаимоотношений в собственной семье и невротизации детей.

Когнитивные структуры, обеспечивающие процесс самосо­знания, могут быть недостаточно расчлененными, бедными и тем самым могут не давать субъекту возможности адекватно сознавать себя в изменяющихся условиях жизни и собственного развития, в сложной системе человеческих взаимоотношений.

Наконец, эмоциональная структура отношения человека к са­мому себе в смысле размерности и готовности к диалогу может быть недостаточно сформированной.

Характер нарушений могут также носить состояния органиче­ского уровня самосознания, что выражается в признании у себя наличия мнимых дефектов и соответствующем негативном само чувствии либо, наоборот, неадекватном преувеличении в самосоз­нании (причем нс только в оценке, но и в восприятии) собственных телесных достоинств.

.Любое из названных состояний самосознания может входить в «синдромы», в которых ведущими будут нарушения в работе высшего личностного уровня самосознания.

*Контрольные вопросы и задания*

1. Приведите важнейшие содержательные составляющие понятия со­знания.
2. 11ад чем сознание осуществляет контроль?
3. Какова система взглядов на проблему бессознательного?
4. Какие явления попадают в сферу бессознательною?
5. В чем сложности определения понятия самосознания и его соотне­сения с понятием сознания?
6. Какие компоненты и уровни самосознания рассматриваются в совре­менной психологии?
7. Раскройте содержание понятия «Я-копценции».
8. Какое место в «Я-концепции» :шпимает «Я-образ»?
9. Как соотносятся между собой процессы рефлексии, змпатии и иден­тификации?
10. В чем противоречивость понимания феномена расстройств сознания?
11. Па какие виды делятся расстройства сознания и с помощью каких критериев они устанавливаются?
12. Охарактеризуйте степени выключения сознания.
13. Опишите формы помрачения сознания.
14. Какие возможны изменения и нарушения самооценки?
15. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ И САМОСОЗНАНИЯ

6.8.1. Беседа

Это один из самых распространенных и универсальных кли­нических методов исследования (коммуникативный метод |Дру- жинин, 2000]), направленность которого далеко выходит за рамки лишь оценки внутренней картины болезни или самосознания. Бс седа как диагностический метод представляет нс только самостоя­тельную ценность, но и является благоприятным фоном для реали­зации другого диагностического инструмента наблюдения, спо­собного обеспечить селекцию необходимых для дальнейшей работы фактов поведения пациента. Помимо работы с документами, беседа

пыступает и как основной способ собирания психологического анамнеза о чслонске, а порой и способа влияния на отношение больного к своей болезни. Весела — это и акт психического взаи­модействия экспериментатора и испытуемого, в процессе которого учитываются не только вербальные, но и поведенческие сигналы мимика, пантомимика, интонированность голоса, паузы, направ­ленность взгляда и т.п.

Термин «клиническая беседа», исходно появившийся в рамках генетической психологии Ж. Пиаже, закрепился за способом ис­следования целостной личности, при котором в ходе диалога с ис­пытуемым («искусства спрашивать») исследователь стремится не только получить максимально полную информацию о его ин­дивидуально-личностных особенностях, жизненном пути (анамне­стические данные), содержании его сознания и подсознания и т.д., но и выявить качественную сторону психологических механизмов, стоящих за видимыми изменениями. Иногда клиническая беседа превращается в клинический эксперимент или может приобретать форму интервью. В связи с последним обстоятельством Р. Гудман и С. Скотт 120081 предупреждают, что обследующий не должен ста­новиться всего лишь «говорящим опросником», поскольку на за­программированный комплект вопросов пациенту чаще легче от­вечать письменно.

В.М. Влсйхср, И.В. Крук, С.Н. Воков 11996| считают, что беседа с обследуемым, направленная особым образом, может содержать элементы проективности. В частности, это может быть достигнуто при обсуждении с больным тех или иных жизненных коллизий или содержащих глубокий подтекст произведений искусства, яв­лений общественной жизни (например, в клинической беседе пред­почтение должно отдаваться открытым вопросам, стимулирующим речевую активность больного | Репина, Воронцов, Юматова, 200Г51). Всссда, проводимая с детьми, должна, помимо этого, давать общее представление об уровне интеллектуального развития, о соответ­ствии этого уровня возрасту ребенка.

Очевидно, что интерпретация результатов беседы в значи­тельной степени субъективна, определяется профессиональным и жизненным опытом экспериментатора, и поэтому информация, полученная в ходе беседы, должна сопоставляться с данными, по­лученными из имеющейся в распоряжении документации (в кли­нике, например, с материалами истории болезни), а также с полу­ченными в дальнейшем результатами экспериментального иссле­дования.

Нс касаясь общей методологии организации беседы (фактора личного контакта, эмпатии, психотерапевтической направленности и общей тематики беседы, организационной стороны, корректности формулировок вопросов, достоверности ответов и др.), а также ее видов [Нлейхср, Крук, Коков, 1996; Марищук, Сспональников, Шестаков, 1996; Зейгарник, 1999; Лурия, 2000; Клиническая..., 2002; Вассерман, Щелкова, 200\*1; Сснопальников, 2010 и др.|, оста­новимся лишь на тех информационных аспектах, которые могут представлять интерес для оценки В К К.

Прежде всего, это факт осознания болезни и наличия к своему состоянию критического отношения. Поскольку нарушения кри­тики к заболеванию, как правило, являются лишь частным слу­чаем более общих личностных расстройств, во время беседы сле­дует обращать внимание на все симптомы подобных нарушений и анализировать их под углом зрения того, являются ли они сами результатом психического или соматического заболевания, либо лишь защитной реакцией на него. Весь спектр того, что может быть связано с ВКВ, часто описывается в клинической литературе как психический статус больного, который с достаточной степенью условности может быть представлен следующими взаимосвязан­ными и взаимозависимыми направлениями психологического анализа (качества одной сферы могут быть причинами изменения в других):

* уровнем сознания и общей ориентировки (понимание времени и места беседы, ориентировка в самом себе, в возникших рас­стройствах, принципиальное понимание вопросов и адекват­ность ответов, отношение к патопсихологическому обследо­ванию и т.н.);

■ мотивационно-волевыми проявлениями (интерес к беседе и се последствиям, заинтересованность в получении встречной ин­формации о своем состоянии и путях выхода из болезненной ситуации, желание планировать свою жизнь на перспективу, структура жизненных ценностей, способность сосредоточи­ваться и удерживать внимание на содержании беседы, умение отстаивать свое мнение и отношения, внушаемость и т.н.);

* особенностями восприятия (себя и своего тела, внешней среды с обращением внимания на высказывания и жалобы, которые могут заставить подозревать агнозии, галлюцинации или склон­ность к иллюзорному восприятию отдельных сторон действи­тельности);
* эмоциональным статусом (наличие сниженного настроения, удрученности или депрессивных тенденций, тотальной эмоцио-

пальмой неадекватности или неожиданных аффективных ре­акций на тс или иные вопросы или возникшие в ходе беседы об­стоятельства, тревожной напряженности, оптимизма, эйфории, притупленности, изменении содержания эмоционального реа­гирования при смещении тематики беседы с болезни на другие сферы и наоборот, привычность текущего состояния и т.н.); воз­можна оценка экспериментатором глубины чувства опрашивае­мого но интонации его ответов, репликам, мимике;

* характеристиками памяти (наличие провалов в памяти, осо­бенно, если они касаются недавнего прошлого или обстоя­тельств, имеющих отношение к болезни, умение запоминать и использовать информацию, полученную в ходе уже состояв­шейся части беседы, тенденциозность в «забывании» или на­против, исключительная детализация каких-то обстоятельств жизни, которые можно расценивать как потенциально психо­травмирующие, и т.н.);
* спецификой мыслительной деятельности и речи (адекватность суждений, умение устанавливать причинно-следственные связи, аргументированность собственной позиции и умение расцени­вать аргументы собеседника, наличие признаков ригидности мышления или, напротив, ускорения ассоциативного процесса, доминирование в высказываниях одной, например ипохондри­ческой, тематики, соответствие грамотности речи имеющемуся образованию и социальному статусу и т.н.);

■ коммуникативными и поведенческими особенностями (раздра­жение, агрессия, стремление вызвать к себе симпатию, готов­ность вступать в контакт, оборонительная позиция, апатичность, ирония, сарказм, фамильярность, манерность, суетливость, на­личие странностей в поведении или поведенческих феноменов, нс согласующихся с информацией, полученной о больном из других источников, быстрота и объем движений, скованность и др ); здесь в качестве индикатора могут выступать позы, жесты, мимика, взгляд, умение держать дистанцию, другие паралингви- стическис компоненты общения;

* оформлением внешности (одежда, ухоженность, опрятность, со­отнесение их с аналогичными проявлениями у лиц того же воз­раста и социальной группы, нелепости в оформлении внешности и в поведении).

При построении беседы с больным патопсихолог нс должен под­менять собой врача, вероятнее всего, уже отразившего схожую ин­формацию в медицинской документации, но должен создавать соб­ственное мнение, сопоставимое в дальнейшем как с объективными данными экспериментальных психодиагностических процедур, так и с характером возможной психотерапевтической или коррекци­онной работы.

Кроме самостоятельного использования как исследовательского метода, беседа часто сопровождает и иные диагностические про­цедуры, например сам патопсихологический эксперимент. В этом случае она начинает приобретать иную роль — одного из регуля­торов такой процедуры.

При исследовании ребенка в процессе выполнения заданий эк­спериментатор может задавать ему вопросы и помогать правильно выполнить задание. Формы этой помощи могут быть различны | Рубинштейн, 1986|:

1. простое переспрашивание, т.е. просьба повторить то или иное слово, поскольку это привлекает внимание ребенка к сказанному или сделанному;
2. одобрение и стимуляция дальнейших действий, например: «хорошо», «дальше»;
3. вопросы о том, почему ребенок совершил то или иное дей­ствие (такие вопросы помогают ему уточнить собственные мысли);
4. наводящие вопросы или критические возражения экспери­ментатора;
5. подсказ, совет действовать тем или иным способом;
6. демонстрация действия и просьба самостоятельно повторить это действие;
7. длительное обучение ребенка тому, как надо выполнять за­дание.

Все формы вмешательства и помощи, равно как и следствия этой помощи, должны протоколироваться.

6.8.2. Наблюдение

Как правило, наблюдение определяется как преднамеренное, систематическое, целенаправленное и организованное восприятие поведения изучаемого объекта, а для человека и сопутствующих психических явлений, цель которого их изучение, анализ и объ­яснение [Словарь..., 1998; Новейший..., 19981. Во многих сферах патопсихологической деятельности, особенно в отношении дет­ского возраста, наблюдение является одним из основных методов получения диагностических данных.

Полноценное наблюдение может стать информативно полезным только в том случае, если проводится на целенаправленной основе (имеет замысел и программу), а предмет исследования и сами ре­зультаты наблюдения подвергаются осмыслению |Басов, 1975;

**Корнилова, 2002; Рсгуш, 2008|. Внешняя сторона деятельности — лишь исходный материал наблюдения, который должен получить свою психологическую интерпретацию.**

**Поскольку в большинстве случаев, стремясь к естественности, экспериментатор, выступающий в качестве «измерительного ин­струмента», нс вмешивается в ход происходящих событий (а ис­пытуемый может вообще не подозревать о наблюдениях за ним), то и контроль над ситуацией и планируемыми в наблюдении фе­номенами может иметь ограниченный характер. Кроме того, в ка­честве негативных факторов могут выступать субъективизм экспе­риментатора, выражающийся в его установке избирательно и при­страстно подходить к определенным проявлениям в поведении наблюдаемого (например, ориентируясь на уже ранее выработанное мнение или гипотезу исследования), такие ситуативные обсто­ятельства, как усталость наблюдателя, ограничения восприятия, от­сутствие опыта и некоторые другие | Комер, 2005; Сапогова, 2005]. Следует иметь в виду, что наблюдаемые в одних условиях формы повеления (например, агрессивность в школе) совсем нс обяза­тельно будут обнаруживать себя в условиях клиники.**

**Ключевым для предупреждения подобного и повышения валид­ности результатов является предварительная выработка достаточно отчетливых критериев того, что в дальнейшем может становиться предметом диагностического суждения. Иногда целесообразно ис­пользование технических приемов, позволяющих возврат к уже произведенным наблюдениям и привлечение для их оценки внешних экспертов, сопоставление аудиовизуальной записи с фор­мализованными протокольными записями. Важен и временной ин­тервал, на протяжении которого могут быть уловлены симптомы возможного расстройства.**

**Независимо оттого, какой характер носит наблюдение — поис­ковый (выявление всего спектра возможных феноменов) или кон- кретно-исследующий, — наблюдатель дол жен иметь представление о перечне единиц наблюдения: определенных актах, доступных прямому наблюдению (единиц поведения) |Психологическая..., 20051. Сложность подобных единиц может колебаться в широком диапазоне. Например, наблюдая за поведением вообще, иссле­дователь, тем нс менее, делит его на ряд единиц: моторика, речь, общение, эмоции и т.д. Вели же предметом наблюдения является только речь пациента, то единицами могут быть: содержание речи, ее направленность, продолжительность, экспрессивность, осо­бенности лексического, грамматического и фонетического строя и т.н.**

Для патопсихологических целей оспенным предметом наблю­дения становятся признаки нарушения психических функций и лич­ностной сферы в целом, нетипичное для возраста и социального статуса вербальное и невербальное поведение испытуемого, на­личие или отсутствие критики к своему поведению и состоянию, живость и адекватность эмоциональных реакций во взаимодей­ствии с окружающими или характер реакций на удачу — неудачу при наблюдениях в рамках проводимого тестирования. При этом внешняя сторона наблюдаемого (мимика, движения, поступки, контакты, вербальное повеление, вегетативные реакции и т.н.) ста­новится лишь исходным материалом для дальнейшей психологи­ческой интерпретации.

В частности, квалифицированное наблюдение за рсбсиком- школьником позволяет оценить его интеллектуальные способности и недостатки, например:

* отсутствие системности в изложении какого-либо материала;
* поверхностный анализ фактов;
* необоснованные заключения;
* примитивность заключений и выводов;

■ противоречивость собственных мыслей;

* ни на чем не основанная категоричность утверждений;
* абсурдность заключений, выводов, заявлений;
* неспособность понять переносный смысл шуток, пословиц. Другие возможные направления наблюдения приведены выше

в подпараграфе 8.8.1 «Беседа».

В отношении внутренней картины болезни наблюдение может дать ценный материал, касающийся форм эмоционального реагиро­вания, мотивационной сферы заболевшего, его оптимизма, поиска поддержки, адекватности самооценки.

Карта наблюдения Д. Стотта

[Регуш, 2008; Рабочая..., 1991; Прихожан, Толстых, 2007] Адаптация этого метода была проведена сотрудниками НИИ психоневрологии им. В.М. Бехтерева.

Предназначена для ранней диагностики нарушений психики ре­бенка, проявляющихся в его поведении, дизадаптации в школе.

Данная методика наблюдения относится к числу формализо­ванных, т.е. таких, при которых заведомо известен перечень вари­антов поведения и психических проявлений, требующих обнару­жения и фиксации. Вдесь появляется возможность более четкого и полного сопоставления результатов различных наблюдений, исключается отрицательное влияние наблюдателя (его субъск-

**тивность), может быть достигнуто единство качественного и ко­личественного анализа полученных фактов, а также установлены не только факты, но и их причины.**

**Карта наблюдений Стотта состоит из 16 разделов (содержа­тельно — синдромов или симптомокомнлексов), включающих эле­ментарные фрагменты, образны поведения или симптомы. Син­дромы отпечатаны в виде перечней и пронумерованы (I XVI). Образцы поведения, о наличии или отсутствии которых у ребенка должен судить наблюдатель, заполняющий карту (учитель, воспи­татель, взрослый, хорошо знающий ребенка), также имеют свою нумерацию (1, 2,** 'Л...). **При заполнении карты наличие каждого из указанных в ней образцов поведения у обследуемого отмеча­ется знаком «+», а отсутствие — знаком «-». Эти данные заносятся в специальный регистрационный бланк.**

Карта наблюдений

1. НД **недоверие** к **новым людям, ситуациям. Любой успех, достижения стоят ребенку огромных усилий. От 1 до 11 — менее явные симптомы; от 12 до 16 — симптомы явного нарушения.**
2. *Разговаривает с учителем только тогда, когда находится с ним наедине.*
3. *Плачет, когда ему делают замечания.*
4. *Никогда не предлагает никому никакой помощи, но охотно оказывает ее, если его об этом попросят.*

*А. Ребенок* «*подчиненный*» *(соглашается па* «*невыигрышные*» *роли, например, во время игры бегает за мячом, в то время как другие спокойно на это смотрят).*

1. *Слишком тревожен, чтобы быть непослушным.*
2. *Лжет из боязни.*
3. *Любит, если к нему проявляют симпатию, но не просит о ней.*
4. *Никогда не приносит учителю цветов или других подарков, хотя его товарищи часто это делают.*
5. *Никогда не приносит и не показывает учителю найденные им вещи или предметы, хотя его товарищи часто это делают.*
6. *Имеет только одного хорошего друга и, как правило, игнори­рует остальных мальчиков и девочек в классе.*
7. *Здоровается с учителем только тогда, когда тот обратит на него внимание. Хочет быть замеченным.*
8. *Не подходит к учителю по собственной инициативе.*
9. *Слишком застенчив, чтобы попросить о чем-то* (*например, о помощи).*
10. *Легко становится «нервным», плачет, краснеет, если ему за­дают вопрос.*
11. *Легко устраняется от активного участия в игре.*
12. *Говорит невыразительно, бормочет, особенно тогда, когда с ним здороваются.*

**И. Д депрессия (или астения). В более легкой форме (сим­птомы 1-6) время от времени наблюдаются разного рода перепады активности, смена настроения. Наличие симптомов 7 и 8 свиде­тельствует о склонности к раздражению и о физиологическом исто­щении. Симптомы 9-20 отражают более острые формы депрессии (астении).**

1. *Ко время ответа на уроке иногда старателен, иногда пи о чем не заботится.*
2. *В зависимости от самочувствия либо просит о помощи в вы­полнении школьных заданий, либо нет.*
3. *Ведет себя очень по-разному. Старательность в учебной ра­боте меняется почти ежедневно.*
4. *В играх иногда активен, иногда апатичен.*
5. *В свободное время иногда проявляет полное отсутствие инте­реса к чему бы то ни было.*
6. *Выполняя ручную работу, иногда очень старателен, иногда нет.*
7. *Нетерпелив, теряет интерес к работе по мере ее выполнения.*
8. *Рассерженный* (*впадает в бешенство).*
9. *Может работать в одиночестве, но быстро устает.*
10. *Для ручной работы не хватает физических сил.*
11. *Вял, безынициативен* *(в классе).*
12. *Апатичен, пассивен, невнимателен.*
13. *Часто наблюдаются внезапные и резкие спады энергии.*
14. *Движения замедлены.*
15. *Слишком апатичен, чтобы из-за чего-нибудь расстраиваться (и, следовательно, ни к кому не обращается за помощью).*
16. *Взгляд «тупой» и равнодушный.*
17. *Всегда ленив и апатичен в играх.*
18. *Часто мечтает наяву.*
19. *Говорит невыразительно, бормочет.*
20. *Вызывает жалость* (*угнетенный, несчастный), редко сме­ется.*
21. **У — уход в себя. Симптомы свидетельствуют об избегании контактов с людьми, самоустранении. Имеется защитная установка но отношению к любым контактам с людьми, неприятие проявляе­мого к нему чувства любви.**
22. ***Абсолютно никогда ни с кем не здоровается.***
23. ***Не реагирует на приветствия.***
24. ***Не проявляет дружелюбия и доброжелательности к другим людям.***

***А. Избегает разговоров* *(замкнут в себе).***

1. ***Мечтает и занимается чем-то иным вместо школьных за­нятий* *(живет в другом мире).***
2. ***Совершенно не проявляет интереса к ручной работе.***
3. ***Не проявляет интереса к коллективным играм.***
4. ***Избегает других людей.***
5. ***Держится вдали от взрослых, даже тогда, когда он чем-то задет или его в чем-то подозревают.***
6. ***Совершенно изолируется от других детей (к нему невоз­можно приблизиться).***
7. ***Производит такое впечатление, как будто не замечает других людей.***
8. ***В разговоре беспокоен, сбивается с темы разговора.***
9. ***Ведет себя подобно настороженному животному.***
10. ТВ тревожность по отношению к взрослым. Беспокой­ство и неуверенность в том, интересуются ли им взрослые, любят ли его. Симптомы 1-6 — ребенок старается убедиться, принимают ли и любят ли его взрослые. Симптомы 7-10 — обращает на себя вни­мание и преувеличенно добивается любви взрослого. Симптомы 11-16 — проявляет большое беспокойство о том, принимают ли его взрослые.
11. ***Очень охотно выполняет свои обязанности.***
12. ***Проявляет чрезмерное желание здороваться с учителем.***
13. ***Слишком разговорчив* *(докучает своей болтовней).***

***А. Очень охотно приносит цветы и другие подарки учителю.***

1. ***Очень часто приносит и показывает учителю найденные им предметы, рисунки и т.п.***
2. ***Чрезмерно дружелюбен по отношению к учителю.***
3. ***Преувеличенно много рассказывает учителю о своих занятиях в семье.***
4. ***Подлизывается, старается понравиться учителю.***
5. ***Всегда находит предлог занять учителя своей особой.***
6. ***Постоянно нуждается в помощи и контроле со стороны учи­теля.***
7. ***Добивается симпатии учителя. Приходит к нему с различ­ными мелкими делами и жалобами на товарищей.***
8. ***Пытается* «*монополизировать*» *учителя* *(занимать его ис­ключительно собственной особой).***
9. ***Рассказывает фантастические, вымышленные истории.***

1 4. ***Пытается заинтересовать взрослых своей особой, но не при­лагает со своей стороны никаких стараний в этом направлении.***

1. ***Чрезмерно озабочен тем, чтобы заинтересовать собой взрослых и приобрести их симпатии.***
2. ***Полностью «устраняется», если его усилия не увенчиваются успехом.***
3. ВВ — враждебность по отношению к взрослым. Симптомы 1 -4 — ребенок проявляет различные формы неприятия взрослых, которые могут быть началом враждебности или депрессии. Сим­птомы 5-9 — то враждебно относится ко взрослым, то старается до­биться их хорошего отношения. Симптомы 10-17 — открытая вра­ждебность, проявляющаяся в асоциальном поведении. Симптомы 18-24 — полная, неуправляемая, привычная враждебность.
4. ***Переменчив в настроениях.***
5. ***Исключительно нетерпелив, кроме тех случаев, когда нахо­дится в «хорошем» настроении.***
6. ***Проявляет упорство и настойчивость в ручной работе.***
7. ***Часто бывает в плохом настроении.***
8. ***При соответствующем настроении предлагает свою помощь или услуги.***
9. ***Когда о чем-то просит учителя, то бывает иногда очень сер­дечным, иногда — равнодушным.***
10. ***Иногда стремится, а иногда избегает здороваться с учителем.***
11. ***В ответ на приветствие может выражать злость или подо­зрительность.***
12. ***Временами дружелюбен, временами в плохом настроении.***
13. ***Очень переменчив в поведении. Иногда кажется, что он умышленно плохо выполняет работу.***
14. ***Портит общественную и личную собственность* (в *домах, садах, общественном транспорте).***
15. ***Вульгарный язык, рассказы, стихи, рисунки.***
16. ***Неприятен, в особенности когда защищается от предъявля­емых ему обвинений.***
17. ***Вормочет под нос, если чем-то недоволен.***
18. ***Негативно относится к замечаниям.***
19. ***Временами лжет без какого-либо повода и без затруднений.***
20. ***Раз или два был замечен в воровстве денег, сладостей, ценных предметов.***
21. ***Всегда на что-то претендует и считает, что несправедливо наказан.***
22. ***«Дикий» взгляд. Смотрит исподлобья.***
23. ***Очень непослушен, не соблюдает дисциплину.***
24. ***Агрессивен* (*кричит, угрожает, употребляет силу).***
25. ***Охотнее всего дружит с так называемыми подозрительными типами.***

2***Часто ворует деньги, сладости, ценные предметы.***

1. ***Ведет себя непристойно.***
2. ТД — тревога по отношению к детям. Тревога ребенка за принятие себя другими детьми. Временами она принимает форму открытой враждебности. Все симптомы одинаково важны.
3. ***Играет героя, особенно когда ему делают замечания.***
4. ***Не может удержаться, чтобы не играть перед окружающими.***
5. ***Склонен прикидываться дурачком.***
6. ***Слишком смел (рискует без надобности).***
7. ***Заботится о том, чтобы всегда находиться в согласии с боль­шинством. Навязывается другим', им легко управлять.***
8. ***Любит быть в центре внимания.***
9. ***Играет исключительно (или почти исключительно) с детьми старше себя.***
10. ***Старается занять ответственный пост, но опасается, что не справится с ним.***
11. ***Хвастает перед другими детьми.***
12. ***Паясничает (строит из себя шута).***
13. ***Шумно ведет себя, когда учителя нет в классе.***
14. ***Вивший вид вызывающий (длинные волосы у мальчиков, яркая косметика у девочкек).***
15. ***Со страстью портит общественное имущество.***
16. ***Дурацкие выходки в группе сверстников.***
17. ***Подражает хулиганским проделкам других.***
18. А — недостаток социальной нормативности (асоциаль­ность). Неуверенность в одобрении взрослых, которая выражается в различных формах негативизма. Симптомы 1 -5 — отсутствие ста­раний понравиться взрослым, безразличие и отсутствие заинтере­сованности в хороших отношениях с ними. Симптомы 5-9 у более старших детей могут указывать на определенную степень независи­мости. Симптомы 10-15 — отсутствие моральной щепетильности в мелочах; 16 — считает, что взрослые недружелюбны, вмешива­ются, не имея на это права.
19. ***Не заинтересован в учебе.***
20. ***Работает в школе только тогда, когда за ним постоянно следят или когда его заставляют работать.***
21. ***Вне школы работает только тогда, когда его контролируют или заставляют.***

***А. Не застенчив, по проявляет безразличие при ответе на во­просы учителя.***

1. ***Не застенчив, но никогда не просит о помощи.***
2. ***Никогда добровольно не берется ни за какую работу.***
3. ***Не заинтересован в одобрении или в неодобрении взрослых.***
4. ***Сводит к минимуму контакты с учителем, но нормально об­щается с другими людьми.***
5. ***Избегает учителя, но разговаривает с другими людьми.***
6. ***Списывает домашние задания.***
7. ***берет чужие книги без разрешения.***
8. ***Эгоистичен, любит интриги, портит другим детям игры.***

**18. *В играх с другими детьми проявляет хитрость и непорядоч­ность.***

1. ***Нечестный игрок* *(играет только для личной выгоды, обма­нывает в играх).***
2. ***Не может смотреть прямо в глаза другому.***
3. ***Скрытен и недоверчив.***
4. ВД враждебность к детям (от ревнивого соперничества до открытой враждебности).
5. ***Мешает другим детям в играх, подсмеивается над ними, любит их пугать.***
6. ***Временами очень недоброжелателен по отношению к тем детям, которые не принадлежат к тесному кругу его общения.***
7. ***Надоедает другим детям, пристает к ним.***

***А. Ссорится, обижает других детей.***

1. ***Пытается своими замечаниями создать определенные труд­ности у других детей.***
2. ***Прячет или уничтожает предметы, принадлежащие другим детям.***
3. ***Находится по преимуществу в плохих отношениях с другими детьми.***
4. ***Пристает к более слабым детям.***
5. ***Другие дети его не любят или даже не терпят.***
6. ***Дерется неподобающим образом* (*кусается, царапается и пр.).***
7. Н — неугомонность (гиперактивность). Неугомонность, нетерпеливость, неспособность к работе, требующей усидчивости, концентрации внимания и размышления. Склонность к кратковре­менным и легким усилиям. Избегание долговременных усилий.
8. ***Очень неряшлив.***
9. ***Отказывается от контактов с другими детьми таким образом, что это для них очень неприятно.***
10. ***Легко примиряется с неудачами в ручном труде.***

***А. В играх совершенно не владеет собой.***

1. ***Непунктуален, нестарателен. Часто забывает или теряет карандаши, книги, другие предметы.***
2. ***Неровный, безответственный по отношению к ручному труду.***
3. ***Нестарателен в школьных занятиях.***
4. ***Слишком беспокоен, чтобы работать в одиночку.***
5. ***В классе не может быть внимателен или длительно на чем- либо сосредоточиться.***
6. ***Ни на чем не может остановиться, хотя бы на относительно длительный срок.***
7. ***Слишком беспокоен, чтобы запомнить замечания или ука­зания взрослых.***
8. ЭН — эмоциональное напряжение. Симптомы 1-5 сви­детельствуют об эмоциональной незрелости; 6-7 — о серьезных страхах; 8-10 — о прогулах и непунктуальности.
9. ***Играет в игрушки, не соответствующие его возрасту.***
10. ***Любит игры, но быстро теряет интерес к ним.***
11. ***Проявляет инфантильность в речи.***

***А. Слишком незрел, чтобы прислушиваться и следовать указа­ниям.***

1. ***Играет исключительно (преимущественно*) с *теми, кто младше его.***
2. ***Слишком тревожен, чтобы решиться на что-либо.***
3. ***Другие дети пристают к нему (он является* *«козлом отпу­щения»),***
4. ***Его часто подозревают в том, что он прогуливает уроки, хотя на самом деле он пытался это сделать раз или два.***
5. ***Часто опаздывает.***
6. ***Уходит с отдельных уроков.***
7. ***Неорганизован, разболтан, несобран.***
8. ***Ведет себя в группе (классе) как посторонний, отверженный.***
9. НС — невротические симптомы. Острота их может зависеть от возраста ребенка; они также могут быть последствиями суще­ствовавшей) прежде нарушения.
10. ***Заикается, запинается («трудно вытянуть из него слово»).***
11. ***Говорит беспорядочно.***
12. ***Часто моргает.***

***А. Бесцельно двигает руками. Разнообразные тики.***

1. ***Грызет ногти.***
2. ***Ходит, подпрыгивая.***
3. ***Сосет палец (старше 10 лет).***
4. **С — неблагоприятные условия среды.**
5. ***Часто отсутствует в школе.***
6. ***Не бывает в школе по нескольку дней.***
7. ***Родители сознательно лгут, оправдывая отсутствие ребенка в школе.***

***А. Вынужден оставаться дома, чтобы помогать родителям.***

1. ***Неряшлив, грязнуля.***
2. ***Выглядит так, как будто очень плохо питается.***
3. ***Значительно некрасивее других детей.***
4. **СР — сексуальное развитие.**
5. ***Очень раннее развитие, чувствительность к противополож­ному полу.***
6. ***Задержки полового развития.***
7. ***Проявляет извращенные наклонности.***
8. **УО — умственная отсталость.**
9. ***Сильно отстает в учебе.***
10. ***Туп для своего возраста.***
11. ***Совершенно не умеет читать.***

***А. Пробелы в знании основ элементарной математики.***

1. ***Совсем не понимает математику.***
2. ***Другие дети относятся к нему, как к дурачку.***
3. ***Попросту глуп.***
4. Б **— болезни** и **органические** нарушения.
5. ***Неправильное дыхание.***
6. ***Частые простуды.***
7. ***Частые кровотечения из носа.***

***А. Дышит через рот.***

1. ***Склонность к ушным заболеваниям.***
2. ***Склонность к кожным заболеваниям.***
3. ***Жалуется на частые боли в желудке и тошноту.***
4. ***Частые головные боли.***
5. ***Склонность чрезмерно бледнеть или краснеть.***
6. ***Болезненные, покрасневшие веки.***
7. ***Очень холодные руки.***
8. ***Косоглазие.***
9. ***Плохая координация движений.***
10. ***Неестественные позы тела.***
11. Ф **— физические дефекты.**
12. ***Плохое зрение***
13. ***Слабый слух.***
14. ***Слишком маленький рост.***

***А. Чрезмерная полнота.***

**5. *Другие ненормальные особенности телосложения.***

Синдромы

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IV  ТВ | V  ВВ | VI  **тд** | VII  Л | VIII  **вд** | IX  Н | **X**  ЭН | XI  НС | XII  С |
| **1** | **1** | **2** |  | **1** | **1** | **1** | **2** | **1** |
| **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **2** | **1** | **1** | **1** |
| **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** |
| **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** |
| **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** | **2** | **1** |
| **1** | **1** | **1** | **2** | **2** | **1** | **2** | **2** | **1** |
| **1** | **1** | **1** | **1** | **2** | **1** | **2** | **2** | **1** |
| **2** | **1** | **1** | **1** | **2** | **1** | **2** |  |  |
| **1** | **1** | **1** | **1** | **2** | **1** | **1** |  |  |
| **2** | **1** | **1** | **1** | **2** | **1** | **1** |  |  |
| **1** | **2** | **2** | **2** |  | **1** | **2** |  |  |
| **2** | **2** | **2** | **2** |  |  | **2** |  |  |
| **1** | **2** | **2** | **2** |  |  |  |  |  |
| **2** | **2** | **2** | **2** |  |  |  |  |  |
| **1** | **2** | **2** | **2** |  |  |  |  |  |
| **2** | **2** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **2** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **2** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **2** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **2** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **2** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **2** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **2** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **2** |  |  |  |  |  |  |  |

Образцы поведения обладают неодинаковой информативностью. Поэтому при переводе первичных эмпирических показателей в сырые оценки за одни образцы поведения начисляется 1 балл, за другие — 2 балла. Для этого пользуются специальной таблицей (табл. 3.1).

Суммируются все баллы но каждому из симптом оком плсксов, а затем каждая из возможных сырых сумм оценок делится на мак­симально возможную сумму и умножается на 100%.

Интервалы 20-/10, /11-60, 61-80% и выше соответствуют за­метной выраженности, сильной выраженности, очень сильной вы­раженности качества.

Анализ структур заполненных карт наблюдений показал, что типичной является структура, при которой выделяется до­минирующий синдром, иногда группа синдромов. Выделены следующие частоты распределения доминирующих синдромов: V. «Враждебность по отношению к взрослому» — 34,4%; VII. «Недостаток социальной нормативности» — 22,2%; III. «Уход в себя» — 12,5%; II. «Депрессия» — 11,1%; VIII. «Конфликтность в отношениях со сверстниками» 11,1%; I. «Недостаток доверия к новым людям, вещам, ситуациям» — 8,3% | Рабочая..., 19911.

Самооценка методом Дембо — Рубинштейн

[Прихожан, 1988; Ратанова, Шляхта, 2003; Рубинштейн, 1998;

**Яньшин, 2004]**

Идея методики заимствована у американского психолога Та­мары Дембо (Т. Dembo, 1902-1993), которая первоначально исполь­зовала ее для выявления представлений человека о своем счастье. В настоящее время методика используется для характеристики са­мооценки и сознания болезни у взрослых и детей, что также можно рассматривать как определенные стороны «Я-концепции».

Предложенный экспериментальный прием состоит из сочетания беседея и графического задания больному, которое заключается в необходимости отмстить на проведенной вертикальной линии, символизирующей распределение людей по какому-то качеству (здоровью, уму, характеру и счастью), то место, которое занимает сам обследуемый, исходя из того, что самые счастливые — вверху линии, а несчастные — внизу и т.д. Указанные качества задаются достаточно неопределенно, что позволяет рассматривать данную методику, как несущую в себе проекционный компонент.

Экспериментально выявилось, что психически здоровые взрослые и подростки обнаруживают тенденцию к проставлению меток чуть выше середины, а при различных психических заболс-

накиях отметки самооценки обнаруживают тенденцию к крайним местам линии: «самый больной из всех» либо «самый здоровый, самый умный», но «самый несчастный» из всех и т.д.

После того как метки расставлены, начинается их обсуждение, которое обеспечивает качественную информацию, становящуюся ключом к пониманию самооценки субъекта. Содержание вопросов определяется характером и соотношением сделанных меток (кого можно отнести к самым больным, в чем больной видит недостатки собственного характера, в чем заключается счастье и т.п). По су­ществу, материал методики становится основанием для пато­психологической беседы или опроса.

В модификации II.В. Яншина предметом анализа является нс са­мооценка, а процесс ее формирования но время исследования по «классическим» здоровью, уму, характеру и счастью, а также привнесенным автором удовлетворенности собой и оптимизму всего шести шкалам.

Кроме того, на каждой вертикальной линии (шкале) должны по­явиться не одна, а три метки:

* первая соответствует реальной оценке себя в данный момент

(проставляется черточка);

* вторая — мечте или идеалу (проставляется кружок);
* третья — чего можно добиться, реально оценивая свои возмож­ности (проставляется галочка).

На самих вертикальных линиях предусматриваются не только полюса, но специальная черточка обозначает и среднее развитие качества. Это, по мнению II.В. Яншина, позволяет в дальнейшей беседе, которая является столь же органической составляющей диагностической процедуры, как и у С.Я. Рубинштейн, уточнить структуру шкалы и склонность испытуемого рассматривать идеал как «золотую середину».

В качестве основных показателей, выводимых в результате об­счета формальной части методики, предлагаются следующие:

1. высота самооценки (фон настроения);
2. устойчивость самооценки (наличие или отсутствие се за­метных колебаний от шкалы к шкале);
3. степень реалистичности (адекватности) самооценки — распо­ложение метки актуальной самооценки в верхнем интервале.

Нолсс дифференцированное (по трем параметрам) оценивание позволяет получить и целый ряд новых показателей:

1. степень критичности (требовательности к себе) — располо­жение метки актуальной самооценки ниже средней отметки;
2. зрелость — незрелость отношения к ценностям при незре­лости показатель идеальной самооценки совпадает с верхним по­люсом шкал в трех и более случаях;
3. степень удовлетворенности собой — расстояние между отмет­ками актуальной и идеальной самооценки по шкалам (косвенный индикатор) чем это расстояние меньше, тем больше удовлетво­ренность собой, а также высота актуальной самооценки на шкале «удовлетворенность собой» (прямой индикатор);

А) уровень оптимизма — соотношение интервала возможного (расстояние от актуальной самооценки до объективной оценки соб­ственных возможностей) и интервала невозможного (расстояние от оценки собственных возможностей до идеальной самооценки); чем больше интервал возможного и меньше невозможного, тем выше уровень оптимизма (косвенный индикатор), а также высота актуальной самооценки на шкале «оптимизм» (прямой индикатор);

1. интегрированность осознанного и неосознаваемого уровней самооценки либо отсутствие интегрированности — показатели оп­тимизма и удовлетворенности собой по прямым и косвенным инди­каторам не совпадают, интегрированность показатели оптимизма и удовлетворенности собой по прямым и косвенным индикаторам совпадают;
2. наличие и характер компенсаторных механизмов, участ­вующих в формировании «Я-конценции», что определяется по це­лому ряду предлагаемых автором правил.

В процессе беседы в зависимости от особенностей самооценки испытуемого предусматривается включение новых шкал, уточ­няющих позицию человека (например, шкала «здоровье» может быть разбита на шкалы «психическое здоровье» и «физическое здоровье», что дополнительно позволяет обнаружить противоречи­вость в ответах).

Интерпретация получаемых результатов автором песет на себе отпечаток тенденции усматривать в особенностях самооценки ра­боту защитных механизмов «Я-конценции», что представляет не­сомненную ценность для характеристики специфики ВКБ испыту- смого-нациента.

В модификации Л.М. Прихожан, предназначенной преимуще­ственно для работы с детьми и подростками, на бланке методики предлагается не четыре, а семь 100-миллиметровых вертикальных линий, символизирующих здоровье, ум и способности, характер, авторитет у сверстников, умение много делать своими руками, внешность, уверенность в себе. На каждой вертикальной линии необходимо сделать не одну, а две метки. Первая должна характс-

ризонать развитие качества в данный момент, а вторая уровень притязаний: такую степень развития качества, при которой испы­туемый почувствовал бы гордость за себя. Первая шкала — здо­ровье — является тренировочной, т.с. результаты по ней в версии Л.М. Прихожан нс учитываются.

Основным в данном варианте методики становится нс каче­ственный, а количественный анализ, который включает подсчет баллов (количество миллиметров от нижней точки шкалы) для са мооценки, уровня притязаний, а также разницы между ними.

По мнению автора, норму притязаний составляют величины в диапазоне 6(1 89 баллон, а оптимальный их уровень для лич­ностного развития - 75 89 баллов. Результат от 90 до 100 баллов обычно удостоверяет нереалистическое, некритическое отношение детей к собственным возможностям. Менее 60 баллов свидетель­ствует о заниженном уровне притязаний это индикатор неблаго­приятного развития личности.

По уровню самооценки балл от 45 до 7-1 («средняя» и «вы­сокая» самооценка) удостоверяет реалистическую (адекватную) самооценку. От 75 до 100 и выше свидетельствует о завышенной самооценке и указывает на определенные отклонения в форми­ровании личности. Завышенная самооценка может подтверждать личностную незрелость, неумение правильно оценивать резуль­таты своей деятельности, сравнивать себя с другими; такая само­оценка указывает на существенные искажения в формировании личности — «закрытое для опыта», нечувствительность к своим ошибкам, неудачам, замечаниям и оценкам окружающих. Налл ниже -15 свидетельствует о заниженной самооценке (недооценке себя) и крайнем неблагополучии в развитии личности. За низкой самооценкой могут скрываться два совершенно разных психоло­гических явления: подлинная неуверенность в себе и «защитная», когда декларирование (самому себе) собственного неумения, отсут­ствия способности и тому подобного позволяет не прилагать ни­каких усилий.

Версия Л.М. Прихожан не предназначена для расширения пред­ставлений о ВКЬ и приводится здесь лишь для сопоставления и воз­можности ссылки при описании других разделов патопсихологии.

Тест дифференциальной самооценки функционального  
состояния (САН)

**[Доскин, Лаврентьев, Мирошников, Шарай, 1973; Большая..., 2007]**

'Гест СЛН, названный по первым буквам слов «самочувствие», «активность», «настроение», предназначен для определения теку-

щсго функционального состояния человека и его изменений в те­чение определенных интервалов времени (например, различных периодов социальной или медицинской реабилитации). СЛН пред­ставляет собой бланк с 30 парами слов противоположного значения, между которыми расположены цифры 3-2-1-0-1-2-3. Они явля­ются семью градациями континуальной шкалы, по которой испы­туемый должен себя оценить. Цифра 0 соответствует нейтральной оценке, а цифры 1, 2, 3 указывают на возрастающую представлен­ность соответствующего состояния вплоть до весьма выраженного на момент обследования (нужную цифру с той или иной стороны от нуля или сам нуль испытуемый должен зачеркнуть или обвести кружком). Последовательно рассматривается и оценивается каждая строка данного перечня качеств.

При обработке результатов все оценки перекодируются в ряд от 1 до 7, причем балл «3» шкалы 3210123, соответствующий плохому самочувствию, низкой активности и плохому настро­ению, приобретает значение 1, балл «0» оценивается цифрой 4, балл «3», отражающий хорошее самочувствие, высокую активность и хорошее настроение, приобретает значение 7 (полюса шкалы по­стоянно меняются).

Пример пересчета:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 7 6 5 4 3 2 1 |  |
| Чувствую себя сильным | 3 2 10 12 3 | Чувствую себя слабым |
|  | 1 2 3 4 5 6 7 |  |
| Пассивный | .3 2 1 0 1 2 .3 | Активный |

Итогом анализа результатов исследования является сумма зна­чения баллов но отдельным шкалам: «самочувствие», «активность», «настроение».

Производится расчет суммы баллов согласно ключу к тесту.

Самочувствие — сумма баллов за вопросы: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активность — сумма баллов за вопросы: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настроение — сумма баллов за вопросы: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Бланк теста дифференциальной самооценки функционального  
состояния (САН)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Самочувствие хорошее | .3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | .3 | Самочувствие плохое |
| 2 | Чувствую себя сильным | .3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | .3 | Чувствую себя слабым |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 | Пассивный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Активный |
| 4 | Малоподвижный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Подвижный |
| 5 | Веселый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Грустный |
| в | Хорошее настроение | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Плохое настроение |
| 1 | Работос I юсобн ы й | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Разбитый |
| 8 | Полный сил | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Обессиленный |
| 9 | Медлительный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Быстрый |
| 10 | Бездеятельный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Деятельный |
| 11 | Счастливый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 11есчастный |
| 12 | Жизнерадостный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Мрачный |
| 13 | 1Гшряженный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Расслабленный |
| 14 | Здоровый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Больной |
| 15 | Безучастный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Увлеченный |
| 16 | Равнодушный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Взволнованный |
| 17 | Восторженный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Унылый |
| 18 | Радостный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Печальный |
| 19 | Отдохнувший | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Усталый |
| 20 | Свежий | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Изнуренный |
| 21 | Сопливый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Возбужденный |
| 22 | Желание отдохнуть | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Желание работать |
| 23 | Спокойный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Озабоченный |
| 24 | Оптимистичный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Пессимистичный |
| 25 | Выносливый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Утомляемый |
| 2fi | Бодрый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Вялый |
| 27 | Соображать трудно | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Соображать лег ко |
| 28 | Рассеянный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Внимательный |
| 29 | Полный надежд | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Разочарованный |
| 30 | Довольный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 11едовольный |

Итоговая таблица

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Результаты |
| Самочувствие |  |
| Активность |  |
| 11астроеиие |  |

Полученная но каждой шкале сумма находится в пределах 10-70 и позволяет выявить функциональное состояние индивида в данный момент времени. В некоторых случаях полученная сумма но каждому показателю делится на 10 — соответствующее число вопросов и рассматривается средний балл по каждой шкале. Средние оценки для выборки из .‘{00 студентов Москвы (год публи­кации данных — 197Г?) равны: самочувствие — 5,4; активность — 5,0; настроение 5,1.

При анализе функционального состояния важны не только зна­чения отдельных его показателей, но и их соотношение. У отдох­нувшего человека оценки активности, настроения и самочувствия обычно примерно равны. По мере нарастания усталости соотно­шение между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствия по сравнению с активностью и настроением.

Несмотря на широкое использование данной методики, корректность получаемых но ней данных вызывает нарекания. В частности, Л.Ь. Леонова [ 19841 при проверке адекватности вхож­дения пар слов в соответствующие шкалы с помощью факторного анализа обнаружила выделение не трех, а четырех факторов («са­мочувствие», «уровень напряженности», «эмоциональный фон» и «мотивация»), причем лишь первый из них с достаточной на­дежностью соответствовал одноименной шкале оригинальной ме­тодики.

|  |  |
| --- | --- |
| **Фактор 1 — самочувствие** | **Фактор 3 — эмоциональный фон** |
| Самочувствие хорошее **—** плохое  **(О**  Чувствую себя сильным — слабым (2)  Работоспособный — разбитый **(7)** Полный сил — обессиленный (8) Отдохнувший — усталый (19) Свежий — изнуренный (20) Выносливый — утомляемый (26) Бодрый — вялый (2fi) | Напряженный расслабленный  **(13)**  Безучастный — увлеченный (15) Равнодушный **—** взволнованный (16)  Сонливый **—** возбужденный (21) Рассеянный — внимательный (28) |
| Фактор 2 **— уровень напряженности** | Фактор 4 **—** мотивация |
| Пассивный **—** активный (3) Малоподвижный **—** подвижный  **(4)**  Медлительный **—** быстрый (9) Бездеятельный — деятельный (10) | Настроение хорошее — плохое (6) Желание отдохнуть — работать (22) Полный надежд — разочарованный (29)  Довольный — недовольный (30) |

Использование САН представляется целесообразным для по­лучения дополнительного материала к общему представлению о внутренней картине болезни, но с учетом обнаруженных недо­статков методики. Весьма вероятно, что применение новой струк­туры шкал, предложенной Л. В. Леоновой, позволит получать более точную характеристику самооценки, однако разработка новых нор­мативных критериев требует дополнительных экспериментальных исследований.

Семантический (личностный) дифференциал

[Адрианов, Адрианов, Волкова, Десфонтейнес и др., 1992;

Основы..., 1996; Вассерман, Щелкова, 2004]

Общий принцип семантического подхода к характеристике лич­ности и сама методика были разработаны группой американских психологов иод руководством Чарльза Осгуда (Charles Kgerton Osgood, 1916-1991) в 1952 г. |Osgood, 19521 и изначально предназ­начались для маркетинговых исследований (независимо от Осгуда сходная методика в 1955 г. была разработана в рамках психотера­певтической практики другим американским психологом Джор­джем А. Келли и его последователями). В настоящее время семан­тический дифференциал широко используется для оценки неко­торых свойств личности, самосознания и самоотношсния. В работе с детьми методика может применяться как для изучения уровня сформированное^ и цельности представлений ребенка о мире (когнитивная диагностика), так и в качестве проективной — для ис­следования личностных установок и эмоциональных отношений ребенка к определенному кругу объектов.

По мнению Ч. Осгуда, любой объект (предмет, изображение, музыкальный фрагмент, текстовый фрагмент и т.д.) вызывает у испытуемого определенную реакцию, которая характеризуется двумя показателями: качеством и интенсивностью. Качество ре­акции может быть определено соответствующей шкалой с двумя полюсами, за которые принимаются антонимичные прилага­тельные, а интенсивность реакции исследуется исходя из по­ложения или позиции метки испытуемого на шкале. Использу­ются различные формы семантического дифференциала, которые могут различаться размерностью шкалы (количеством делений на шкале — обычно 5-7 баллами), привлеченными прилагатель­ными, способами разметки шкалы или вообще заменой прилага­тельных на графические абстрактные или содержательные изо­бражения, сказочные персонажи (для детей) и т.н. [см., например: Петренко, 20051.

По существу, речь идет о построении семантического про­странства, упорядочивание которого производится с помощью ста­тистических процедур (факторного анализа, многомерного шкали­рования, кластерного анализа), позволяющих сгруппировать ряд отдельных признаков описания в более емкие категории-факторы (слабо структурированные и мало осознаваемые формы обоб­щения). При этом существенная роль в оценке признака принад­лежит се эмоциональной составляющей.

К числу модификаций классического семантического дифферен­циала Ч. Осгуда относятся «личностные семантические дифферен­циалы» (ЛД), составленные из прилагательных для обозначения черт личности и ориентированные на оценку самого себя или дру­гого человека. Н отечественной психодиагностике наибольшую известность приобрел вариант семантического дифференциала, адаптированный в Психоневрологическом институте им. Н.М. Нсх- тсрева [Бажин, Эткинд, 1985].

Так же, как и семантический дифференциал Ч. Осгуда, данная методика (ЛД) содержит в основе три универсальных фактора: оценка (О), сила (С) и активность (Л), получаемых из 21 шкалы.

Испытуемому предлагается следующий бланк (без столбцов 1, 2 и 13, которые являются ключами методики) со следующей ин­струкцией:

*Оцените себя* *(или другого человека, в зависимости от кон­кретной задачи*) *по приведенному ниже списку качеств, зачеркивая (обводя кружком) одну цифру в каждой строке в соответствии с тем, насколько выражено у вас то или иное качество: 3 — ярко вы­ражено, 2 - выражено, 1* — *слабо выражено, 0* — *не выражено ни это качество, ни противоположное ему, с другой стороны строки.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| О | + | 1 | Обаятельный | 3 | **2** | 1 | 0 | 1 | **2** | 3 | 1 ^привлекательный | - |
| **с** | - | **2** | Слабый | 3 | **2** | 1 | 0 | 1 | **2** | 3 | Сильный | + |
| А | + | **з** | Разговорчивый | 3 | **2** | 1 | 0 | 1 | **2** | 3 | Молчаливый |  |
| О |  | 4 | Безответствег шый | 3 | **2** | 1 | 0 | 1 | **2** | 3 | Добросовестный | + |
| **с** | + | 5 | Упрямый | 3 | **2** | 1 | 0 | 1 | **2** | 3 | Уступчивый | - |
| А | - | 6 | .Замкнутый | 3 | **2** | 1 | 0 | 1 | **2** | 3 | Открытый | + |
| О | + | 7 | Добрый | 3 | **2** | 1 | 0 | 1 | **2** | 3 | Эгоистичный | - |
| С | - | 8 | Зависимый | 3 | **2** | 1 | 0 | 1 | **2** | 3 | Независимый | + |
| А | + | Я | Деятельный | 3 | **2** | 1 | 0 | 1 | **2** | 3 | Пассивный | - |
| О | - | 10 | Черствый | 3 | **2** | 1 | 0 | 1 | **2** | 3 | Отзывчивый | + |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| С | + | 11 | Решительный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 11ерешителм1ый | - |
| А | — | 12 | Вялый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Энергичный | 4- |
| О | + | 13 | Справедливый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 11еснранедлинмй | - |
| С | — | 14 | Расслабленный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Напряженный | + |
| А | + | 15 | Суетливый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Спокойный |  |
| О | — | 16 | Враждебный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Дружелюбный | + |
| С | + | 17 | Уверенный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 11 суверенный |  |
| А | - | 18 | Нелюдимый | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Общительный | + |
| О | + | 19 | Честный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 11еискренний |  |
| С | — | 20 | 1 !есамостоя- тельный | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Самостоятельный | + |
| А | + | 21 | Раз драж ител ы i ы й | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 11евозмутимый | - |

Нели соединить единой ломаной линией нее пометки, то возни- каст субъективный профиль, который и подвергается анализу.

Интерпретация результатов ЛД

Фактор О — уровень самоуважения. Высокие оценки говорят о том, что испытуемый принимает себя как личность, склонен осознавать себя носителем позитивных социально желательных ха­рактеристик, в определенном смысле удовлетворен собой. Низкие оценки указывают па критическое отношение человека к самому себе, его неудовлетворенность собственным поведением, низкий уровень принятия самого себя. Особо низкая самооценка свиде­тельствует о возможных невротических или иных проблемах, свя­занных с ощущением малой ценности своей личности.

При использовании ЛД для измерения взаимных оценок фактор О выступает как свидетельство уровня привлекательности, сим­патии, которую испытывает один человек в отношении другого.

При этом положительные значения фактора соответствуют предпочтению, оказываемому субъекту оценки, отрицательные зна­чения — его отвержению.

Фактор С — фактор силы. Нго оценка свидетельствует о раз­витии волевых сторон личности, как они осознаются самим испы­туемым. Высокие оценки говорят об уверенности в себе, независи­мости, склонности рассчитывать на свои силы в трудных ситуациях. Низкие оценки о недостаточном самоконтроле, неспособности держаться принятой линии поведения, зависимости от внешних

обстоятельств и оценок. Особо низкие оценки указывают на астс- низацию и тревожность.

Во взаимных оценках фактор С выявляет отношения доминиро­вания подчинения, как они воспринимаются субъектом оценки.

Фактор А - фактор активноети. В самооценках интерпрети­руется как свойство экстравсртировапности личности. Положи­тельные значения указывают на высокую активность, общитель­ность, импульсивность. Отрицательные значения на интроверти- ронанность, определенную пассивность, спокойные эмоциональные реакции.

Во взаимных оценках отражается восприятие людьми лич­ностных особенностей друг друга.

Q-сортировка

**[Адрианов, Адрианов, Волкова, Десфонтейнес и др., 1992;**

**Методика..., 2001; Пугачев, 2003]**

Данная методика, предназначенная для изучения представ­лений о себе, разработана английским психологом У. Стефенсоном (William Stephenson, 1902 1989) в 1958 г. |Slcphenson, 1953|.

Испытуемому предлагается набор из 60 карточек, содержащих утверждения или названия свойств личности. Их необходимо рас­пределить по группам от «наиболее характерных» до «менее харак­терных» для него. Вместо карточек может быть предложен просто текст теста-опросника «Q-сортировка». В бланке для ответов пре­дусмотрено три варианта ответов: «/(а», «Нет» и «Сомневаюсь» (для исключительных случаев).

Методика может быть использована для определения «реального Я», а также повторно для определения «идеального Я» (каким бы я хотел быть) или «социального (зеркального) Я» (каким меня видят другие). Одним из технических приемов, позволяющих объ­ективировать сравнения подобных представлений, является коррс ляционный анализ.

Примеры утверждений:

1. *Я критичен к товарищам.*
2. У *меня возникает тревога, когда в группе начинается конфликт.*

60. *Я склонен выражать недовольство лидером.*

Методика позволяет определить шесть основных тенденций по­ведения человека в реальной группе:

*зависимость* — *независимость*;

*общительность — необщительность*;

*принятие борьбы — избегание борьбы.*

Так, тенденция к зависимости проявляется во внутреннем стремлении индивида к принятию групповых стандартов и цен­ностей (социальных и морально-этических).

Тенденция к общительности свидетельствует о контактности, стремлении к эмоциональным проявлениям в общении как в группе, так и за ее пределами.

Тенденция к борьбе — это активное стремление личности участвовать в групповой жизни, добиваться более высокого ста­туса в системе межличностных взаимоотношений. В противопо­ложность данной тенденции избегание борьбы показывает стрем­ление уйти от взаимодействия, сохранить нейтралитет в групповых спорах и конфликтах, склонность к компромиссным решениям.

Каждая из этих тенденций имеет внутреннюю и внешнюю ха­рактеристики, т.е. может быть внутренне присущей индивиду или внешней, своеобразной маской, скрывающей истинное лицо человека.

Ответы испытуемого, согласно ключу, распределяются по ука­занным тенденциям.

1. Зависимость — 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51, 5-1.
2. Независимость — 6, 12, 18, 24, 30, 3fi, 42, 48, 57, 60.
3. Общительность — 5, 7, 13, 19, 25, 31,37, 43, 49, 52.
4. Необщительность — 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46, 55, 58.
5. Принятие борьбы — 1,11, 17, 23, 29, 35, 41, 47, 56, 59.
6. Избегание борьбы — 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50, 53.

Подсчитывается частота проявления каждой из тенденций,

при этом количество ответов «да» но одной из тенденций сумми­руется с количеством «нет» но полярной тенденции в сопряженной парс (отрицание одного качества выступает признанием полярного качества). Например, количество положительных ответов по шкале «зависимость» складывается с количеством отрицательных ответов по шкале «независимость». Ксли полученное число приближается к 20, то можно говорить об истинном преобладании той или иной устойчивой тенденции, присущей индивиду и проявляющейся не только в определенной группе, но и за ее пределами.

В случае если количество ответов «да» по одной тенденции ока­зывается равным количеству положительных ответов по противо­положной тенденции (например, зависимость независимость), то такое положение может говорить о наличии внутреннего кон­фликта личности, которая находится во власти одинаково выра­женных противоположных тенденций.

Три-четыре ответа «сомневаюсь» по отдельным тенденциям рас­цениваются как признак нерешительности, уклончивости, застсн- чиности либо Moiyr спидстсл ьствовать об избирательности в пове­дении, о тактической гибкости индивида.

Методика может использоваться для контроля эффективности психотерапии, а также для описания группы с психиатрическими синдромами [Лнастази, Урбина, 2005].

В принципе, утверждения для других вариантов Q-сортиронки могут составляться различным образом. Например, формулиро­ваться соответственно конкретной теории личности или отбираться из группы утверждений, взятых из терапевтических протоколов, са­моописаний, личностных опросников и т.д.

Однозначная трактовка результатов этой методики должна быть весьма осторожной и учитывать данные, полученные из других источников. В своей монографии, посвященной теориям лич­ности, К.С. Холл и Г. Линдсей 119971 приводят примеры исполь­зования Q-сортировки для сравнительного исследования здоровых и больных (психоневротики и параноидные шизофреники), сопо­ставляя их «реальные» и «идеальные» данные. Выяснилось, что медианная корреляция для 16 здоровых субъектов составила 0,63; для стольких же невротиков и психотипов соответственно 0,03 и 033. Иными слонами, пациснты-психотики продемонстрировали существенно более высокое самоуважение, чем невротики, и ненам­ного меньшее, чем здоровые субъекты. Автор этого исследования Friedman (1955) делает вывод, что «использование высокой корре­ляции между представлениями о себе и представлениями об иде­альном себе в качестве единственного критерия адаптированности приведет к тому, что многие неадаптированные люди, в частности, параноидные шизофреники, будут отнесены к категории адаптиро­ванных» |цит. по: Холл, Линдсей, 1997].

Методика для психологической диагностики типов отношения  
к болезни (ТОБОЛ)

**[Вассерман, Вукс, Иовлев, Карпова, 1987]**

Методика разработана на основе клинико-психологической ти­пологии реакций личности на болезнь, предложенной А.К. Личко и Н.Я. Ивановым [ 19801, а также широко известной методики ЛОНИ (личностный опросник Нехтеревского института), со­зданной для оценки степени выраженности соответствующих типов реаг ирования, в свою очередь теоретически опирающейся на концепцию отношений В.Н. Мясищева.

Методика ТО НОЛ предназначена для определения личностных психотерапевтических «мишеней», основываясь на которых возможно проводить дальнейшую коррекцию неадекватных реакций личности на болезнь и состояний дизадаптации в связи с хроническими сома­тическими заболеваниями, а также у больных с психосоматическими и пограничными нервно-психическими расстройствами.

Технически опросник включает большое число утверждений, сгруппированных в 12 тем: 1) самочувствие; 2) настроение; 3) сон и пробуждение ото сна; -1) аппетит и отношение к еде; 5) отно­шение к болезни; 6) отношение к лечению; 7) отношение к врачам и медперсоналу; 8) отношение к родным и близким; 9) отношение к работе (учебе); 10) отношение к окружающим; 11) отношение к одиночеству; 12) отношение к будущему. В пределах каждой темы испытуемый должен выбрать два наиболее подходящих для него утверждения. Каждое из утверждений является своеобразным но­сителем диагностических коэффициентов, отражающих ту или иную предрасположенность к определенному типу реагирования на болезнь.

Примеры утверждений из разных тем:

*С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие.*

*Как правило, настроение у меня хорошее.*

*Проснувшись, я сразу заставляю себя встать.*

*болезнь делает мое. будущее печальным и унылым.*

*Пи одно из определений не подходит.*

После суммирования этих диагностических коэффициентов по темам выстраивается графический профиль 12 шкальных оценок, соответствующих 12 тинам отношений к болезни (гармо­нический, эргопатический и т.д.).

Помимо выделения ведущего типа реагирования на болезнь, «профиль» шкальных оценок позволяет отнести испытуемого к од­ному их трех вариантов приспособления к сложившейся ситуации:

1. без выраженной социальной дизадаптации;
2. с личностной дизадаптацией в связи с болезнью (интрапси- хичсская направленность);
3. с личностной дизадаптацией в связи с болезнью (интсрпси- хичсская направленность).

Проблему изучения внутренней картины болезни, отношения больного к своему заболеванию и социально-психологической си­туации, сложившейся в связи с ним, следует рассматривать как составную часть более общей проблемы изучения качества жизни больных. Особое значение это имеет для больных с хроническим характером течения заболевания [Вассерман, Щелкова, 200^S|.

Опросник для изучения отношения к болезни и лечению

**[Клиническая..., 2002]**

/[энный опросник позволяет достаточно дифференцированно отразить важнейшую составляющую ВКК — субъективное отно­шение к болезни и мотивационные механизмы, формирующиеся с се учетом.

*Инструкция*

*Ниже приводятся 22 утверждения о причинах, побудивших Вас начать лечение, а также о возможных ожиданиях, связанных с лече­нием. Оцените, пожалуйста, по б-балльной шкале, насколько каждое из утверждений совпадает с Вашими представлениями, насколько оно справедливо для Вас:*

1. *— совершенно не подходит-,*
2. *— не подходит:*
3. *— скорее не подходит*;
4. — *скорее подходит:*
5. *— подходит:*
6. *- полностью подходит.*

Примеры вопросов:

1. *Я считаю, что условием уменьшения или устранения невротиче­ских симптомов является глубокое познание себя.*
2. *Тревога, которую я часто испытываю, настолько сильна, что только врачи и лечебное учреждение в состоянии обеспечить мне чувство безопасности.*
3. *Я хочу познакомиться с современными методами лечения неврозов в известном медицинском учреждении.*

22. *Я шдеюсь, что специалисты могут сделать так, чтобы мои кон­такты с окружением стали бы для меня более легкими и начали прино­сить мне удовлетворение.*

На основании данного опросника можно выделить характерные для пациента виды установок к лечению или мотивацию к лечению.

Мотивация к лечению (виды установок и номера соответ­ствующих вопросов):

1. Установка на достижение инсайта: 1, 13, 15.
2. Установка на изменение поведения: 5, 10, 20.
3. Установка на достижение симптоматического улучшения: 12, 16, 22.
4. Установка на получение «вторичного выигрыша» от болезни (включая пребывание в больнице): 2, 4, 14, 17, 18, 19.
5. Иная мотивация (включая пассивную позицию): 3, 6, 7, 8, 9,

11**,** 21**.**

**Оценка каждого высказывания может быть выражена в баллах от 1 до 6. Сопоставление полученных данных даст возможность определить доминирующий вид мотивации (установки) к лечению.**

Опросник качества жизни Всемирной организацией  
здравоохранения (ВОЗКЖ-ЮО)

**[Бурковский, Коцюбинский, Левченко, Ломаченков, 1998] Качество жизни** (КЖ), **по определению Всемирной органи­зации здравоохранения (ВОВ), является многомерной, сложной структурой, учитывающей «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами». Расшифровка этого общего положения включает вос­приятие индивидом своего физического и психологического со­стояния, уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также его отношение к значимым характеристикам окружающей среды и духовной сферы всего шесть сфер, содержание которых и было положено в основу шести разделов создаваемого опросника. Разрабатываемый в рамках меж­дународного научного сотрудничества опросник был адаптирован к российским условиям на базе Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.**

ВОЗКЖ-ЮО оценивает индивидуальное восприятие респон­дентом своей жизни в тех областях, которые связаны со здоровьем, но нс предполагает измерять объективное состояние здоровья, причем его содержание фокусируется на тех аспектах жизненного благополучия, изменения в которых являются результатом как за­болевания, так и медицинского вмешательства и социальной по­мощи.

**Опросник ВОЗКЖ-ЮО, состоящий из 100 вопросов, позволяет получить оценку КЖ пациента в целом, частные оценки по от­дельным сферам и субсфсрам. Таких сфер 24, и каждая из них определяется ответами на четыре вопроса, а еще четыре вопроса оценивают КЖ «глобально», в целом.**

**Примеры вопросов:**

***/беспокоитесь ли вы по поводу физических болей или дискомфорта* ?**

***Получаете ли вы какую-нибудь поддержку от других*, *когда вам это нужно*?**

***Насколько вы удовлетворены своей способностью принимать ре­шения*[?**

***Насколько вы удовлетворены климатом в месте своего проживания*?**

На каждый вопрос предусмотрено пять вариантов ответа, вы­строенных «по нарастающей» иди «убывающей».

Результатом исследования является получение «профиля ка­чества жизни» испытуемого, для чего определяются: а) шесть оценок для основных сфер; б) 24 оценки для субсфср; в) оценка восприятия качества жизни и здоровья (на основе четырех «гло­бальных» вопросов); г) итоговая суммарная оценка связанного со здоровьем качества жизни индивида (складывается из оценок шести основных субсфср).

Сами авторы [Ьурковский, Кабанов, Коцюбинский, Левченко, Ломаченков, 20011 при критическом анализе данной методики ука­зывали на следующие проблемы при работе с пей.

1. Низкая достоверность получаемых данных о КЖ пациентов с дефектами внимания, понимания, саморефлоксии и мотивации. Такие пациенты имеют пониженную способность соотносить свои эмоциональные состояния с предлагаемыми шкалами и вследствие этих причин дают большой процент случайных или стереотипных ответов либо вообще отказываются отвечать.
2. Низкая чувствительность субъективных показателей КЖ при их использовании больными со сниженной эмоциональной ре­активностью или апатией, так как их субъективная оценка своей жизни слабо зависит от объективного состояния их дел, что может проявиться в низкой вариативности и стереотипности ответов.
3. Плохая интерпретируемость субъективных показателей КЖ при изучении явных или потенциально криминогенных контин­гентов, чье субъективное благополучие связано с нанесением вреда другим людям (необходим учет специфической мотивации).
4. Искажение результатов измерений, связанное с нарушением мотивационной и оценочной функции, характерной для психических расстройств (расстроенным оказывается сам инструмент измерения).

Тем не менее ВО'ЖЖ-ЮО весьма полезный инструмент, расширяющий представление о предпосылках возникновения той или иной внутренней картины болезни, поскольку перечисленные проблемы достаточно универсальны для всех диагностических про­цедур, в основе которых лежат проявления субъективного мнения или отношения.

Краткий общий опросник оценки статуса здоровья

**(разработка Джона Э. Вэе (John Е. Ware) и Кати Дональд Шербурн)  
(Cathy Donald Sherbourne) [Ware, Sherbourne, 1992]**

Данный опросник призван измерять общее здоровье, т.е. те со­ставляющие здоровья, которые не являются специфичными для возрастных групп, определенных заболеваний или программ лечения. Для создания этого опросника исследователями MOS из 40 концепций здоровья были отобраны только 8 — те, в отно­шении которых изучение показало, что они наиболее часто измеря­ются на практике в популяционных исследованиях и подвергаются влиянию заболевания и лечения.

Опросник содержит 86 вопросов, неравномерно сгруппиро­ванных в девять категорий.

1. PF (Physical Functioning) — Физическое функционирование. Шкала оценивает физическую активность, включающую само­обслуживание, ходьбу, подъем по лестнице, переноску тяжестей, а также выполнение значительных физических нагрузок. По­казатель шкалы отражает объем повседневной физической на­грузки, который нс ограничен состоянием здоровья: чем он выше, тем большую физическую нагрузку, по мнению исследуемого, он может выполнить. Низкие показатели по этой шкале свидетель­ствуют о том, что физическая активность значительно ограничена состоянием здоровья. Содержит 10 вопросов.
2. RP (Role. Physical) — Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности. Шкала отражает степень, в которой здоровье лимитирует выполнение обычной деятельности, т.с. характеризует степень ограничения выполнения работы или повседневных обя­занностей проблемами, связанными со здоровьем: чем выше показа­тель, тем меньше, по мнению респондента или пациента, проблемы со здоровьем ограничивают их повседневную деятельность. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием здо­ровья. Включает 4 вопроса.
3. BP (Bodily Pain) - Физическая боль. Шкала оценивает ин­тенсивность болевого синдрома и его влияние на способность за­ниматься нормальной деятельностью, включая работу по дому и вне его в течение последнего месяца: чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента или пациента, болевых ощущений они испытывали. Низкие значения шкалы свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает физическую активность иссле­дуемых. 2 вопроса.
4. ОН (General Health) — Общее восприятие здоровья. Шкала оценивает состояние здоровья в настоящий момент, перспективы лечения и сопротивляемость болезни: чем выше показатель, тем лучше состояние здоровья респондента или пациента, б вопросов.

б. VT (Vitality) — Жизнеспособность. Шкала подразумевает оценку ощущения респондентом или пациентом себя полным сил и энергии. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении иссле­дуемых, снижении их жизненной активности. \ вопроса.

1. SF(Social Functioning) — Социальная активность. Шкала оце­нивает удовлетворенность уровнем социальной активности (обще­нием, проведением времени с друзьями, семьей, соседями, в кол­лективе) и отражает степень, в которой физическое или эмоцио­нальное состояние респондента или пациента их ограничивает: чем выше показатель, тем выше социальная активность за последние \ недели. Низкие баллы соответствуют значительному ограни­чению социальных контактов, снижению уровня общения в связи с ухудшением здоровья. 2 вопроса.
2. RF (Role Emotional) — Роль эмоциональных проблем в ограни­чении жизнедеятельности. Шкала предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой обычной повседневной деятельности, включая большие затраты времени на их выполнение, уменьшение объема сделанной работы, снижение ее качества: чем выше показатель, тем меньше эмоциональное состояние ограничивает повседневную активность респондента или пациента. 3 вопроса.
3. МН (Mental Health) — Психическое здоровье. Шкала характе­ризует настроение, наличие депрессии, тревоги, оценивает общий показатель положительных эмоций: чем выше показатель, тем больше времени респонденты или пациенты чувствовали себя спо­койными, умиротворенными в течение последнего месяца. Низкие показатели свидетельствовали о наличии депрессивных, тревожных состояний, психологическом неблагополучии. 5 вопросов.
4. СИ (Change Health) — Сравнение самочувствия с предыдущим годом. Изменение оценки здоровья в течение послед него года. 1 вопрос.

Примеры вопросов:

*Ограничивает ли Нас состояние вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок*? *Если да, то в какой степени*? *(обведите одну цифру в каждой строке)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Да, зна­чительно ограни- чикает | Да, не­много ограни­чивает | Пет, сонсем не ограни- ч икает |
| Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта | 1 | 2 | 3 |

*Насколько сильную физическую боль вы испытывали за последние че­тыре недели*? *(обведите одну цифру)*

|  |  |
| --- | --- |
| Совсем не испытывал(а) | 1 |
| Очень слабую | 2 |
| Слабую | 3 |
| Умеренную | 4 |
| Сильную | 5 |
| Очень сильную | в |

SF-'Л**6 позволяет получить количественную характеристику КЖ но указанным девяти критериям. Показатели могут колебаться от 0 до 100 баллов (чем выше значение, тем лучше КЖ, причем по одним пунктам расчет баллов производится в прямом порядке, а по другим — в обратном).**

**Русская версия** SF-Лб **валидизирована Межнациональным центром исследования КЖ Санкт-Петербурга |Новик, Ионова, 2007). При исследовании се психометрических свойств были под­тверждены надежность, валидность и чувствительность опросника к изменениям и получены популяционные данные показателей КЖ жителей г. Санкт-Петербурга, а позднее и других регионов Рос­сийской Федерации.**

**Последняя и наиболее убедительная стандартизация шкал дан­ного опросника но возрастным и половым группам была произ­ведена в 2008 г. |Лмирджанова, Горячев, Коршунов, Ребров, Со- роцкая, 20081.**

Опросник для изучения самооценки социальной значимости  
болезни (опросник А.И. Сердюка)

**[Михайлов, Сердюк, Федосеев, 2002]**

**Разработан на основании опроса двух тысяч больных с различ­ными хроническими соматическими заболеваниями. Опросник по­зволяет выделить и подвергнуть количественной оценке влияние болезни на разные сферы социального статуса испытуемых.**

**Опросник включает 10 утверждений и пять стандартных вари­антов согласия — несогласия с каждым из них.**

**Примеры утверждений:**

1. *Из-за болезни я не могу работать с прежней работоспособностью,*

*стал(а) слабым(ой), немощным(ой), сам(а) себе неприятен(а)* ...

1. *наверняка нет-,*
2. *скорее, нет-.*
3. ***затрудняюсь ответить*;**
4. ***пожалуй, да\***
5. ***безусловно, да.***
6. ***Болезнь осложняет взаимоотношения в моей семье, чувствую, что надоел(а) родным...***

**10. *Болезнь наносит мне значительный материальный ущерб, выну­ждает тратить средства на лечение, не дает возможности больше за­рабатывать...***

Один из двух последних вариантов ответов свидетельствует о высокой либо очень высокой значимости для данного больного влияния болезни на ту или иную условно выделенную сферу его социального статуса (соответствующую номеру вопроса): 1) ощу­щение потери силы и энергии; 2) ухудшение отношения в семье; 3) отказ от удовольствий; 4) ухудшение отношения на работе; 5) ограничение свободного времени; 6) невозможность сделать карьеру; 7) снижение физической привлекательности; 8) формиро­вание чувства ущербности; 9) ограничение общения; 10) матери­альный ущерб.

Обработка полученных результатов предполагает построение векторной диаграммы по всем 10 показателям, что позволяет на­гляднее судить о необходимых направлениях психотерапевтиче­ского воздействия.

Помимо уже упоминавшегося в связи с исследованиями эмоцио­нальных состояний опросника MMPI (см. параграф 2.11), а также наблюдения, беседы, сбора анамнеза, самооценки и др., изучение личности как вершины интеграции всех психических функций и процессов, а также отклонений в личностном развитии в клини­ческой практике производится с помощью широкого круга опро­сников и проективных методов, часть из которых позволяет полу­чать «прямые указания» на наличие разных степеней расстройств, а часть — предлагает показатели и интерпретации, служащие фоном или психологическим контекстом, в котором настораживающие признаки приобретают новую окраску.

Опросник темперамента Я. Стреляу

(Formal Characteristics of Behavior — Temperament Inventory FCB-TI)  
[Strelau, 1969; Практикум..., 2002; Стреляу, Митина, Завадский,  
Бабаева, Менчук, 2007]

Методика направлена на изучение трех основных характеристик нервной деятельности, обычно причисляемых к ключевым пара­метрам темперамента:

1. **уровня процессов возбуждения (В);**
2. **уровня процессов торможения (Т);**
3. **уровня подвижности нервных процессов (II). Соответственно, тест содержит три шкалы (В, Т, II), которые ре­ализованы в виде перечня из 134 вопросов, предполагающих один из трех фиксированных вариантов ответов: «да», «нс знаю», «нет».**

**Для обработки полученных результатов используется специ­альный ключ (трафарете прорезями, который накладывается на ре­гистрационный бланк). Подсчитывается сумма баллов по каждой шкале. Вели ответ испытуемого совпадает с кодом, то он оценива­ется в 2 балла, если не совпадает, то испытуемый получает нулевую оценку. Ответ «не знаю» оценивается в 1 балл.**

**Вели эта сумма превышает 42 балла, считается, что свойство, на диагностику которого направлена данная шкала, выражено у те­стируемого субъекта в высокой степени.**

**Примеры вопросов:**

1. *Относите ли Вы себя к людям*, *легко устанавливающим товарище­ские контакты*?
2. *Способны ли Вы воздержаться от того или иного действия до мо­мента, пока не получите соответствующего распоряжения*?
3. *Достаточно ли Вам непродолжительного отдыха для восстанов­ления сил после продолжительной работы*?

134. *Охотно ли Вы исполняете ответственную работу* ?

*Ключ к опроснику*

1. **Сила процессов возбуждения:**

**Ответ «да»: вопросы — 3, 4, 7, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 24, 32, 39, 45, 56, 58, 60, 61, 66, 72, 73, 78, 81, 82, 83, 94, 97, 98, 102, 105, 106, 113, 114, 117, 121, 122, 124, 130, 132, 133, 134.**

**Ответ «пет»: вопросы — 47, 51, 107, 123.**

1. **Сила процессов торможения:**

**Ответ «да»: вопросы — 2, 5, 8, 10, 12, 16, 27, 30, 35,37, 38, 42, 48, 50, 52, 53, 59, 62, 65, 67, 69, 70, 75, 77, 84, 87, 89, 90, 96, 99, 103, 108, 109, 110, 112, 118, 120, 125, 126, 129.**

**Ответ «пет»: вопросы 18, 34, 36, 128.**

1. **Подвижность нервных процессов:**

**Ответ «да»: вопросы — 1, 6, 9, 11, 14, 20, 22, 26, 28, 29, 31,33, 40, 41,43, 44, 46, 49, 54, 55, 64, 68, 71,74, 76, 79, 80, 85, 86, 88, 91, 92, 93, 95, 100, 101, 104, 111, 115,119, 127, 131.**

**Ответ «ист»: вопросы — 25, 57, 63, 116.**

**Высокий результат по шкале возбуждения** «В» **отражает спо­собность нервной системы тестируемого выдерживать интенсивное**

**и длительное воздействие раздражителей, не демонстрируя запре­дельного торможения. Индивид, обладающий этим свойством, способен интенсивно реагировать на раздражители, сохранять длительное время высокую эффективность деятельности в экстре­мальных условиях.**

**Низкие баллы — слабая и запоздалая реакция на возбуждение, быстро достигается запредельное торможение, вплоть до ступора, отказа в работе; низкие показатели по тсппинг-тссту; медленные: включасмость в работу, врабатывасмость и невысокая производи­тельность труда; высокая утомляемость; низкая работоспособность и выносливость.**

**Высокий результат по шкале торможения «Т» является сви­детельством способности нервной системы индивида к выработке тормозных условных рефлексов. Такие индивиды** Moiyr **блокиро­вать произвольные и импульсивные действия в ситуации запрета деятельности.**

**Низкие баллы — слабость процессов торможения, импульсив­ность в ответных действиях на стимул, слабый самоконтроль в по­веденческих реакциях, определенная расторможенность, расхлябан­ность, нетребовательность и снисходительность к себе; медленное или запоздалое реагирование ответными действиями на простые сигналы; плохая реакция, неровное реагирование, неадекватные реакции, склонность к истерии.**

**При высоком результате но шкале подвижности «П» нервная система характеризуется способностью к быстрой перестройке реакций при смене раздражителя. Такие индивиды не теряются при столкновении с новыми обстоятельствами, готовы к взаимо­действию с новыми объектами и явлениями.**

**Низкие баллы характерны для людей, склонных работать по сте­реотипу, не любящих быстрых и неожиданных изменений в дея­тельности, инертных, проявляющих, как правило, низкую способ­ность переключаться на новые виды работ и успешно осваивать новую профессию; непригодны для работы в быстромсняющихся условиях.**

**Расчет дополнительного показателя: уравновешенность по силе.**

**Уравновешенность по силе А равна отношению силы но возбуж­дению F\ к силе но торможению F;.**

**Чем ближе к единице значение дроби /•', / FT, тем выше уравно­вешенность.**

Но опыту известно, что уравновешенным человеком является тот, для которого значение дроби не выходит за пределы интервала 0,85-1,15.

Нели значение дроби выходит за пределы интервала, то можно утверждать, что данный индивидуум отличается неуравновешенно­стью своей психологической активности.

Причем если значение дроби меньше 0,85, это означает неурав­новешенность в сторону возбуждения, т.е. процессы возбуждения нс уравновешивают собой процессы торможения; если значение больше 1,15, это означает неуравновешенность в сторону тормо­жения, т.е. процессы торможения нс уравновешивают собой про­цессы возбуждения.

Опросник структуры темперамента В.М. Русалова (ОСТ)

[Русалов, 1989, 1992]

Опросник основан на функционально-системной концепции по­ведения II.К. Анохина, в соответствии с которой функциональная система состоит из четырех блоков: афферентного синтеза (свое­образного входа сигналов от внешних раздражителей), программи­рования (принятия решения), исполнения действия и обратной связи (сравнения результата с тем, что было намечено). Каждому из этих компонентов соответствует одно свойство темперамента. Первое из них — эргичность — характеризует степень напряжен­ности взаимодействия со средой (широту узость афферентного синтеза); второе пластичность — показывает легкость переклю­чения с одних программ поведения на другие; третье — психический темп — отражает скорость выполнения действия; четвертое эмоциональность — свидетельствует о пороге чувствительности к несовпадению результата и цели действия.

По мнению В.М. Русалова, каждое из этих свойств неодинаково проявляется в предметной и коммуникативной сферах (т.е. но взаи­модействии человека с миром неодушевленных объектов и с окру­жающими людьми), благодаря чему могут быть выделены и оце­нены восемь базовых свойств темперамента.

Существуют две формы этого опросника: рассчитанный на взрослых от 18 до 55 лет (В-ОСТ) и на подростков от 18 до 17 лет (Д ОСТ).

Опросник ОСТ содержит 105 вопросов, на каждый из которых необходимо дать ответ «да» или «ист».

Обработка данных по ОСТу проводится путем сравнения от­ветов испытуемого с ключом. Каждое совпадение ответа испыту­емого с ключевым оценивается в 1 балл. Количество баллов сумми­руется но каждой шкале.

По результатам ответов вычисляются девять шкал. Одна из них Шкала социальной желательности ответов («К») — яв­ляется индикатором степени откровенности и искренности тести­руемого. Кс высокие значения (ВЗ) говорят о неадекватной оценке своего поведения, желании выглядеть лучше, чем есть на самом деле; низкие значения (НЗ) об адекватном восприятии своего поведения. Результаты испытуемых, получивших высокий балл (7 и более) но шкале «К» (контрольные вопросы на социальную желательность), дальнейшему рассмотрению не подлежат.

Другие восемь это шкалы свойств темперамента.

Предметная эргичность включает в себя вопросы об уровне по­требности в освоении предметного мира, стремлении к умствен­ному и физическому труду.

ВЗ (9-12 баллов) по этой шкале означают высокую потребность в освоении предметного мира, жажду деятельности, стремление к напряженному умственному и физическому труду, легкость ум­ственного пробуждения.

НЗ (3-4 балла) означают пассивность, низкий уровень тонуса и активации, нежелание умственного напряжения, низкую вовле­ченность в процесс деятельности.

Социальная эргичность содержит вопросы об уровне потреб­ности в социальных контактах, о стремлении к лидерству.

ВЗ коммуникативная эргичность, потребность в социальном контакте, желание освоить социальные формы деятельности, об­щительность, стремление к лидерству, занятию высокого ранга, освоение мира через коммуникацию.

НЗ — незначительная потребность в социальных контактах, уход от социально активных форм поведения, замкнутость, социальная пассивность.

Пластичность — содержит вопросы о степени легкости или труд­ности переключения с одного предмета на другой, быстроте пере­хода с одних способов мышления на другие.

ВЗ — легкость переключения с одного вида деятельности на другой, быстрый переход от одних форм мышления к другим в процессе взаимодействия с предметной средой, стремление к раз­нообразию форм предметной деятельности.

НЗ — склонность к монотонной работе, боязнь и избегание раз­нообразных форм поведения, вязкость, консервативные формы деятельности.

Социальная пластичность содержит вопросы, направленные на выяснение степени легкости или трудности переключения в про­цессе общения от одного человека к другому, склонности к разно­образию коммуникативных программ.

ВЗ широкий набор коммуникативных программ, автомати­ческое включение в социальные связи, легкость вступления в со­циальные контакты и переключения в процессе общения, наличие большого количества коммуникативных заготовок, коммуника­тивная импульсивность.

НЗ — трудность в подборе форм социального взаимодействия, низкий уровень готовности к вступлению в социальные контакты, стремление к поддержанию монотонных контактов.

Темп, или скорость, включает вопросы о быстроте моторно-дви­гательных актов при выполнении предметной деятельности.

ВЗ — высокий темп поведения, высокая скорость выполнения операций при осуществлении предметной деятельности, моторно­двигательная быстрота, высокая психическая скорость при выпол­нении конкретных заданий.

НЗ — замедленность действий, низкая скорость моторно-двига­тельных операций.

Социальный темп включает вопросы, направленные на выяв­ление скоростных характеристик речедвигательных актов в про­цессе общения.

ВЗ речедвигательная быстрота, быстрота говорения, высокие

скорости и возможности речедви гателыюга аппарата.

НЗ — слабое развитие рсчедвигатсльной системы, речевая мед­лительность, медленная вербализация.

Эмоциональность включает в себя вопросы, оценивающие эмоциональность, чувствительность, например к неудачам в работе.

ВЗ высокая чувствительность к расхождению между заду­манным и ожидаемым, планируемым и результатами реального действия, ощущения неуверенности, тревоги, неполноценности, высокое беспокойство по поводу работы, чувствительность к не­удачам, несовпадению между задуманным, ожидаемым, планиру­емым и результатами реального действия.

НЗ незначительное эмоциональное реагирование при неу­дачах, нечувствительность к неуспеху дела, спокойствие, уверен­ность в себе.

Социальная эмоциональность включает вопросы, касающиеся эмоциональной чувствительности в коммуникативной сфере.

ВЗ высокая эмоциональность в коммуникативной сфере, не­чувствительность к неудачам в общении.

НЗ — низкая эмоциональность в коммуникативной сфере, нечув­ствительность к оценкам товарищей, отсутствие чувствительности к неудачам в общении, уверенность в себе и ситуациях общения.

Примеры вопросов:

1. *Подвижный ли Вы человек*?
2. *Всегда ли Вы готовы с ходу, не раздумывая, включиться в разговор*?
3. ***Предпочитаете ли Ни. уедипение большой компании* ? 105. *Любите ли Вы подолгу бывать наедине с собой*?**

*Ключи к ОСТ*

**Шкала «К»: «да» — 32, 52, 89; «нет» — 12, 23, 44, 65, 73, 82.**

**Шкала «Эргичность»: «да» — 4, 8, 15, 22, 42, 50, 58, 64, 96; «нет» - 27, 83, 103.**

**III кала «Социальная эргичность»: «да» — 11, 30,57, 62, 67, 78, 86; «нет» — 3, 34, 74, 90, 105.**

**Шкала «Пластичность»: «да» — 20, 25, 35, 38, 47, 66, 71, 76, 101, 104; «нет» — 54, 59.**

**III кала «Социальная пластичность»: «да» — 2, 9, 18, 26, 45, 68, 85, 99; «нет» - 31, 81, 87, 93.**

**Шкала «Темп»: «да» 1, 13, 19, 33, 46, 49,55, 77; «нет» — 29, 43, 70, 94,**

**III кала «Социальный теми»: «да» — 24,37, 39, 51,72, 92; «нет» — 5, 10, 16,56, 96, 102.**

**Шкала «Эмоциональность»: «да» — 14, 17, 28, 40, 60, 61, 69, 79, 88,91,95, 97.**

**III кала «Социальная эмоциональность»: «да» — 6, 7, 21, 36, 41, 48,53, 63, 75, 80, 84, 100.**

**По материалам шкальных оценок может быть построен графи­ческий профиль структуры темперамента.**

**В.М. Русаловым разработана и другая методика опросник формально-динамических свойств индивидуальности, в котором такие параметры темперамента, как эргичность, пластичность, ско­рость и эмоциональность, проецируются на психомоторную, интел­лектуальную и коммуникативную сферы [Русалон, 1997; Ильин, 2004).**

Патохарактерологический диагностический опросник

А.Е. Яичко (ПДО)

**[Яичко, 1976; Яичко, 1983; Яичко, Иванов, 2001] Патохарактсрологичсский диагностический опросник для под­ростков разработан в отделении подростковой психиатрии Пси­хоневрологического института им. В.М. Бехтерева и предназначен для диагностики и квалификации акцентуаций характера и пси­хопатий (специфических расстройств личности) у подростков 14-18 лет (в практике патопсихологии часто расширяют возрастной диапазон применения ПДО от 10 до 25 лет | Блсйхср, Крук, 19861), а также сопряженных сними некоторых личностных особенностей. В основу опросника были положены отечественные и зарубежные**

исследования патологических характеров, сочетаемые с принципом отношения к личностным проблемам. С момента своего первого опубликования в 1970 г. неоднократно пересматривался с целью усовершенствован ия.

Стимульный материал ИДО включает 25 таблиц — наборов фраз различной тематики («Самочувствие», «Настроение» и др.). В каждом наборе предусмотрено от 10 до 19 пронумерованных утверждений, отражающих отношение подростка к различным жиз­ненным проблемам.

Образцы утверждений

Самочувствие:

**1. *У меня почти всегда плохое самочувствие.***

1. ***Я очень плохо переношу боль и физические страдания и очень их боюсь.***
2. ***Ни одно из определений ко мне не подходит.***

Настроение:

1. ***Как правило, настроение у меня очень хорошее.***

**12. *Мое настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей.***

Сон и сновидения:

**1. *Я сплю хорошо, а сновидениям значения не придаю.***

**14 *.Я могу свободно регулировать свой сон.*** Пробуждение ото сна:

**1. *Мне трудно проснуться в назначенный час.***

1. ***Проснувшись, я люблю полежать в постели и помечтать.*** Аппетит и отношение к еде:

**1. *Неподходящая обстановка, грязь и разговоры о неаппетитных вещах никогда не мешали мне есть.***

**19. *Еда не доставляет мне большого удовольствия.*** Отношение к спиртным напиткам:

**1. *Мое желание выпить зависит от настроения.***

**13. *Я выпиваю со всеми, чтобы не нарушать компанию.*** Сексуальные проблемы:

**1. *Половое влечение меня мало беспокоит.***

**1 *Л. Считаю, что половым проблемам не следует придавать боль­шого значения.***

**Отношение к одежде:**

**1. *Люблю костюмы яркие и броские.***

**12. *Временами одеваюсь модно и ярко, временами своей одеждой не интересуюсь.***

**Отношение к деньгам:**

**1. *Нехватка денег меня раздражает.***

**12. *Я никогда и никому не позволю ущемлять меня в деньгах.* Отношение к родителям:**

**1. *Очень боюсь остаться без родителей.***

**1*Я считаю себя виноватым перед ними.***

**Отношение к друзьям:**

**1. *Мне не раз приходилось убеждаться, что дружат из выгоды.***

**15. *Люблю иметь много друзей и тепло отношусь к ним.* Отношение к окружающим:**

**1. *Я окружен глупцами, невеждами и завистниками.***

1. ***Мне кажется, что окружающие смотрят на меня как на ник­чемного и ненужного человека.***

**Отношение к незнакомым людям:**

**1. *Я отношусь настороженно к незнакомым людям и невольно опасаюсь зла.***

**12. *Я стесняюсь незнакомых людей и боюсь заговорить первым.* Отношение к одиночеству:**

**1. *Я считаю, что всякий человек не должен отрываться от кол­лектива.***

**11. *Одиночество я переношу легко, если только оно не связано с неприятностями.***

**Отношение к будущему:**

**1. *Я мечтаю о светлом будущем, но боюсь неприятностей и не­удач.***

**1*Периодами мое будущее кажется мне светлым, периодами — мрачным.***

**Отношение к новому:**

**1. *Периодами я легко переношу перемены в своей жизни и даже люблю их, но периодами начинаю их бояться и избегать.***

**10. *Меня привлекает лишь то новое, что соответствует моим принципам и интересам.***

**Отношение к неудачам:**

**1. *Свои неудачи я переживаю сам и ни у кого не ищу сочувствия и помощи.***

**13. *Я считаю, что при неудачах нельзя отчаиваться.* Отношение к приключениям и риску:**

**1. *Люблю всякие приключения, даже опасные, охотно иду на риск.***

**10. *Бывает, что риск и азарт меня совершенно опьяняют.* Отношение к лидерству:**

**1. *Я могу идти впереди других в рассуждениях, но не в действиях.***

**12. *Я охотно следую за авторитетными людьми.***

**Отношение к критике и возражениям:**

**1*. Я не слушаю возражений и критики и всегда думаю и делаю по-своему.***

**13. *Если меня критикуют или мне возражают, мне всегда начи­нает казаться, что другие правы, а я — нет.***

**Отношение к опеке и наставлениям:**

**1. *Я слушаю наставления только тех, кто имеет на это право.***

1. ***Я допускаю опеку над собой в повседневной жизни, но не над моим душевным миром.***

**Отношения к правилам и законам:**

**1. *Когда правила и законы мне мешают, это вызывает у меня раздражение.***

**12. *Строго следую тем правилам, которые считаю справедли­выми, борюсь с теми, которые считаю несправедливыми.***

**Оценка себя в детстве:**

**1. *В детстве я был робким и плаксивым.***

1. ***В детстве я плохо спал и плохо ел.***

**Отношение к школе:**

**1. *Любил вместо школьных занятий погулять с товарищами или сходить в кино.***

1 '5. *Старался аккуратно выполнять все задания.* Оценка себя в данный момент:

1. *Мне не хватает холодной рассудительности.*

1 3. *Я чрезмерно чувствителен и обидчив.*

Н современной версии исследование проводится в два этана. На первом испытуемому предлагается из каждого перечня выбрать два-три наиболее подходящих для него утверждения и их номера записать на бланке. На втором этапе процедура повторяется, но уже для наиболее неподходящих испытуемому утверждений (отверга­емых в отношении себя). В обоих исследованиях разрешается отка­зываться от выбора ответа в отдельных таблицах, проставляя ноль (0) в регистрационном листе. Если число таких отказов в обоих ис­следованиях составляет в сумме 7 и более, то это свидетельствует либо о трудности работы с опросником в силу невысокого интел­лекта, либо, при достаточном интеллекте, о негативном отношении к исследованию.

Обработка полученных исходных данных проводится с по­мощью специальных таблиц, позволяющих с помощью кода опре­делять принадлежность соответствующего выбора утверждения тому или иному типу акцентуации (отдельно для положительного и отрицательного выборов, которые затем суммируются).

Буквенные символы кода соответствуют баллам в пользу ука­занных ниже типов: Г — гипертимный, Ц — циклоидный, 71 — ла­бильный, А — астсно-пенротичсский, С — сенситивный, II пси­хастенический, III шизоидный, Э — эпилептоидный, И истеро­идный, Н — неустойчивый, К конформный.

При этом сдвоенные и строенные буквы в таблице означают на­числение двух и трех баллов по соответствующему типу, а выбор одного утверждения может предусматривать начисление баллов по нескольким вариантам акцентуаций.

Пропуск в графах, где проставлены баллы, означает, что данный выбор является неинформативным.

Помимо типов акцентуаций, в методике предусмотрена возмож­ность вычисления следующих дополнительных показателей, коди­руемых в таблицах обработки:

О негативное отношение к исследованию;

/I диссимуляция действительного отношения к рассматри­ваемым проблемам и стремления нс раскрывать черты характера;

Т откровенность;

Н — черты характера, встречающиеся при органических психо­патиях;

К — отражение в самооценке реакции эмансипации;

D — психологическая склонность к делинквентности (только для подростков мужского пола);

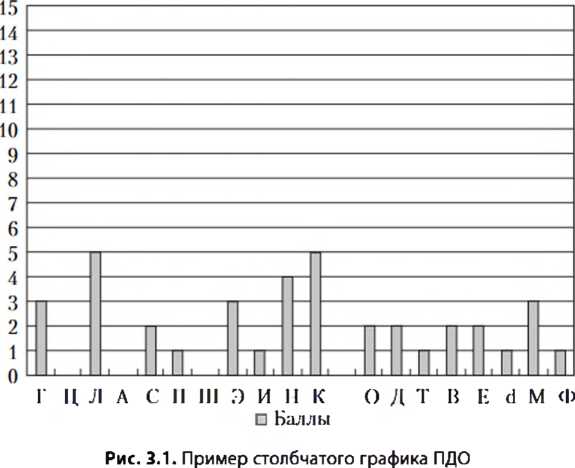
М — черты мужественности;

Ф — черты женственности в системе отношений.

Кроме того, на основании числовых баллов в теме «Отношение к спиртным напиткам» может быть дана оценка психологической склонности к алкоголизации (шкала V).

Результатом становится исходный столбчатый график (рис. 3.1).

Этот график экспериментатор подвергает анализу в соответ­ствии с таблицей начисления уже дополнительных баллов, которые к случае соблюдения указанных в таблице условий приплюсовыва­ются к соответствующим столбикам на графике (табл. 3.2).



Н дальнейшем основной диагностической процедурой является определение типа акцентуации характера испытуемого, для чего каждый показатель на полученном окончательном графике со­поставляется с минимальным диагностическим числом баллон (МДЧ), при котором данная акцентуация может быть гипотети­чески установлена.

МДЧ неодинаково для разных типов и равно: для типа Г - 7 баллов, для типа А — 5 баллов, для остальных типов - fi баллов.

Начисление дополнительных баллов

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели по графику | Начисляемые дополнительные баллы |
| 1=0 или Г = 1 | II,С |
| Ц = 6 или Ц > 6 | Л |
| А = 4 или А > 4 | Л |
| 11=0 или 11 = 1 | II |
| II = 0 или 11 = 1 | II |
| К = 0 | III, III, И |
| К= 1 | III |
| Д = 6 или Д > fi | 11 |
| т>д | II, П, ц |
| В = 5 |  |
| В = 6 или В > 6 | э, э |
| К = 6 или К > 6 | III, **и** |
| d = 5 или d> 5 | III |
| 0 = 6 или О > 6 | **с** |
| М < (I) (у мальчиков) | **С,** III, **и** |
| V = -6 и ниже | **с** |
| V = +6 и выше | **и** |
| Наличие ошибок в выборах (один и тот же помер выбора на одну тему в 1- и 2-м исследованиях) | |
| за 1 ошибку |  |
| за 2 и более ошибок | э, э |

После того как на графике обнаруживаются все превышения МДЧ, в силу вступает система из восьми логически упорядоченных правил, приводимых в соответствующих руководствах, которая по­зволяет минимизировать и оптимизировать число и характер вы­деляемых типов, а также развернутая система правил выделения и квалификации дополнительных показателей (эмансипации, де­линквентности и др.).

Построенный окончательный график служит одним из источ­ников и для выявления признаков возможной нсихопатизации. Но авторы методики подчеркивают, что при пользовании пере­численными в прилагаемой ниже таблице признаками, указываю-

щнми на вероятность формирования психопатии, нужно руковод­ствоваться следующими правилами:

1. Отсутствие указанных признаков нс может свидетельствовать против клинического диагноза психопатии, поскольку в 30% слу­чаев, клинически верифицированных как психопатии, эти при­знаки могут отсутствовать.
2. Наличие указанных признаков (одного или нескольких) у подростков с нарушениями поведения может расцениваться как один из доводов в пользу диагноза психопатии, но не как ре­шающий диагностический фактор.
3. Обнаружение указанных признаков в результатах, полу­ченных с помощью 11/(0 при массовых обследованиях подростков в популяции, не может служить прямым указанием для подозрения в отношении психопатии. Однако такие подростки нуждаются в более тщательном и детальном психологическом обследовании как возможные случаи с повышенным риском в отношении психо­патического развития.

Н табл. 3.3 приведены признаки, свидетельствующие о возмож­ности формирования психопатии.

*Таблица* 3.3

Признаки, указывающие на вероятность формирования психопатии

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Тип харак­тера, опре­деляемый с помощью НЛО | Признаки, указы- нающие на веро­ятность формиро­вания психопатии (по показателям графика) | Частота обнаружения хотя бы одного из признаков (%) при: | | |
| психопа­  тиях | акцентуациях с(со) | |
| трапзиторными  нарушениями | стабиль­ной адап­тацией |
| Гипер-  тимный | II = 10 и больше. К = 0.  К = 6 и больше | 75 | 5 | 5 |
| Лабильный | А = 6 и больше. Ill - 7 и больше. К = 0.  /1 = 6 и больше | 60 | 10 | 5 |
| Сепси-  тинный | С = 12 и больше | 75 | 15 | 10 |
| Шизо­  идный | Г = 1 и меньше. Л = 1 и меньше. Ill = 13 и больше. d = 4 и больше. V = +4 и больше | 85 | 10 | 10 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Тип харак­тера, опре­деляемый с помощью НЛО | Признаки, указы­вающие на веро­ятность формиро­вания психопатии (по показателям графика) | Частота обнаружения хотя бы одного из признаков (%) при: | | |
| психопа­  тиях | акцентуациях с(со) | |
| транзиторными  нарушениями | стабиль­ной адап­тацией |
| Эпилепто-  идный | Г = 0.  Ц = 8 и больше. К = 1 и меньше. d = 6 и больше.  2 ошибки и более при .■) = 10 и больше | 60 | 25 | 10 |
| Истеро­  идный | А = 5 и больше. О = 6 и больше. К = 6 и больше | 65 | 20 | 10 |
| Неустойчи­  вый | II = 12 и больше. К = 1 и меньше. Н = 5 и больше. V = -6 и ниже | 70 | 5 | 5 |

Н ранних версиях ИДО, помимо шкал объективной оценки ак­центуаций, предлагались и субъективные шкалы, характеризующие то, каким видит свой характер сам обследуемый (или каким хочет его представить). В перечне этих шкал, помимо указанных, были предусмотрены шкалы меланхолической и паранойяльной акцен­туаций (т.с. всего шкал 13), что в целом позволяло делать вывод о точности самооценки, которая, в свою очередь, обнаруживает зависимость от степени психопатизации. Несмотря на то что из более поздних версий ИДО субъективные шкалы были исклю­чены, их применение, на наш взгляд, продолжает оставаться акту­альным.

Помимо 11/(0 для решения проблемы выделения типов акценту­аций, в патопсихологической практике широко используется деся­тишкальный опросник К. Дсонгарда Г. Шмишека (К. Leonhard Н. Schmicschck) [Schmioschck, 1970; Мельников, Ямпольский, 1985; .Лучшие..., 1992; Психологические..., 1996; Практикум..., 20031, а также методика аутоидентификации акцентуаций характера Э.Г. Эйдсмиллсра |Эйдемиллср, Юстицкис, 2008; Рогов, 199fi|, по­строенная на выборе (или ранжировании) портретов различных ва­риантов акцентуаций, наиболее похожих на испытуемого.

Личностный опросник Г. Айзенка

**[Eysenk, 1964; Блейхер, Крук, 1986; Гильяшева, 1983; Лушие..., 1992] Среди целой серии опросников Г. Айзенка, разработанных но материалам факторного анализа, наибольшую популярность приобрел опросник KPI, предложенный в 1963 г. Он содержит 57 вопросов, из которых 24 составляют шкалу экстра вереи и ин-**

**тровсрсии, другие 24 вопроса — шкалу эмоциональной стабиль­ности — нестабильности (иейротизма), а остальные девять образуют контрольную шкалу L, предназначенную для оценки искренности испытуемого. На каждый из вопросов необходимо дать альтерна­тивный ответ — «да» или «нет». При совпадении ответа с ключом но соответствующей шкале начисляется один балл. Таким образом максимальное число баллон, которое можно набрать по данному показателю, 24 при средней величине 12 + 2.**

**По мнению автора, данные шкалы ортогональны между собой, т.с. независимы, что и позволяет графически представлять по­лучаемые результаты, как расположенные в системе координат из двух соответствующих осей (в «круге Айзенка»). Каждая из двух основных переменных представляет собой континуум между двумя полюсами крайне выраженного личностного свойства, поэтому большинство испытуемых должны располагаться между полюсами, ближе к центру системы координат.**

**Опросник имеет две эквивалентные формы: Л и В, что облегчает возможность отслеживания динамики изучаемых качеств.**

**Сам Г. Айзенк считал, что характеристики экстравсрсии интровсрсии (терминология заимствована у К. Юнга) и нейро- тизма — стабильности, как базовые для личности, описывают тот или иной классический тип темперамента. Так, выраженное сочетание нестабильности с интровсрсисй будет терминологи­чески соответствовать меланхолику, нестабильности с экстранср- тироваиностыо холерику, экстравсртированпости со стабиль­ностью — сангвинику, а стабильности с интровертиронанкостью — флегматику.**

**Примеры вопросов (форма Л):**

1. ***Часто ли Вы испытываете тягу к новым впечатлениям, смене об­становки*?**
2. ***Часто ли Вы чувствуете, что нуждаетесь в друзьях, которые Вас понимают, могут ободрить и поддержать*?**
3. ***Можно ли Вас назвать беспечным, беззаботным человеком*?**

**57. *Страдаете ли Вы бессонницей*4?**

|  |  |
| --- | --- |
| Шкала искренности (лжи) | 6+, 12-, 18-, 24+, 30-, 36+, 42-, 48-, 54- |
| Экстраверсия — интроверсия | 1 -, 3-, 5+, 8-, 10-, 13-, 15+, 17 , 20+, 22-, 25-, 27-, 29+, .32+, 34-, 37+, 39-, 41+, 44-, 46-, 49-, 51 +, 53-, 56- |
| Стабильность — пейротизм | 2+,4+,7+,9+, 11+, 14+, 16+, 19+.21+, 23+, 26+, 28+, 31 +, .33+, 35+, 38+, 40+, 43+, 45+, 47+, 50+, 52+, 55+, 57+ |

**Следует отмстить, что шкала лжи в опроснике Г. Айзенка не всегда соответствует своему предназначению. Показатели по ней в первую очередь коррелируют с интеллектуальным уровнем об­следуемого. Нередко лица с выраженными истерическими чертами и склонностью к демонстративности в поведении, но обладающие хорошим интеллектом, сразу же определяют направленность со­держащихся в этой шкале вопросов и, считая их отрицательно ха­рактеризующими обследуемого, дают по этой шкале минимальные показатели. Таким образом, очевидно, что шкала лжи в большей мерс свидетельствует о личностной примитивности, чем о демон­стративности в ответах.**

**В случаях психопатии при исследовании с помощью опросника обнаруживается известное различие показателей. Так, психопаты шизоидные и психастенического круга нередко обнаруживают ин- тровсртированность. Различные формы неврозов также диффе­ренцируются не только но показателю экстравсрсии. Для больных истерией нередко характерен высокий показатель лжи и утриро­ванно высокий показатель нейротизма, не всегда соответствующий объективно наблюдаемой клинической картине |Блейхср, Крук, 1986).**

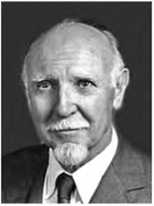
**Несмотря на чрезвычайно широкое распространение данного опросника, его адаптацию к отечественной популяции нельзя считать законченной. Повторная факторизация исходных данных но получаемым ответам |Бизюк, 2000] свидетельствует о том, что содержание части се пунктов не вписывается в ожидаемые фак­торы, что требует более взвешенного подхода к традиционным рас­четным результатам.**

**В психодиагностической практике используется и подрост­ковый вариант опросника | Ильин, 20(М |.**

**Другим широко известным опросником, разработанным в кон­тексте факторного подхода к личности и на инструментальном уровне, детализирующим обобщения, произведенные I'. Айзенком, является шестнадцатифакторный опросник Р. Кеттслла («Шест-**

**надцать личностных факторов») [Callcll, Kbcr,**

**Talsuoka, 1970; Гильяшсва, 1983; Мельников,**



Р. Кеттелл

**Ямпольский, 1985; Вассерман, Щелкова, 20041, имеющий несколько форм. Он реже исполь­зуется в патопсихологической диагностике, но позволяет уловить некоторые индивиду­альные особенности, дополняющие картину функционального диагноза. Детский и юно­шеский варианты этого опросника приводятся в работе | Практикум но..., 20021.**

**Следует иметь в виду, что популярные у отечественных психологов версии этого опросника но целому ряду причин продолжают вызывать и обосно­ванные нарекания |Забродин, Похилысо, Шмелев, 1987; Русалов, Гусева, 1990; Шмелев, 20021.**

**В последние годы для исследования личности начинает при­влекаться еще одна методика, построенная по диснозиционно-фак- торному принципу — опросник «Большая пятерка» (Big Five), ко­торый имеет несколько зарубежных версий и несколько вариантов адаптации для России (см. с. 354 данного учебника).**

Тематический апперцептивный тест

[Morgan, Murrey, 1935; Murrey, 1943; Гильяшева, 1969;

Блейхер, Крук, 1986; Соколова, 1987; Бурлачук, 1997; Леонтьев, 2004]

**Данная методика относится к числу классических проекционных и обладает всеми достоинствами и недостатками этой группы диаг­ностических приемов. Имеется несколько редакций се стимульного материала.**

**Наиболее известным является вариант методики для взрослых, предусматривающий комплект из 30 черно-белых картин (иллю­страций к малоизвестным художественным произведениям аме­риканских авторов) и одной белой карты. В стандартном случае испытуемому предлагаются 20 картин, по каждой из которых не­обходимо составить небольшой, но связный рассказ (что привело к ситуации, изображенной на картине, что происходит в настоящее время, о чем думают и что чувствуют действующие лица, чем эта ситуация закончится). Рассказы записываются дословно, с фикса­цией пауз, интонаций, выразительных движений и других особен­ностей. Обследование завершается уточняющим опросом.**

**В других случаях из имеющегося набора экспериментатором от­бираются только тс картины, которые наиболее подходят для ис­следования данного индивида и его проблемных сфер.**

На рис. 3.2 приведены образцы стимул ьного материала (размер изменен).

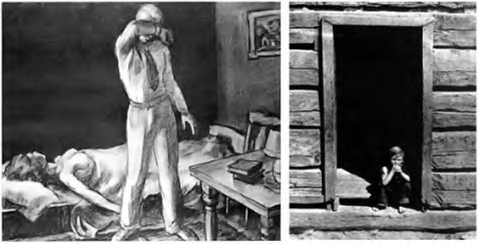


Рис. 3.2. Стимульный материал для апперцептивного теста

**Дальнейший анализ полученных рассказов предполагает сле­дующие шаги:**

* **но ряду критериев нахождение «героя», с которым обследуемый идентифицирует себя;**
* **определение «потребностей» «героя» и выявление «давлений» среды, сил, воздействующих на «героя» извне, препятствий, ко­торые мешают осуществлению стремлений;**
* **сопоставление и сравнение этих двух тенденций;**
* **интерпретация всего комплекса полученной информации, в том числе но формальным показателям.**

**Формальные показатели:**

* **формальное следование инструкции может выражать уход от тем, связанных с конфликтными переживаниями;**
* **строп) ригидное соблюдение инструкции — свидетельство повы­шенной ригидности испытуемого;**
* **излишняя детализация рассказа может указывать на повы­шенную тревожность, встречается у истсроидов;**
* **опускание некоторых пунктов инструкции — в случае отсут­ствия «прошлого» или «будущего» это может быть признаком существования конфликтных переживаний в прошлом или ожи­дания неблагополучия в будущем;**
* **отказ в начале эксперимента свидетельствует о непонятое™ инструкции либо об отсутствии контакта с психологом, отказ от определенных картин — об особой значимости провоциру­емых ими сюжетов;**
* нсуноминание отдельных частей или деталей картины обычно указывает, что ассоциации с этими деталями вызывают тревогу;
* введение дополнительных деталей или персонажей почти всегда говорит об особой значимости и близости данной темы;
* перцептивные искажения — неправильное или искаженное вос­приятие каких-то деталей картины, как правило, вследствие глу­боких конфликтов;
* восприятие картины как рисунка, фотографии, кадра из фильма иногда может рассматриваться как своеобразное отстранение от травмирующей тематики рассказа.

Методика продемонстрировала свою ценность для выявления значимых, в том числе патогенных, отношений личности, она пред­ставляет интерес для дифференциальной диагностики неврозов, психозов и пограничных состояний, для выявления аффективных конфликтов, характерных для больного механизмов психологи­ческой защиты. Косвенно методика позволяет судить и об умст­венной сохранности испытуемого.

Диагностируемые посредством данного теста закономерности и явления нс более чем тенденции, установки личности. Прямой перенос данных тестирования на характеристику личности и ее по­ведения без учета клинического материала и объективных условий жизни испытуемого неправомерен.

Детский апперцептивный тест

**(Children's Apperception Test — CAT)**

**[Beliak,** 1978; **Beliak,** 1982; **Тесты...,** 1999; **Бурлакова, Олешкевич,** 2001;

Беллак, 2002; Детский..., 2002]

Эта проективная методика была разработана Леопольдом и Соней Ьеллак в 1949 г. для исследования детей в возрасте от 3 до 10 лет. Она создана по образцу тематического апперцептивного теста Мюррея Моргана и в первой, наибосс известной версии со­стоит из 10 картинок с изображениями животных в различных си­туациях, напоминающих человеческие взаимоотношения. Рисунки выполнены в манере, характерной для детских книг.

Используется для исследования детских конфликтов, помогает определить личностную позицию ребенка, его способ видения мира. В 1900 г. предложен новый вариант CAT (СА'Г-Н), где в качестве персонажей рисунков выступают не животные, а люди.

Образец стимульного материала из CAT показан на рис. 3.3 (размер изменен).



Рис. 3.3. Стимульный материал для детского апперцептивного теста

**Вторая версия, разработанная в 1965 г., включала тоже 10 изо­бражений, но уже людей в тех же ситуациях, что и животные.**

Методика чернильных пятен Г. Роршаха

[Rorschach, 1942; Бурлачук, 1979; Беспалько, Гильяшева, 1983;

Соколова, 1987; Белый, 1992; Ассанович, 2002]

**Данная проективная методика была разработана в 1921 г. швей­царским психиатром и психологом Германом Роршахом (Hermann Rorschach, 1884-1922).**

**Стимульный материал методики состоит из стандартного на­бора: 10 симметричных слабоструктурированных пятен (пять черно-белых и пять с включением цветов), каждое из которых на­несено на отдельную карту. Изображения пятен предъявляются в строго определенном порядке. Обследуемому предлагается отве­тить, на что, но его мнению, похоже каждое изображение. Ведется дословная запись всех высказываний, эмоциональных и поведен­ческих реакций во время обследования, а также фиксируется время с момента предъявления очередного пятна до начала ответа.**



**Стимульные пятна Роршаха включают различные особенности, которые могут созда­вать трудности при распознавании образов. Одни части пятна имеют более определенные, а другие — более двусмысленные контуры. Разнородный цвет и оттенки пятен «зашум- ливают» процесс распознавания и класси­фикации образов. Из сказанного следует, что** Г. Роршах **каждая карта представляет собой проблемную**

ситуацию определенного уровня сложности, где требуется распоз­нать образ в условиях разночастотных помех. Ответы испытуемого, категоризирующие изображения и их фрагменты на картах, пред­ставляют собой решения этих стимульных проблемных ситуаций. Известно, что любая проблемная ситуация характеризуется опре­деленным уровнем личностной значимости для субъекта. Поэтому окончательно отобранные ответы для вербализации будут детерми­нированы как когнитивными, так и личностными особенностями испытуемого, которые у него обычно оказывают влияние на про­цесс принятия решения в проблемной ситуации. Знание того, как эти психологические особенности связаны с теми или иными пара­метрами ответа, позволяет на основании анализа структуры ответа выявить у испытуемого данные особенности. Соответствия между параметрами ответа и психологическими особенностями были установлены эмпирическим путем в результате многочисленных экспериментов и многократно подтверждались клинической прак­тикой. Принимая но внимание, что условия стимульной ситуации теста Роршаха в значительной степени носят нагрузочный характер, они будут предъявлять повышенные требования к адекватной пси­хической деятельности субъекта. Поэтому в ответах испытуемого может быть зафиксирована даже глубоко скрытая психическая па­тология, которая обнаруживает себя только при попадании данного испытуемого в достаточно сложную проблемную ситуацию |Лсса- нович, 20021.

На рис. 3.4 приведен образец стимульного материала (размер изменен).



Рис. 3.4. Стимульный материал для методики Г. Роршаха

При интерпретации ответов основное внимание Г. Роршах пред­лагал уделять нс ассоциативным процессам испытуемого, которые находили снос воплощение в содержании ответов, а процессам рас­познавания тех или иных объектов при восприятии пятен. Именно

проявления нарушений восприятия в ответах психически больных людей были критериями дифференцирования их от ответов здо­ровых. Особенности восприятия испытуемого обнаруживались не столько в содержании ответа, сколько в формальных его харак­теристиках.

К числу последних относятся:

* локализация (выбор для ответа всего изображения или его от­дельных деталей);
* детерминанты (ответ может обусловливаться формой, цветом, наличием движения или их сочетаниями);
* уровень формы (адекватность формы се интерпретации, сопо­ставляемые с частотными характеристиками ответов);
* содержание (категория выделяемых объектов — люди, жи­вотные, неодушевленные предметы и т.д.);

■ оригинальность популярность (оригинальными ответами считаются очень редкие ответы, а популярными — тс, которые встречаются не менее, чем у 30% обследованных).

После того как получены ответы но веем таблицам, начинается вторая фаза исследования — опрос испытуемых, который нс явля­ется обязательным, если все ответы ясны и недвусмысленны, что бывает очень редко. В подобных случаях следует избегать целена­правленных и суггестивных вопросов.

Полная интерпретация материалов методики Г. Роршаха, со­пряженная с целой системой кодирования ответов, чрезвычайно сложна, уязвима для критики и требует специальной профессио­нальной подготовки, а также учета опыта, закрепленного в специ­альных таблицах, шкалах, кластерах, формулах, справочных мате­риалах, руководствах и т.д.

71.Ф. Ьурлачук |1979|, обобщивший материалы зарубежных исследований но данной методике, в качестве важных диагности­ческих признаков, в частности, выделяет следующие.

/(ля шизофрении:

* частые отказы;
* неоправданное приписывание изображению числовых или гео­метрических значений;
* внезапное снижение качества реагирования на форму;
* контаминации;
* частные абстракции, отнесение интерпретаций к себе;
* небольшое количество ответов но деталям изображения;
* отсутствие популярных ответов;
* преобладание «цветовых ответов» и «светотеневых» интерпре­таций;
* **высокое количество «анатомических» ответов;**
* **затруднения при интерпретации «легких» таблиц;**
* **абсурдные ответы.**

**Для эпилепсии:**

* **увеличение среднего числа ответов и времени ответа;**
* **указание на симметрию;**
* **называние цвета;**
* **ответы «чистого» цвета;**
* **персеверации;**
* **детализация (педантизм формулировок);**
* **описание вместо интерпретации;**
* **«светотеневые» шоки (нарушения ассоциативного процесса);**
* **интерпретации с агрессивным содержанием.**

**Метод Роршаха наиболее эффективен для внутринозологиче­ского изучения структуры психического дефекта, степени его вы­раженности, индивидуальных особенностей стереотипа развития болезни.**

Методика оценки фрустрационной толерантности Розенцвейга

[Rosenzweig, 1945; Тарабрина, 1984; Блейхер, Крук, 1986;  
Лучшие..., 1992; Бурлачук, Морозов, 1999; Ясюкова, 2001;  
Диагностика..., 2002]

**Стимульный материал данной проективной методики представ­ляет собой 24 схематичных контурных рисунка; на них изображены два или три персонажа, один из которых находится в ситуации фрустрации. Сами ситуации можно разделить на две основные группы: ситуации «препятствия» («эгоблокииговые», их 16 — но­мера рисунков: 1,3,4,6,8,9,11,12,13,14,15, 18,20, 22, 23,24) и си­туации «обвинения» («сунерэгоблокинговыс», их восемь — номера рисунков: 2, 5, 7, 10, 16, 17, 19, 21).**

**Испытуемый должен представить себя на месте «героя» (он на рисунках всегда справа) и вписать свой ответ на реплику со­беседника в предусмотренном месте.**

**Испытуемому могут быть заданы вопросы относительно ко­ротких или двусмысленных ответов.**

**На рис. 3.5 приведены примеры стимульного материала (для взрослых).**

**Каждый ответ оценивается с точки зрения двух критериев: на­правленности и типа реакции.**

***По направленности.***

1. **Экстранунитивные. Реакции направлены на живое или не­живое окружение в форме подчеркивания степени фрустриру- ющсй ситуации, в форме осуждения внешней причины фрустрации или вменения в обязанность другому лицу разрешить данную си­туацию. Ведущие эмоции — гнев и возмущение.**



Рис. 3.5. Стимульный материал для методики Розенцвейга (версия для взрослых)

1. **Интронунитивные. Реакция направлена на самого себя, с принятием вины или же ответственности за исправление воз­никшей ситуации, фрустрирующая ситуация не подлежит осу­ждению. Испытуемый принимает фрустрирующую ситуацию как благоприятную для себя. Ведущие эмоции — виновность и угры­зение совести.**
2. **Импунитивные. Фрустрирующая ситуация рассматривается как нечто незначительное или неизбежное, преодолимое со вре­менем, обвинение окружающих или самого себя отсутствует. Ти­пична примиряющая позиция.**

***По типу реакции.***

1. **Нрспятствснно-доминантныс. Препятствия, вызывающие фрустрацию, всячески акцентируются, независимо от того, расце­ниваются они как благоприятные, неблагоприятные или незначи­тельные.**
2. **Самозащитныс. Активность в форме порицания кого-либо, отрицание или признание собственной вины, уклонение от упрека, направленные на защиту своего «Я», ответственность за фру­страцию никому не может быть приписана.**
3. **Нсобходимо-упорствующие. Постоянная потребность найти конструктивное решение конфликтной ситуации в форме либо тре­бования помощи от других лиц, либо принятия на себя обязанности разрешить ситуацию, либо уверенности в том, что время и ход со­бытий приведут к ее разрешению.**

**Полученные от испытуемого ответы интерпретируются, а ре­зультаты кодируются буквами:**

**Е — экстранунитивные реакции;**

**/ — интропунитивные;**

**М — имнунитивные.**

**Типы реакций обозначаются следующими символами:**

**OD — «с фиксацией на препятствии»;**

**ED — «с фиксацией на самозащите»;**

**NP — «с фиксацией на удовлетворении потребности».**

**Ксли в ответе с экстранунитивной, интроиунитивной или им- пунитивной реакцией доминирует идея препятствия, добавляется значок «прим» (£’, /’, М’).**

**Тип реакции «с фиксацией на самозащите» обозначается пропи­сными буквами без значка (/;, /, М).**

**Тип реакции «с фиксацией на удовлетворение потребности» обозначается строчными буквами (е, i, т).**

**Экстра- и интропунитивные реакции самозащитного типа в ситуациях обвинения имеют еще два дополнительных варианта оценки, которые обозначаются символами Е и /.**

**Все полученные в результате интерпретации буквенные коды заносятся в специальный протокол, после чего производится анализ реакций испытуемых, а структура его ответов сравнива­ется со стандартными усредненными для данной популяции дан­ными. Это позволяет рассчитать «степень социальной адаптации» (GCR).**

**Следует иметь в виду, что качество анализа ответов по данной методике возрастает, если помимо формальных процедур интер­претации написанного испытуемым текста производится и учет его «живых» мимических, интонационных и поведенческих реакций на каждую предложенную ситуацию.**

**Помимо взрослого варианта методики Розенцвейга, известна и его детская версия | Roscnzwcig, Fleming, Roscnzwcig, 19-18; Дани­лова, 1996; Диагностика..., 2002; Дементий, 200-41.**

**На рис. 3.6 приведен пример стимульного материала (детская версия).**

**При обработке данных, полученных с помощью детской версии методики Розенцвейга, используется тот же подход, который был предложен для взрослой.**



Рис. 3.6. Стимульный материал методики Розенцвейга (версия для детей)

Методика незаконченных предложений Д.М. Сакса — С. Леви

(J.M. Sacks, S. Levy — SSCT: Sack's Sentence Completion Test)

**[Sacks, Levi, 1950; Блейхер, Крук, 1986; Кудряшов (ред.), 1992;**

**Михайлов, Сердюк, Федосеев, 2002; Калягин, Овчинникова, 2006;**

**Райгородский, 2007]**

/[энная методика, адаптированная н НИIIНИ им. В.М. Нсхте- рена, предназначена для исследования различных сторон и про­блемных зон личности, для выявления основных нсихотравмиру- кяцих ситуаций, для дополнения анамнестических данных. Интер­претация носит качественный характер.

Методика заключается в том, что обследуемому предлагают до­писать первыми пришедшими в голову мыслями 60 готовых неза­конченных фраз.

Образцы фраз:

1. ***Думаю, что мой отец редко...***
2. ***Пели все против меня, то***
3. ***Я всегда хотел***
4. ***Пели бы я занимал руководящий пост***
5. ***Будущее кажется мне***
6. ***Мое начальство***
7. ***Знаю, что глупо, но боюсь***
8. ***Думаю, что настоящий друг***
9. ***Когда я был ребенком***
10. ***Идеалом женщины* (*мужчины*) *для меня является***
11. ***Когда я вижу женщину рядом с мужчиной***
12. ***Но сравнению с большинством других моя семья***
13. ***Лучше всего мне работается с***
14. ***Моя мать и я***

**1 Г). *Сделал бы все, чтобы забыть***

1. ***Исли бы мой отец только захотел***
2. ***Думаю, что я достаточно способен, чтобы***
3. ***Я мог бы быть очень счастливым, если бы***
4. ***Исли кто-нибудь работает под моим руководством ....***
5. ***Надеюсь на***
6. ***В школе мои учителя***
7. ***большинство моих товарищей нс знают, что я боюсь***
8. ***Не люблю людей, которые***
9. ***Когда-то***
10. ***Считаю, что большинство юношей* (*девушек*)**
11. ***Супружеская жизнь кажется мне***
12. ***Моя семья обращается со мной как с***
13. ***Люди, с которыми я работаю***
14. ***Моя мать***
15. ***Моей самой большой ошибкой бгяло***
16. ***Я хотел бы, чтобы мой отец***
17. ***Моя наибольшая слабость .заключается в том***
18. ***Моим скрытым желанием в жизни является***
19. ***Мои подчиненные***
20. ***Наступит тот день, когда***
21. ***Когда ко мне приближается мой начальник***
22. ***Хотелось бы мне перестать бояться***
23. ***больше всех люблю тех людей, которые***
24. ***Исли бы я снова стал молодым***
25. ***Считаю, что большинство женщин* (*мужчин*)**
26. ***Исли бы у меня была нормальная половая жизнь***
27. ***большинство известных мне семей***
28. ***Люблю работать с людьми, которые***
29. ***Считаю, что большинство матерей***
30. ***Когда я был молодым, то чувствовал вину, если***
31. ***Думаю, что мой отец***
32. ***Когда мне начинает не везти, я***
33. ***больше всего я хотел бы в жизни***
34. ***Когда я даю другим поручение***
35. ***Когда буду старым***
36. ***Люди, превосходство которых над собой я притаю ....***
37. ***Мои опасения не раз заставляли меня***
38. ***Когда меня нет, мои друзья***
39. ***Моим самым живым воспоминанием детства является***
40. ***Мне очень не нравится, когда женщины* (*мужчины*)**
41. ***Моя половая жизнь***
42. ***Когда я был ребенком, моя семья***
43. ***Люди, которые работают со мной***
44. ***Я люблю свою мать, но***
45. ***Самое худшее, что мне случилось совершить, это***

Учитываются качество ответа (смысл законченного предло­жения), латентный период (время, затраченное на обдумывание ответа) и эмоциональная реакция пациента. Ответы испытуемого группируются в соответствии с ключом, предусматривающим 15 тем.

*Ключ к методике незаконченных предложений*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  н/п | Группы предложений | № заданий | | | |
| 1 | Отношение к отцу | 1 | 16 | 31 | 46 |
| 2 | Отношение к себе | 2 | 17 | 32 | 47 |
| 3 | 11ереали:юнаш1ые возможности | 3 | 18 | 33 | 48 |
| 4 | Отношение к подчиненным | 4 | 19 | 34 | 49 |
| 5 | Отношение к будущему | 5 | 20 | 35 | 50 |
| В | Отношение к вышестоящим лицам | 6 | 21 | 36 | 51 |
| 7 | Страхи и опасения | 7 | 22 | 37 | 52 |
| 8 | Отношение к друзьям | 8 | 23 | 38 | 53 |
| Я | Отношение к своему прошлому | 9 | 24 | 39 | 54 |
| 10 | Отношение к лицам противоположного пола | 10 | 25 | 40 | 55 |
| 11 | Сексуальные отношения | 11 | 26 | 41 | 56 |
| 12 | Отношения к семье | 12 | 27 | 42 | 57 |
| 13 | Отношение к сотрудникам | 13 | 28 | 43 | 58 |
| 14 | Отношение к матери | 14 | 29 | 44 | 59 |
| 15 | Чувство вины | 15 | 30 | 45 | 60 |

Для каждой группы предложений выводится характеристика, определяющая данную систему отношений как положительную, отрицательную или безразличную.

Для более тонкой дифференциации ответов по категориям от­ношений и их сравнению возможен вариант оценки, при котором каждый ответ (система отношений) оценивается по З-балльпой системе (0, 1, 2):

* 0 баллов если адаптация не нарушена, конфликт нс выявлен;
* 1 балл — если конфликт на субклиническом уровне, испыту­емый сам видит пути разрешения конфликта;
* 2 балла — когда адаптация нарушена, требует психотерапевти­ческой коррекции.

Часть ответов бывает формального характера, соответствует по содержанию началу фразы. Эмоционально значимые предло­жения даже при формальном соответствии ответа сопровожда­ются задержкой (удлинением латентного периода), мимико-ве­гетативной реакцией. У больных с истерической акцентуацией, как правило, выявляется множество конфликтов, выражена де­монстративность, вычурность ответов. У больных со страхами и болезненными переживаниями фиксируется неуверенность в будущем. Чем категоричнее и ярче даже отрицательные ответы, свидетельствующие о конфликте, тем больше они доказывают со­циальную дизадаптацию пациента [Михайлов, Сердюк, Федосеев, 2002].

Помимо версии Сакса — Леви, существует много иных вари­антов данной методики, отличающихся как направленностью во­просов, так и характером возможных вариантов ответа (например, степенью их регламентированности или выбором ответа из гото­вого списка).

*Контрольные* вопросы *и задания*

1. **В чем преимущества беседы как одного из клинических методов ис­следования?**
2. **Какие формы помощи ребенку возможны при проведении экспери­ментальных заданий?**
3. **Дайте характеристику наблюдения как одного из наиболее универ­сальных методов исследования психических явлений.**
4. **Опишите принцип построения шкал теста дифференциальной само­оценки функционального состояния.**
5. **Какой теоретический подход к оценке личности реализован в мето­дике «Семантический дифференциал»?**
6. **С помощью каких методик возможно исследование личностного отно шения к болезни и здоровью?**
7. **Какие характеристики темперамента оцениваются в опросниках Я. Стреляу и В.М. Русалоиа?**
8. **С помощью каких методик исследуется степень выраженности акцен­туированных черт?**
9. **Какими методиками представлен факторный подход к личности?**
10. **Опишите технологию исследования но тематическому апперцептив­ному тесту и специфику его стимульного материала для взрослых и детей.**
11. Каковы проективные критерии шизофренических и эпилептических изменений, регистрируемые по методике Роршаха?
12. Какие цели реализует исследование но методике Розепцвейга?
13. Какие особенности личности и эмоциональной сферы можно выявить при исследовании но методике незаконченных предложений?

3.9. СПОСОБНОСТИ И ИНТЕЛЛЕКТ  
Способности

**Большинство авторов определяют способности как индивиду­ально-психологические особенности личности, обусловливающие быстроту (динамику) и успешность усвоения знаний, навыков, умений, исполнения какой-то деятельности. Есть все основания включать в их содержание и такие качества, как творческий эле­мент, оригинальность и новизна, /(ля способностей характерна и возможность переноса выработанных умений и навыков в новую ситуацию. 'Каким образом, способности могут описываться как ко­личественными, так и качественными характеристиками. Свойства темперамента и характера в число способностей не попадают, равно как знания и умения, которые могут являться результатом упор­ного труда при отсутствии способностей в заданной области.**

**Например, по мнению одного из основных отечественных раз­работчиков проблемы способностей Б.М. Теплова 11961 ], имеются три признака, обусловливающих корректное использование дан­ного понятия:**

1. **под способностями понимаются индивидуально-психологи­ческие особенности, отличающие одного человека от другого;**
2. **способностями называют не всякие вообще индивидуальные особенности, а лишь такие, которые имеют отношение к успеш­ности выполнения какой-либо деятельности или многих деятельно­стей (этой мысли созвучно и определение способностей, даваемое К.К. Платоновым, — «степень соответствия личности в целом опре­деленной деятельности» | Платонов, 1972, с. 871;**

**,3) способность нс сводится к тем знаниям, навыкам или уме­ниям, которые уже выработаны у данного человека.**

**Однако между такой важнейшей составляющей способностей, как мышление, и характером существуют более сложные отно­шения. Такие качества, как легкомыслие, благоразумие, рассуди­тельность, глубина и острота мысли, необычность постановки во­проса и его решения, уверенность в ходе мыслительных процессов, будучи исходно интеллектуальными, являются или могут стано­виться характерологическими чертами. При этом, превращаясь**

**в свойства характера, интеллектуальные качества начинают харак­теризовать нс один интеллект как таковой, а личность в целом | Ру­бинштейн, 2000). С другой стороны, в широкой трактовке, к числу способностей могут быть отнесены восприятие, память и мыш­ление, которые часто определяются через это понятие.**

**Как и все индивидуально-психические особенности личности, способности не даются человеку от природы в готовом виде, а фор­мируются прижизненно, в деятельности. Однако в их основе лежат врожденные и генетически детерминируемые задатки (анатомо­физиологические предпосылки), к числу которых обычно относят морфологические особенности строения мозга, специфику его функционирования, а также свойства нервной системы в целом. Иногда к числу задатков причисляют качество работы органов чувств и осуществления психомоторных процессов. Но по резуль­татам развития невозможно сказать, каков был вклад задатка, спо­собов определения меры участия генотипического фактора пока тоже нет.**

**Наличие задатков не гарантирует развития способностей, это лишь природный потенциал, который может реализоваться при со­ответствующих условиях и образовательных воздействиях извне. Колес того — и сами способности не могут существовать иначе, как в постоянном процессе развития.**

**Двумя сторонами, или составными частями, способностей, ко­торые могут иметь разную степень выраженности, являются обуча­емость — способность приобретать уже накопленные в обществе знания и креативность — способность преобразовывать полу­ченную информацию, создавать новые знания и интеллектуальные продукты с участием воображения и фантазии.**

**Традиционно выделяют:**

* **общие способности, определяющие успех в любой деятельности и часто отождествляемые с интеллектом или общим уровнем развития либо с системой индивидуально-волевых качеств, спо­собствующих эффективности осуществления широкого круга деятельностей; по В.Н. Дружинину [20021, общие способности характеризуются как способности получать, преобразовывать и применять знания;**
* **специальные способности, реализуемые в пределах лишь одного вида деятельности, но возникающие на базе общих (например, музыкальные, конструктивные, математические, педагогические**

И Т.Н.).

**Между общими и специальными способностями существуют иерархические отношения, точно так же, как подобные отно-**

тения сущсстнуют между факторами, составляющими интел­лект (например, факторами более низкого уровня по отношению к фактору общего интеллекта являются факторы вербального, во многом зависимого от социализации и приобщения к куль­туре, и невербального (пространственного, практико-техниче­ского) интеллекта, а на еще более низком уровне иерархии рас­положены частные умственные качества, измеряемые с помощью тестов и диагностических проб, но и тс при известной изощрен­ности могут быть разложены на более мелкие мыслительные опе­рации).

Способности разных людей к одной и той же деятельности могут иметь различную структуру благодаря индивидуальному своеобразию психических качеств и их сочетаний. Результатом непропорционального развития какой-то стороны интеллекту­альных функций становятся так называемые односторонние спо­собности (математические, музыкальные, лингвистические и др.). Многие из них в благоприятных обстоятельствах обучения и реали­зации позволяют человеку достичь выдающихся успехов и войти в историю пауки, искусства или какого-либо вида деятельности, но в некоторых случаях, отнимая мозговые ресурсы у других пси­хических процессов, могут сопровождаться признаками социально­психологической дизадаптации и недоразвитием иных психических функций.

Но мнению В.Д. Шадрикова 119831, необходимо различать такие внешне близкие понятия, как способности и одаренность. Основы­ваясь на системном подходе, способности необходимо соотносить со свойствами познавательных и психомоторных процессов, и их классификация должна опираться па классификацию психических функций и процессов. Одаренность же представляет собой инди­видуально-своеобразное сочетание способностей. Она должна соот­носиться с конкретной деятельностью, и при се классификации не­обходимо исходить из психологического анализа соответствующих видов деятельности.

Интеллект

Несмотря на отсутствие общепринятого определения, как эк­вивалент понятия общей одаренности или как общая способность к обучению и деятельности, независимо от их содержания часто рассматривается интеллект.

Практически все авторы, занимающиеся проблемой интеллекта, сходятся в одном в неразрешенное™ этой проблемы и в необхо­димости признания множественности точек зрения па его научное содержание. Н некоторых работах высказываются даже сомнения в самом факте существования интеллекта.

Основной интерес к проблеме интеллекта исторически возник в конце XIX — начале XX в. на почве дифференциальной ди­агностики познавательных функций детей, что и определило на­чальное психометрическое русло подобных исследований, ле­жащее в сфере разработки разнообразного измерительного ин­струментария (заданий), способного их (познавательные, а ранее и сенсорные функции) количественно оценить (Френсис Гальтон, Джеймс Ксттслл, Альфред Нине и др.). И дальнейшем полученные оценки стало возможным сопоставить с данными, типичными для соответствующего хронологического возраста. Таким образом, главным предметом исследования стал достигнутый уровень пси­хического развития, традиционно обозначаемый в психологии как IQ (intelligence quotient). Оставался открытым тогда и до сих пор нс вполне определен вопрос о конкретном перечне проб или за­даний, которые с достаточной полнотой могли бы характеризовать стихийно складывающиеся представления об интеллекте, источ­ником которых в большей степени являлся произвол автора разработчика тестовых батарей, а не общетеоретические представ­ления о психологической сущности интеллекта. Вместе с тем уже в тс годы в понятие интеллекта начинают включаться и факторы, источником которых выступает социальная среда (осведомлен­ность, способность к моральным оценкам и др.), а нс только био­логические предпосылки (пороговая чувствительность, время ре­акции и т.п.).

Позднее существенный слой в разработке представлений об интеллекте начинает связываться с активным внедрением в психологию статистических методов, в частности, факторного анализа, благодаря которому возникают две, на первый взгляд, взаимоисключающие тенденции. Первая (она возникла на почве исследований английского психолога Чарльза Спирмена (Charles Edward Spearman, 186Г?—1945) утверждает наличие общего фак­тора интеллекта (фактора «(?»), который обосновывается нали­чием положительных корреляций (статистических связей) между результатами исполнения различных интеллектуальных тестов. Но помимо фактора «С», Спирмен выделяет и второй фактор специфических способностей «А», который характеризует чело­века с точки зрения того, насколько успешнее или неуспешнее он справляется с конкретным видом деятельности по сравнению с другим человеком, обладающим одинаковым с ним фактором «С».

Дальнейшее развитие фактор «С» получил в работах англо-аме­риканского психолога Раймонда Кеттелла (Rajmond Bernard Kctloll, 1905 1998). Спирмсновский фактор «С» был разделен им на два компонента: «Се» — кристаллизованный интеллект и «С/» — те­кучий интеллект. Кристаллизованный интеллект является резуль­татом влияния культуры и образования, его основная функция накопление и организация знаний и навыков. Текучий интеллект связан с биологическими возможностями нервной системы, его основная функция быстро и точно обрабатывать текущую ин­формацию. Кроме этих базовых интеллектуальных способностей, Р. Ксттслл выделил еще три дополнительных фактора: «Cv» — спо­собность манипулировать образами при решении дивергентных задач, «Ст» — способность сохранять и воспроизводить инфор­мацию и «Cs» — способность поддерживать высокий темп реаги­рования.

Вторая тенденция представлена работами американского психо­лога Луиса Тёрстоуна (Louis Leon Thurslonc, 1887-1955), предло­жившего свой вариант многомерного факторного анализа, заклю­чавшийся в отказе от единого общего фактора интеллекта, место которого заняли несколько так называемых групповых факторов:

* вербальное понимание — способность понимать значение тек­стов, понятий, словесных аналогий, умение интерпретировать пословицы и т.п.;
* речевая беглость способность быстро подобрать слово по за­данному критерию (рифм, слон, принадлежащих к одной кате­гории);
* вычислительный — скорость и точность выполнения основных арифметических действий;
* пространственный способность быстро воспринимать и эф­фективно оперировать в уме зрительными пространственными отношениями;
* память — способность запоминать и воспроизводить инфор­мацию, в том числе построенную на ассоциациях;
* скорость и точность восприятия деталей, сходств и различий в изображениях и вербальном материале;
* индуктивный (логический) - способность выявлять закономер­ности и правила при завершении последовательностей. Следствием подобной замены стала необходимость для ди­агностики использовать не обобщенный показатель, а целый про­филь умственных способностей, составляющих интеллект. Цент­ральным аргументом здесь становится мысль, что можно быть «умным» в одной сфере и «глупым» — в другой. Однако даль­нейшие исследования показали, что выделенные факторы нс яв­ляются полностью независимыми, они также коррелируют друг с другом, что говорит в пользу существования фактора «(У». Дру­гими словами, противостояние этих двух концепций обобщения когнитивных функций в факторную модель интеллекта представ­ляет собой не что иное, как диалектическое единство общего и спе­цифического в одном и том же феномене.

Так или иначе, обе эти модели интеллекта исходно опираются на эмпирические данные, полученные путем тестирования (до фак­торизации необходимо иметь числовую матрицу, в которой каждая ячейка содержит число, характеризующее степень выраженности способности, предположительно измеряемой отобранным тестом).

Теоретически развивая идеи факторного подхода, другой аме­риканский психолг Джой Пол Гил форд (Joy Paul Guilford, 1897 1987) на основе своих двадцати лети их исследований приходит к построению концептуально иной, трехмерной «кубической» мо­дели интеллекта | Гилфорд, 1965|, осями которой становятся: пять типов операций (познание, память, оценивание, дивергентная и конвергентная продуктивность), четыре вида содержания (из­образительный материал, символический, семантический и по­веденческий) и шесть видов результатов или конечных мысли­тельных продуктов (элементы, классы, отношения, системы, типы преобразований и производимые выводы). Сочетание указанных составляющих позволяет зафиксировать 120 самостоятельных фак­торов интеллекта. Здесь за основу модели принимаются нс перечни желаемых способностей, а внутренняя конструкция интеллекта.

Теоретически достаточно стройная, данная модель для прак­тических целей оказывается совершенно неприемлемой, так как «рассыпает» интеллект на мозаику многочисленных компонентов, недоступных для полноценного экспериментального исследования.

К учету трех совершенно различных концепций интеллекта призывал Ганс Айзенк (Hans Jiirgcn Kysenck, 1916 1997) [Ай­зеи к, 19951. Он считал необходимым выделение биологического интеллекта (физиологической, нсйрологичсской, биохимической и гормональной основы познавательного поведения, в рамках ко­торой важную роль играет генетический фактор), психометри­ческого интеллекта, на практике измеряемого IQ-тсстами, и со­циального интеллекта, во многом зависящего от культурных фак­торов и в основном выражающегося в эффективности социальной адаптации. Айзенк утверждал, что при тестировании примерно 70% различий определяется биологическим фактором, а .'50% зависят от срсдовых.

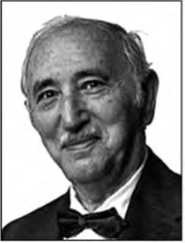
Одним из обоснований роли социального интеллекта Г. Лйзенк считал работы Роберта Стернберга (Robert Sternberg, р. 1949), скептически относящегося к тестовым способам оценки интел­лекта, среди которых отсутствуют проблемные ситуации, ре^лярно встречающиеся в повседневной жизни. Взамен традиционного под­хода он предпринимает попытку описания «обыденных» его про­явлений, для чего использует метод факторного анализа суждения экспертов о наиболее показательных качествах интеллекта. Резуль­татом его работы стало выделение трех форм интеллектуального поведения:

1. вербальный интеллект, который характеризуется запасом слов, эрудицией, умением понимать прочитанное;
2. способность решать проблемы;
3. практический интеллект (социальная компетентность) как умение добиваться поставленных целей.

Р. Стернберг приходит к выводу, что практический интеллект воплощается в «формах приобретаемого опыта» [Стернберг, 20021, рассматриваемых I'. Айзенком как проявление социально полезной адаптации.

В последние годы феномен социального интеллекта привлекает к себе все большее внимание. Этот термин, в общих чертах обозна­чавший «вести себя мудро в человеческих взаимоотношениях», введен в 1920 г. американским психологом Эдвардом Торндайком | Kdward Lee Thorndike, 1984 18741 в статье Intelligence and its use. Позднее предпринимались многократные попытки формулировать более точные и научные cm определения, включавшие в том числе способ­ность понимать самого себя но взаимоотношениях, а также прогно­зировать межличностные события [Емельянов, 1995|. Основная кри­тика социального интеллекта часто сводится к его искусственности, поскольку он представляет собой лишь гармоничную часть общего интеллекта или один из зависимых от нет факторов.

Факторный подход к интеллекту допол­няется его иерархическими моделями, в ко­торых общий интеллект распадается на не­сколько факторов более низкого уровня (групповых), например, на вербальный и ин­теллект действия, которые, в свою очередь, дробятся на более мелкие специфические факторы у Дэвида Нскслсра (David Wcchslcr, 189fi 1981), или же находящийся на вершине фактор общих способностей ирсзснтирустся Д. Векслер вербальным, пространственным, мпсмическим



**и фактором перцептивной скорости, определяемыми психологиче­скими тестами, — как это было показано в других исследованиях [Дружинин, 1999|.**

**Представление об интеллекте как наиболее совершенной форме адаптации организма к среде, являющей собой единство процесса ассимиляции (усвоения) и процесса аккомодации (модифи­кации) внешних когнитивных схем, разрабатывалось еще Уиль­ямом Штерном (William Lewis Slern, 1871-1938) | Штерн, 1998| и Жаном Пиаже (Jean William Piaget, 1896-1980) | Пиаже, 2003|. Суть интеллекта заключается в возможности осуществлять гибкое и одновременно устойчивое приспособление к физической и со­циальной действительности, а его основное назначение — в струк­турировании (организации) взаимодействия человека со средой. Более высокий интеллект означает лучшую способность приспо­собления мышления к новым условиям существования и требова­ниям бытия.**

**Вслед за Дж. Гилфордом, уходя от феноменологической и апел­лируя к общеструктурной стороне интеллекта, М.Л. Холодная 11990, 2000] усматривает уже четыре основных аспекта его функ­ционирования, характеризующих четыре типа интеллектуальных способностей: конвергентные способности, дивергентные способ­ности (или креативность), обучаемость и познавательные стили.**

**Конвергентные способности представлены четырьмя свойствами интеллекта.**

1. **Уровневые свойства, характеризующие достигнутый уровень развития отдельных познавательных функций. Их типичными при­мерами являются тс особенности интеллектуальной деятельности, которые диагностируются с помощью интеллектуальных шкал Век­слера или Лмтхауэра.**
2. **Комбинаторные свойства, характеризующиеся способностью к выявлению и формированию разной) рода связей и отношений.**
3. **Процессуальные свойства, характеризующие операцио­нальный состав, приемы и отражение интеллектуальной деятель­ности (как человек выполняет то или иное задание).**
4. **Регуляторные свойства, характеризующие обеспечиваемые интеллектом эффекты координации, управления и контроля пси­хической активности.**

**В качестве критериев дивергентных способностей целесообразно рассматривать комплекс определенных свойств интеллектуальной деятельности:**

**1) беглость (количество идей, возникающих в единицу вре­мени);**

1. оригинальность (способность производить «редкие» идеи, от­личающиеся от общепринятых, типичных ответов);
2. восприимчивость (чувствительность к необычным деталям, противоречиям и неопределенности, а также готовность гибко и быстро переключаться с одной идеи на другую);
3. метафоричность (готовность работать в фантастическом, «невозможном» контексте, склонность использовать символи­ческие, ассоциативные средства для выражения своих мыслей, а также умение в простом видеть сложное и, напротив, в сложном — простое).

Обучаемость выводится из широко известной концепции Л.С. Выготского о зонах актуального и ближайшего развития. При широкой трактовке обучаемость рассматривается как общая способность к усвоению новых знаний и способов деятельности, а при узкой как величина и темн прироста эффективности интел­лектуальной деятельности под влиянием тех или иных обучающих воздействий. Мри этом в качестве критериев обучаемости высту­пают: 1) количество дозированной помощи, в которой нуждается ребенок (со стороны экспериментатора или учителя); 2) возмож­ность переноса усвоенных знаний или способов действия на вы­полнение аналогичного задания.

Познавательные стили (устойчивые способы исполнения интел­лектуальной деятельности):

* стили кодирования информации — визуальный, аудиальный, ки­нестетический;
* когнитивные стили — насчитывается до 20 различных (поле­зависимость полснезависимость, импульсивность рефлек­тивность, фокусирующего сканирующего контроля и др.) [Хо­лодная, 20041;
* интеллектуальные стили — способы постановки и решения проблем: законодательный, исполнительный, оценочный и др.;
* эпистемологические стили (эпистемология раздел философии, изучающий закономерности получения научных знаний) ин­дивидуально-своеобразные способы познавательного отношения человека к происходящему, проявляющиеся в особенностях ин­дивидуальной «картины мира» (эмпирический, рациональный, метафорический).

Заметное место в отечественной психологии занимает система взглядов В.Н. Дружинина, предложившего модель «интеллектуаль­ного диапазона», или «диапазона продуктивности», суть которой сводится к тому, что интеллект ограничивает верхний уровень до­стижений в любой деятельности, по нс детерминирует его результат.

С ростом общего интеллекта растет и диапазон достижений, но при прочих ранных условиях важную роль начинают играть мотивация, общая активность и компетентность, способные в отдельных слу­чаях обеспечить более высокий уровень достижений (Дружинин, 1998, 2007]. Он так же, как и Ж. Пиаже и Г. Лйзенк, важную роль в понимании интеллекта отводит ему как способности, опреде­ляющей общую успешность адаптации человека к новым условиям.

Активность интеллекта, особенно его высшие творческие формы, по мнению Н.Г. Ананьева 119771, детерминируются уста­новками, потребностями, интересами и идеалами личности, ее при­тязаниями. Ананьев видел в интеллекте интегрированную систему познавательных процессов, причем степень этой интегрирован пости, выраженная в корреляционных связях между отдельными свойствами познавательных функций, рассматривалась как кри­терий развития интеллекта. Одно из важнейших мест в теории ин­теллекта взрослого человека занимает «сложная диалектика памяти и мышления» | Ананьев, 1977, с. 3601. Аналогичной позиции о связи памяти с мышлением как предпосылки высшего уровня интеллекта придерживался и 71.М. Веккер [ 1998].

Связь особенностей организации индивидуальной базы знаний, опираясь на которую субъект строит свои представления о проис­ходящем, а также правил, с помощью которых субъект использует имеющиеся у него сведения (хранит и воспроизводит их), с интел­лектуальными способностями подчеркивается еще в ряде теорий. В способах интерпретации интеллекта особое место занимают и концепции, которые во главу угла ставят характеристики эффек­тивности обучения или присвоения знаний, причем водном случае критерием интеллектуального развития выступает собственно обу­чаемость, а в другом интеллект определяется как совокупность приобретенных в процессе обучения когнитивных навыков.

Среди факторов, рассматриваемых как составная часть интел­лекта, довольно часто упоминаются творческие, или креативные, потенции. В.Н. Дружинин 11994], анализировавший роль этого фактора, считал, что в психологии существует как минимум три основных подхода к проблеме творческих способностей:

1. как таковых творческих способностей нет. Главную роль в детерминации творческого поведения играют мотивация, цен­ности, личностные черты (когнитивная одаренность, чувствитель­ность к проблемам, независимость в неопределенных и сложных ситуациях);
2. творческая способность (креативность) является самостоя­тельным фактором, независимым от интеллекта, а в более «мягком» варианте между уровнем интеллекта и уровнем креативности сеть незначительная корреляция;
3. высокий уровень развития интеллекта предполагает высокий уровень творческих способностей и наоборот.

Последующие исследования показали, что между интеллектом и креативностью существует более сложная зависимость креа­тивность и общий интеллект являются способностями, определя­ющими процесс решения мыслительной задачи, но играющими разную роль на различных его этапах; при этом количество гипотез, порождаемых индивидом при решении комплексной мыслительной задачи, коррелирует с креативностью, а правильность решения по­ложительно коррелируете уровнем общего интеллекта. Кроме того, обнаружилось, что среди лиц с низким интеллектом трудно найти человека с креативными способностями, но встречаются интеллек­туалы с низкой креативностью.

Как способность индивида к целесообразному поведению, рациональному мышлению и эффективному взаимодействию с окружающим миром определял интеллект Д. Векслер. Он по­казал, что успешность решения интеллектуальных тестов зависит от интеллектуальных параметров и от приобщения к культуре, лю­бознательности, двигательной активности и т.д.

Большинство из рассмотренных теоретических построений входит в парадоксальный конфликт с общепринятой практикой измерения интеллекта, которая опирается на весьма конкретные показатели типа скорости выполнения задания, количества допу­щенных ошибок и т.н.

В качестве рабочего в дальнейшем будем использовать следующее определение интеллекта: это — интегративная способность психики индивида обеспечивать прогресс в избранных видах деятельности.

Спектр «избранных» видов деятельности может колебаться в широких пределах, начиная от единичных (как это, например, может иметь место при синдроме Лепергера) и заканчивая фрон­тальным, многогранным, приближающимся к тому, что у Спирмена обусловливается фактором «С».

При этом необходимо различать «инструменты» интеллекта - комбинации конкретных психических функций и процессов (в первую очередь гнозиса, мнсзиса, мышления и селективной регуляции и др.), основой которых являются морфофункцио­нальные системы мозга, развивающиеся в том числе и под воздей­ствием социальной среды, и «мишени» интеллекта, выступающие для внешнего наблюдателя в качестве его индикаторов (обучае­мость, адаптивность, экономичность, безошибочность и т.н.).

Учитывая, что за любой способностью с одной стороны стоит этап иметь в развитии многочисленных функциональных систем мозга и возрастная специфика его межиолушариого взаимодей­ствия [Сандомирский, Бслогородский, Книксен, 19971, а с другой столь же многочисленные внешние, в том числе социальные, условие развития желаемых способностей у ребенка оказывается связанным с наличием и реализацией так называемых сенситивных периодов. Это относительно узкие этапы онтогенетического раз­вития, в которые развивающийся организм бывает повышенно восприимчив к определенного рода воздействующим влияниям и стимулам. В такие периоды создаются оптимальные сочетания внутренних психофизиологических условий для развития кон­кретных психических свойств и способностей. Запаздывание в предоставлении ребенку соответствующей внешней стимуляции в необходимые сроки чревато неэффективностью соответствующей способности в дальнейшем, а в худшем случае и ее регрессией. Это обстоятельство обусловило то, что помимо определения «сен­ситивный», в психологии по отношению к тем же периодам вре­мени используют или объединяют с ним понятия «критический» или «кризисный».

Как уже указывалось, понятие критических периодов в психо­логию ввел Л.С. Выготский 11984 |, который различал периоды спокойного развития и периоды развития переломного, характери­зующиеся рассогласованностью в работе функциональных систем организма, перестройкой многих из них, наличием, наряду с пози­тивными, разрушительных тенденций. По смыслу это способ раз­решения конфликта между уже сложившимися и вновь созрева­ющими функциональными механизмами. Особенностью каждого критического периода является то, что в его конце формируются новые свойства и качества, которых нс было в предыдущем воз­расте.

Мнение о том, что потери, связанные с неэффективным ис­пользованием сенситивного (критического) периода, оказываются в дальнейшем невосполнимыми, в настоящее время подвергается пересмотру. Основанием для этого послужили исследования, по­казавшие волнообразное развитие многих функций, т.с. потенци­альную возможность, хотя и с трудом позднее «добирать» упу­щенное.

Нарастание уровня способностей выражается понятиями та­ланта и гениальности.

На инструментальном уровне наиболее распространенной формой оценки степени выраженности способностей являются

тесты (достижений, интеллекта, креативности и др.) [Айзенк, 1995]. Однако для детей первых лет жизни приемы оценки психического развития — основного предмета интересов детских психологов — требуют иного подхода, при котором основную роль играет на­блюдение, сочетаемое с искусственным созданием условий, позво­ляющих раскрыть возможности сенсорно-перцептивной, моторной и аффективной сфер ребенка, проверить его активность, навыки самостоятельности и общения [Смирнова, Галигузова, Ермолова, Мещерякова, 2005].

*Контрольные вопросы и задания*

1. **В чем заключается сложность определения понятия способностей?**
2. **Каковы различия между способностями и задатками?**
3. **Охарактеризуйте факторный подход в разработке представлений об интеллекте.**
4. **Каковы четыре аспекта функционирования интеллекта (но М.А. Хо­лодной)?**
5. **Раскройте соотношение между интеллектом и творческими способ­ностями.**
6. **В чем особенность приемов оценки интеллектуальной деятельности у детей первых лет жизни?**
7. ПАТОПСИХОЛОГИЯ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Многочисленные и чрезвычайно разнородные состояния, в раз­личной степени и по разным причинам ухудшающие познавательные способности человека и, в первую очередь, ребенка, получили на­звание умственной отсталости. К числу основных расстройств ин­теллектуального функционирования, помимо умственной отста­лости, могут быть отнесены еще две формы дизонтогенстичсских изменений: задержка психического развития и деменция.

Умственная отсталость

Умственная отсталость - это целая группа сочетанных рас­стройств интеллекта и психического функционирования в целом, характеризующихся общим стойким недоразвитием психики в ре­зультате врожденных или рано приобретенных диффузных пора­жений мозга или генетических пороков развития. В МКН-10 ум ствснная отсталость определяется как «состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь харак­теризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуаль­ности, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных особен-

ностей». Страдает и аффективная сфера, ухудшается способность к обучению. Такие дети составляют около 2,6% от общей детской популяции [Специальная..., 20071.

Термин «умственная отсталость» с начала 1990-х гг. заменил ранее широко распространенный термин «олигофрения», вве­денный в 1915 г. К. Крспслипым с целью обозначения специ­фической аномалии развития и отграничения врожденного сла­боумия от приобретенного (деменции — см. ниже), а также еще ранее применявшийся к лицам с интеллектуальной неполноценно­стью термин «идиотия». Замена одних терминов другими связана не только с углублением научных представлений об указанном де­фекте и психофизиологических механизмах его возможного появ­ления, но и с этическими соображениями. Н разработанном проекте МКВ-11 понятие «умственной отсталости» предлагается заменить на еще более лояльное но отношению к таким детям понятие «рас­стройство интеллектуального развития» («Disorders of intellectual development») (6Л00), которое само входит в рубрику «Нейроон- тогснстичсские расстройства» («Ncurodevclopmenlal disorders») (в DSM-5 — «психическая несостоятельность») или «расстойство когнитивных функций», причем акцент при таких заменах смеща­ется с количественных критериев интеллектуальной деятельности на успешность адаптации в бытовой и социальной сферах.

Содержание данного раздела патопсихологии традиционно яв­ляется одним из основных предметов анализа специальной пси­хологии и, как правило, разрабатывается специалистами, работа­ющими в этой сфере. Ключевой спектр проблем интеллектуальной недостаточности формируется в детстве иод преимущественным влиянием факторов, специфических для данного возрастного пе­риода, начиная от его пренатальных этапов.

Исходя из классификации, предложенной В.В. Лебединским и опирающейся на более ранние разработки Г.К. Сухаревой, В.В. Ковалева и др. [Лебединский, 200.'?|, умственная отсталость обоснованно квалифицируется как разновидность дизонтогснсза. Вели онтогенез это естественное, постепенное и одновременно этапное качественное и количественное изменение в организме и параллельно в психике на протяжении всей жизни, включающее как преимущественно прогрессивные, так и регрессивные (инво­люционные на последнем этапе жизни) преобразования, то ди- зонтогенез — это патологическое отклонение от естественных хода, ритма, темпа и качества возрастных изменений (задержки и искажения). Дизонтогснсз психического развития может возни­кать под влиянием многих внутренних и внешних факторов (био­генетических, психогенных и микросоциальных), а также при их сочетанном взаимодействии. Однако отчетливые причинно-след­ственные связи между потенциально вредоносными факторами и возникшими неблагоприятными эффектами отслеживаются не всегда.

В соответствии с МКН-10 выделяют легкую, умеренную, тя­желую и глубокую степени умственной отсталости (аналогичная четырехступенчатая классификация сохранилась и в МКЬ-11), заменившие ранее использовавшиеся в рамках олигофрении кате­гории дебильности, имбецильности и идиотии. Особенно сложным является установление причин возникновения легких дизонтогене- тичсских расстройств, наблюдаемых у основной части умственно отсталых лиц. В материалах МКВ-11 оговаривается, что для отне­сения индивида к категории лиц с нарушенным интеллектуальным развитием, необходимо, чтобы но показателям стандартизиро­ванных тестов он набирал на два и более стандартных отклонения ниже среднего.

Степени умственной отсталости и количественные показатели по стандартизированным методикам, в частности методике Век­слера, соотносятся следующим образом (табл. 3.4) [Г.С. Марини­чева, M.III. Вроно, 1999].

*Таблица 3.4*

Количественные **критерии определения умственной отсталости**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IQ (по тесту Векслера) | Определение  через понятие «олигофрения» | Определение но МКВ-10 |
| 80 100 | 11орма (средняя) | 11орма |
| 70 79 | Пограничные с нормой задержки развития | — |
| 50-69 | Дебильность | Легкая |
| 35-49 | Имбецильность | Умеренная |
| 20 34 (40) | Тяжелая |
| Менее 20 | Идиотия | Глубокая |

Но нужно иметь в виду, что тяжелая и глубокая степени рас­стройств интеллектуального развития не могут быть с достаточной степенью адекватности дифференцированы с помощью стандар­тизированных тестов, и их категоризация производится на основе поведенческих критериев и уровня адаптирован пости к внешней среде.

В табл. .‘{.5 показано примерное распределение оценок но мате­риалам выборки 1,7 тыс. лиц в возрасте от 16 до 6^1 лет.

*Таблица 3.5*

Процентное соотношение представителей выборки по уровню интеллектуального развитвия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель IQ | Степень | % пыяп- лепия |
| 1.30 и выше | Весьма высокий интеллект | 2,2 |
| 120-129 | Высокий интеллект | 6.7 |
| 110-119 | «Хорошая норма» | 16,1 |
| 90-109 | Средний уровень | 50,0 |
| 80 89 | Сниженная норма | 16,1 |
| 70-79 | Пограничный уровень | 6.7 |
| 69 и ниже | Умственный дефект | 2.2 |

Учитывая, что степень умственной отсталости (расстройства интеллектуального развития) определяют величиной IQ весьма условно, да и стимульный материал методики может отставать от развития общества. В каждом конкретном случае рекоменду­ется учитывать и другие характеристики индивида, в частности его социальную компетентность, навыки самообслуживания и умение обеспечивать собственную безопасность.

/(ля типичной умственной отсталости свойственны тотальность психического недоразвития, которая касается нс только интел­лектуальной деятельности, но и всей психики в целом. К С. Ле­бединская |1982|, кроме тотальности, подчеркивает и фактор ие­рархичности психического недоразвития, выражающийся в том, что при отсутствии осложнснности олигофрении (устар.) недо­статочность восприятия, памяти, речи, эмоциональной сферы, моторики при прочих равных условиях всегда выражена меньше, чем недоразвитие мышления, особенно его абстрактных форм, от­влечения и обобщения. Однако Д.Н. Исаев 12007] указывает, что при умственной отсталости далеко нс всегда имеют место тоталь­ность и преимущественное недоразвитие фило- и онтогенетически наиболее молодых систем мозга. Психическое недоразвитие может быть обусловлено преобладающим поражением более древних глу­бинных образований, которые препятствуют накоплению жизнен­ного опыта и обучения. В то же время вопрос о соотношении таких критериев, как ослабленная способность к социальной адаптации и ухудшенные познавательные возможности, продолжает оста­ваться открытым.

В качестве определяющего умственную отсталость фактора вы­ступает и се нсирогрсдиснтность (нсразвивасмость, отсутствие ди­намики, процессуальное™) [Сухарева, 1965|.

Количественный и качественный состав потерь со стороны пси­хики, сроки и интенсивность их проявлений, а также прогноз со­циальной адаптации для разных степеней умственной отсталости заметно различаются (глубокая степень умственной отсталости с ее фактическим отсутствием собственно психической жизни и пере­ходом на вегетативный вариант взаимодействия с внешней средой здесь, как нс представляющая интерес для патопсихологии, вообще не рассматривается).

С первых лет жизни могут замечаться отставания в моторном развитии ребенка, в способности эмоционально реагировать на окружающее, дети хуже и позднее овладевают навыками само­обслуживания, в отличие от сверстников отличаются простотой и мапипуляторным характером игр, непониманием взаимоотно­шений, моделируемых в ролевых играх, отсутствуют пытливость и свойственная здоровым детям любознательность, эмоции с воз­растом нс дифференцируются, высшие морально-этические чувства не формируются, все более заметной становится слабость познава­тельной деятельности, особенно в возрасте, требующем перехода к систематическим учебным занятиям.

Качеством неполноценности охвачены все предпосылки ин­теллекта: и внимание (плохо привлекается и фиксируется), и па­мять (особенно в своих опосредованных, семантических формах, в то время как механическое запоминание может быть даже выше нормы), и общая психическая работоспособность, но многом обу­словливаемые необходимыми произвольными волевыми усилиями. Восприятие ориентировано на внешние признаки предметов без попыток уловить их внутренние связи и отношения. Заметны нс- цслснаправлснпость поступков, дефект инициативы, внушаемость и подражательность поведения.

Вместе с мышлением но срокам своего развития отстает и речь, обнаруживающая скудность запаса слов и ошибки в их употреб­лении, маловыразительность, аграмматичпость построения фраз и замедленность в их предъявлении. В более тяжелых случаях собственная речь вообще нс формируется, а чужая не понимается. На фоне органических поражений мозга встречаются дизартрии, а также другие нарушения, проецируемые в моторную сферу: не­уклюжесть, угловатость, недостаточная целесообразность при по­строении движения, расстройства мимики и жестикуляции. Могут встречаться и разнообразные пороки соматического развития.

Н зависимости от тяжести умственной отсталости эффек­тивность социальной адаптации таких больных может быть раз­личной — начиная от весьма высокой, выстраиваемой на овладении несложными, рутинными профессиональными навыками, не трс бующими творческого подхода при хорошем учете практической стороны жизни, и заканчивая полной зависимостью от ухода и при­смотра со стороны близких или специального персонала.

Но современным представлениям, умственная отсталость, бу­дучи зарегистрированной в детском возрасте, может со временем претерпевать ряд изменений в сторону компенсации (например, под влиянием лечебно-коррекционных мероприятий) или, на­против, усугубления состояния многих функций при тяжелых и осложненных формах, при неблагоприятной социальной обста­новке вокруг больного ребенка. Следует иметь в виду, что при ум­ственной отсталости, помимо собственно интеллектуальных огра­ничений, важную роль играет общая психическая пассивность, ко­торая не позволяет реализовываться даже имеющимся скромным, но сохрани ым предпосылкам.

Степени **и** формы умственной отсталости

Выделяют следующие степени умственной отсталости.

Легкая степень трудноотличима от другой, более мягкой формы дизонтогенстического расстройства — задержки психического развития, а в дошкольном возрасте, и по личностным, и по соци­альным особенностям имея свою индивидуальность, такие дети могут почти нс отличаться от здоровых. В раннем детстве неко­торые отстают от сверстников в темпе психомоторного и речевого развития, у них запаздывает проявление гуления, лепета, слова они произносят позднее, а словарный запас накапливается медленнее. Игры долго носят манипуляторный характер, ролевой компонент устанавливается с трудом.

Явный умственный дефект становится заметен лишь с начала школьного обучения, он выражается в трудностях усвоения даже нс очень сложного материала (из-за замедленного восприятия и слабости произвольного внимания). Либо, благодаря неплохой механической памяти и усидчивости, эти дети справляются с про­граммой первых нескольких классов, но оказываются несостоятель­ными при переходе к предметам, требующим абстрактного мыш­ления и семантической памяти. При легкой форме психического недоразвития с началом обучения в школе, и особенно в пубер­татном и постпубертатном возрасте, у больных часто появляется сознание своей неполноценности, которое становится источником внутреннего конфликта. Начинает преобладать гимотимный фон настроения, нередко с раздражительностью, легко возникают не­кротические и натохарактсрологичсскис реакции.

В то время как элементарные эмоции могут быть относительно сохранными, высшие эмоции, прежде всего нравственные, оказы­ваются недоразвитыми и недостаточно дифференцированными. Преобладают главным образом непосредственные переживания, вытекающие из конкретной ситуации и деятельности. Возможны беспричинные колебания настроения.

При легкой степени умственной отсталости выявляются внуша­емость, недостаточное чувство долга, ответственности, активности, а также неспособность к длительному волевому усилию и напря­женной деятельности. Эти особенности эмоционально-волевой сферы могут выступать на первый план и утяжелять общую кар­тину психического недоразвития. При ограниченном словарном запасе и слабой способности к ассоциативным процессам, дети, тем не менее, овладевают чтением, письмом и устным счетом, а в более старшие годы способны ориентироваться в несложных бытовых ситуациях, самостоятельно организуют свой быт, проявляют при­знаки критичности к себе, овладевают неквалифицированными, как правило, подражательными профессиональными навыками и даже вступают в брак.

Умеренная степень умственной отсталости выявляется в ранние периоды развития ребенка, поскольку при этой форме исходно и рано (на первых месяцах беременности либо в связи с наслед­ственными механизмами) поражаются как кора больших полу­шарий головного мозга, так и нижележащие образования. Степень интеллектуальных и эмоционально-нолевых потерь более вы­сокая. В младенческом возрасте первыми признаками выступают задержки в моторном развитии. В более старшие годы возможна неуклюжесть. Речь появляется к концу дошкольного возраста и представляет собой отдельные слона, редко фразы. В дальнейшем понимание и использование речи ограничено весьма простыми диалогами или сообщениями о своих потребностях. Имеющиеся понятия носят конкретный бытовой характер, диапазон которых очень узок. Часто значительно нарушено звукопроизпошение. Спе­циальные программы обучения учитывают слабость восприятия, памяти и внимания, замедленный темп усвоения ограниченного материала. Типичны отсутствие инициативы, склонность к подра­жанию другим, неустойчивость в деятельности.

Навыки самообслуживания формируются с трудом, на что и направляются основные усилия в воспитании. Эритсльно-про-

**странствснные функции — лучше по сравнению с речью, благо­даря чему больные при соответствующем обучении и контроле способны к неквалифицированному труду, а при относительном развитии речи обнаруживаются и признаки социального развития (например, умение вступать в контакт или эмоциональная адекват­ность в привычных ситуациях). В то же время они нс могут вести самостоятельный образ жизни, нуждаются в опеке.**

**Патопсихологическая картина больных с тяжелой степенью умственной отсталости напоминает аналогичную картину уме­ренной степени, но с той лишь разницей, что имеющиеся признаки недоразвития представлены с большей глубиной «но нижнему уровню», а помимо очевидной и тотальной интеллектуальной сла­бости и предельной ограниченности социального функциониро­вания на первый план начинают выходить моторные нарушения, свидетельствующие об органическом поражении нс только коры, но и подкорковых структур.**

**Глубокая степень умственной отсталости — предельная огра­ниченность в понимании происходящего и речи (узнавание и ори­ентировочный рефлекс отсутствуют, собственная речь на уровне нечленораздельных звуков). Элементарные навыки самообслужи­вания и опрятности, слежение за физиологическими оправлениями не формируются, продуктивная деятельность отсутствует. В при­митивной эмоциональной сфере преобладают дисфории, реакции удовольствия и неудовольствия. Типичны резкая ограниченность моторики, сопутствующие расстройства зрения и слуха, невроло­гическая симптоматика. Возможно понимание простых жестов, реакции на появление новых людей (хотя родственников от посто­ронних обычно нс отличают), на эмоции окружающих.**

**Д.Н. Исаев 120071 предложил классификацию форм умственной отсталости, которая предусматривает четыре се варианта: астениче­ская, атоническая, дисфорическая и стсничсская.**

**При астенической форме дети отличаются несоответствием уровня развития одних психических проявлений уровню развития других. Практически у всех уже с дошкольного возраста наблю­дается неустойчивое и легко отвлекающееся внимание, из-за чего они не могут принимать длительного участия в играх, а позднее — работать в классе. Продуктивность повышается лишь при инди­видуальных занятиях. У половины детей имеется эмоциональная неустойчивость, сочетаемая с неусидчивостью, суетливостью, а иногда расторможенпостью. Отмечается крайне неуклюжая, не­ловкая моторика, затруднения в тонкой координации движений, особенно пальцев. В школьном возрасте у них страдает письмо, от-**

стает развитие навыков чтения и счета, обнаруживается неумение правильно ориентировать одни части тела относительно других, сужен круг пространственных представлений.

При атопической форме на первый план, наряду с умственной отсталостью, выступает резко выраженная неспособность к пси­хическому напряжению, что особенно проявляется в форме чрез­мерной отвлскаемости, почти полной неспособности к сосредото­чению, часто достигающей степени апрозсксии. Недостаточность психического напряжения детей обнаруживается также в их низкой активности или даже полной бездеятельности. Поведение этих детей непоследовательное, а часто и явно иецеленаправленпос, «но­левое» и зависимое от случайностей ситуации, многие совершают нелепые поступки. Половина детей под влиянием постоянных по­буждений в процессе индивидуальных занятий осваивает чтение, письмо, а часть из них и счетные операции.

Наряду с недостаточной дифференцированностью, уплощенно- стью и грубостью чувств, часть детей отличается неумением син- тонно реагировать на переживания окружающих людей. Однако для большинства из них эмоции близких — достаточный стимул, вызывающий адекватные, хотя, возможно, и более примитивные чувства. У 76% детей обнаруживается недоразвитие моторики, осо­бенно тонкой.

Дисфорическая форма характеризуется состоянием почти по­стоянного аффективного напряжения, сочетаемого с эпизодически возникающими аффективными вспышками. Большинство детей в состоянии дисфории отличаются капризностью, плаксивостью, раздражительностью, недовольством всем окружающим, частыми жалобами. Почти все нс только раздражительны, по и злобны, легковозбудимы, склонны к агрессивным и разрушительным дей­ствиям. Такие дети постоянно ссорятся со сверстниками, дерутся с ними, наносят увечья, угрожают расправой. У меньшего числа детей наблюдаются дистимичсскис расстройства, проявляющиеся в форме напряжения, нелепые и немотивированные эйфории. Почти у половины резко усилены примитивные влечения. Пре­обладает двигательная расторможснность.

Овладение навыками письма, чтения и счета идет замедленными темпами или становится невозможным, что объясняется их не­ловкой или своеобразной моторикой, затруднениями в овладении пространственными и временными представлениями, расстрой­ствами внимания, недостаточной памятью и, особенно, аффектив­ными расстройствами.

Дети со стенической формой отличаются сраниитсльно равно­мерным недоразвитием как интсллсктуалыш-мнсстичсских, так и эмоционально-волевых функций. Ограниченности, бедности и уплощенное™ их мышления соответствуют примитивность и не­достаточность дифференцированности аффективной сферы. Менее подвержены изменению влечения пищевые, оборонительные и другие реакции. Однако, несмотря на определенную мотивиро­ванность их отдельных поступков, поведение в целом лишено твор­ческой инициативы и любознательности. В носильной же для них умственной и физической деятельности они проявляют вполне удовлетворительную выносливость и прилежание.

У половины детей фиксируют резкое отставание развития речи. Их словарный запас меньше, чем у представителей астенической формы. Отмечаются удовлетворительные пространственные и от­части временные представления. Расстройства внимания менее тя­желы и обнаруживаются лишь при сравнении со здоровыми детьми.

У подавляющего большинства детей со стенической формой имеются довольно грубые нарушения памяти. Они выражаются в худшем непосредственном запечатлении наглядного и словесного материала и невозможности использовать приемы осмысленного запоминания.

Аффективная жизнь таких детей характеризуется незрелостью, примитивностью, недостаточной дифференцированностью чувств, проявляющихся однообразием и отсутствием тонких оттенков, не­способностью при необходимости подавлять и регулировать свои эмоции.

У представителей стенической формы также имеются недораз­витие моторики, затруднения в построении внутреннего образа, пространственной организации движений из-за недостаточной связи между зрительным и моторным анализаторами. Однако сте­пень этих нарушений меньшая, чем у детей с другими формами. Их можно считать наиболее активными, самостоятельными и тру­доспособными.

Ксли в более ранних работах, посвященных умственной отста­лости (олигофрении), часто подчеркивалась необратимость |Лаб- рамная, 19951 и стационарность имеющегося недоразвития, а также относительная бессмысленность коррекционных мероприятий, то в публикациях последних лет все чаще встречаются указания на сохранные стороны интеллекта таких детей и подростков и не­обходимость специальной работы с ними. Нстсствснно, что потен­циальное улучшение ограничено глубиной психического недораз­вития и выражено тем меньше, чем больше отставание в развитии.

Часть улучшений обусловливается естественной возрастной ди­намикой в развитии организма и центральной нервной системы, а часть специальными лечебно-коррекционными мероприятиями, которые обеспечивают обратное развитие таких расстройств, как двигательная расторможснность, импульсивность, негативизм, це- рсбрастсничсские явления, неврологические симптомы.

Умственную отсталость, как перманентную форму дизонтогснсти- ческога расстройства, необходимо отличать от смежной формы ин­теллектуальной недостаточности — задержки психического развития.

Задержка психического развития

Задержка психического развития (.ЧИР) — временное замед­ление темна в развитии психики ребенка, ее отдельных сторон при сохранности высших регуляторных систем, благодаря чему долгое время остается надежда на выравнивание интеллектуальных функций ребенка с интеллектуальными функциями сверстников. Другое важное обстоятельство, дифференцирующее ЧИР от анало­гичных более тяжелых расстройств, в частности умственной отста­лости, — это нарциальность (обособленность) имеющейся симпто­матики, а нс преимущественно тотальное снижение всех уровней психического функционирования. ЧИР обычно выражается в недо­статочности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, преобладании игровых интересов, быстрой прссыщасмостью в интеллектуальной деятельности, что, как пра­вило, становится очевидным или в дошкольный период, или в на­чале обучения в школе. При анализе имеющихся у ребенка нару­шений во многих случаях обнаруживается, что интеллектуальная недостаточность носит не первичный, а вторичный характер, обу­словленный незрелостью мотивационной сферы.

Не в МКН 10, нс в МКК-11 специальной рубрики «Чадсржка психического развития» нет, а соответствующие ей нарушения в МКН-10 расписаны в разделе «Расстройства психологического (психического) развития».



К.С. Лебединская

К.С. Лебединской [1980| была предло­жена классификация ЧИР, основывающаяся на принципе причинности се возникновения (этиологический принцип), предусматрива­ющем четыре основных се варианта:

1. конституционального происхождения (психофизиологический инфантилизм), ключом к которому является соответствие эмоциональной сферы и содержания мотивовболее ранней ступени развития но сравнению с фактическим воз­растом ребенка (преобладание игровой направленности, неумение подчиняться дисциплине, внушаемость и недостаточная самостоя­тельность, но при сохранности спектра змоций и их живости, недо­статочность воображения);
2. соматогенного происхождения. В этом случае недостаточ­ность интеллектуального развития и поведения обусловливается наличием тяжелого хронического заболевания и общей астсниза- цией, снижающей активность ребенка в обычных для пего сферах, сверх чего может накладываться и ограничительная политика по типу гиперопеки со стороны родителей (умеренные по выра­женности, но продолжительные периоды социально-психологи­ческой депривации). Степень отставания в развитии самих ин тсллсктуальных функций здесь не велика, а основной акцент сме­щается на специфику личностных черт (робость, неуверенность в своих силах, капризность, истощасмость мотивации и т.п.), ко­торые создают индивидуально неблагоприятный фон реализации этих функций;
3. психогенного происхождения, связанная с ошибочными, не­благоприятными формами и нежелательными условиями воспи­тания ребенка, наличием длительно действующего психотравмиру­ющего фактора (жестокость, авторитарность со стороны родителей, безнадзорность, либо воспитание но типу «кумира семьи» и т.п.). Результатом в зависимости от специфики воспитания становится психическая неустойчивость, повышенная внушаемость, неумение тормозить свои эмоции и желания, импульсивность, отсутствие чувства долга и ответственности, стимулов к развитию познава­тельной деятельности, ослабление интеллектуальных интересов и установок, необходимых для усвоения школьных предметов, утрата самостоятельности и инициативы, неспособность к волевым целенаправленным усилиям;

Л) церебрально-органического генеза (первична но характеру; эта форма задержки психического развития более, чем остальные, при­ближается к причинным механизмам умственной отсталости). Как следует из ее обозначения, в основе интеллектуальных отставаний лежит неярко выраженная органическая недостаточность цент­ральной нервной системы ребенка (прежде всего коры больших по­лушарий), возникающая по многочисленным причинам (патология беременности и родов, интоксикации, черепно-мозговые травмы в первые годы жизни и т.п.) в тс сроки жизни ребенка, когда диф­ференциация основных мозговых систем уже в значительной мере осуществилась и пет опасности их г рубого недоразвития. Очевидно,

что определенную роль начинает играть масштабность поражения и его прсимущсстнснная локализация, из-за чего ЗПР церебрально­органического генеза в некоторых случаях может приближаться к более тяжелому расстройству интеллектуального и личностного развития — умственной отсталости. В силу этого же обстоятельства характер психических изменений, неврологических симптомов и варианты их комбинированное™ могут различаться - от замед­ления в становлении статических и локомоторных функций, речи, умения ориентироваться в пространстве, навыков опрятности, этапов игровой деятельности до недостаточности мотивационной сферы и более грубой органической незрелости функций, обеспе­чивающих общую целенаправленность произвольного поведения. На почве этой же патологии отстает формирование работоспособ­ности, памяти и внимания, социального поведения, коммуника­тивных навыков, затрудняется усвоение навыков чтения, письма, счета и речи.

311Р церебрально-органического генеза встречается чаще других.

Рассмотренные виды задержек психического развития харак­теризуются обратимостью многих расстройств, т.с. относительно благоприятным прогнозом. В одних случаях такая задержка может полностью ликвидироваться через ускоренную фазу созревания скачок в развитии или через запоздалое развитие, в других может сохраняться некоторое недоразвитие той или иной функции или происходит компенсация иными, иногда аксслсриронанными функциями. В некоторых случаях остаются проявления гиперки- нстического синдрома, дефицита внимания и гинсрактивности, специфические расстройства школьных навыков (письма, чтения, счета), недостаточность двигательной координации. Задержка пси­хического развития в детстве может стать и основой патохарактсро- логичсских нарушений развития личности [ Козловская, Горюнова, 1999|. У детей с задержкой психического развития в зависимости от ее вида коррекционная работа направляется на стимуляцию их познавательной активности, развитие ориентировочной основы деятельности, контроля, на оптимизацию мнемичсских и интеллек­туальных функций [Мамайчук, 2000|.

Адекватная диагностика ЗПР возможна лишь до определенного возраста, который, как правило, сопряжен с окончательным созре­ванием морфофункциональных мозговых структур (завершение периода полового созревания). Следствием этого становится либо выравнивание функций, либо имеющиеся отставания должны быть переквалифицированы в синдром умственной отсталости, по-

**скольку оптимистический расчет на естественные прогрессивные структурные перестройки в мозгу перестает себя оправдывать.**

**В целом задержка психического развития но своему содержанию более тяготеет к педагогической сфере и является педагогическим диагнозом, но в силу своей распространенности и возможной) пе­рерастания в более серьезные расстройства интеллектуального развития, представляет существенный интерес для специальных и клинических психологов.**

Деменция

**Противоположную динамику психических изменений имеет деменция (слабоумие, нейрокогнитивнос расстройство) — как пра­вило, прогрессирующая утрата уже сформировавшихся знаний, навыков и способности к ориентировке, которая обычно связыва­ется с органическими поражениями головного мозга после трех лет и старше (когда «есть, что терять»), его возрастными изменениями в поздние годы жизни (старческая деменция) либо с серьезными психическими расстройствами (эпилептическая и шизофрениче­ская деменция). Принципиальное отличие деменции от умственной отсталости в том, что в нервом случае большинство мозговых структур уже сформированы и воздействие патоген нош фактора приводит не к недоразвитию, а к повреждению и ироизводно — к повреждению психического развития, что и определяет место де­менции в классификации В. В. Лебединского. Таким образом сом­нений в своевременном и полноценном развитии человека до на­чала деменции не возникает. Это приобретаемый дефект личности и интеллектуальной деятельности.**

**Параллельно может иметь место и недоразвитие более молодых психических новообразований, которые по закону иерархического строения должны надстраиваться над поврежденными ранее. Недо­развитие обычно касается функций, обеспечиваемых лобной корой больших полушарий.**

**Деменция может возникать но многочисленным причинам, на­чиная от черепно-мозговых травм и сосудистых заболеваний мозга и заканчивая психическими расстройствами и возрастными изме­нениями, которыми сопровождается пожилой возраст. Сознание при этом не утрачивается и не изменяется, хотя элементы потери критики к себе могут присутствовать. Довольно часто деменция выступает как одно из проявлений болезни Альцгеймера, болезни Пика, болезни с тельцами Дсви (включающей и признаки пар­кинсонизма). В МКБ-11 в качестве самостоятельных упомянуты фронтотемпоральная деменция (с преимущественным ослаблением**

так называемых исполнительных функций либо языковым дефи­цитом или их комбинацией), а также деменция на почве приема психоактивных веществ и медикаментов. Под исполнительными функциями обычно подразумевают комплекс способностей к адек­ватному планированию, контролю и коррекции деятельности, реализуемых префронтальной корой больших полушарий мозга. Специфические разновидности деменции встречаются на поздних этапах шизофрении и эпилепсии.

Н раннем возрасте разграничение деменции и умственной от­сталости представляет большие сложности. .Это связано с тем, что любое заболевание или повреждение мозга, приводящее к утрате ранее приобретенных навыков и распаду сформированных интел­лектуальных функций, обязательно сопровождается отставанием психического развития в целом, что особенно заметно при прогрес­сирующих органических заболеваниях мозга, эпилепсии, шизо­френии, начавшихся в первые годы жизни [Шипицина, 20051.

Нели влияние повреждающего фактора совпадает с периодом детства, то возможны следующие психические потери (Сухарева, 1965|: снижение уровня обобщения, резкая замедленность и плохая псрсключасмость мыслительных процессов, выраженная психи­ческая истощасмость, нарушения логического строя мышления, недостаточность побуждений к деятельности, апатия, скудность мимики, утрата навыков опрятности, либо хаотичная двигательная активность, расторможснность, импульсивность, дурашливость, по­верхностность эмоций и нскритичность.

В зрелые годы деменция приводит к отчетливому снижению ин­теллектуального функционирования и часто также к нарушению повседневной и профессиональной деятельности, общей ориенти­ровки, затруднению использования прошлого опыта. Такое сни­жение в значительной степени может зависеть от социальной и культурной среды, в которой живет человек. Как правило, на­чальные проявления характеризуются снижением активности, интересов, апатией, возникновением зависимости от близких, ослаблением моральных требований к себе. На фоне постепенного снижения когнитивных функций, интеллекта и интересов на­растает неряшливость, неспособность ухаживать за собой, уси­ливается забывчивость. Могут нарушаться функции речи, счета и письма. Вольные путают слова, нс способны к непроизвольной речи, повторяют сказанные другими фразы. Нарушение памяти в типичных случаях касается регистрации, хранения и воспроизве­дения текущей информации. Ранее приобретенный и знакомый ма­териал может также утрачиваться, особенно это часто происходит

**на поздних этапах заболевания. Наблюдается эмоциональное обед­нение, ослабление эмоционального контроля, больные кажутся от­решенными от всего окружающего или же их эмоции могут быть излишне вычурными, неуместными. Возникают затруднения с при­обретением новых знаний.**

**При старческой**, **ши сенильной, деменции** **в качестве признаков распада выступают ранее отсутствовашис у индивида потери памяти (прогрессирующая амнезия), эгоцентризм, нарастает сужение инте­ресов и кругозора, юмор сменяется плоскими шутками, совершаются бестактные поступки, появляются дисфории, брюзжание, злобность, афсссивпость, жадность, беспокойство и подозрительность, дефор­мируются влечения, принимая вид прожорливости, склонности к бродяжничеству или собиранию ненужного хлама, растормажи­ваются или извращаются сексуальные влечения, возможны ауто­агрессия или садистические тенденции, периодически появляется дезориентированность. Типично возникновение эмоционального слабодушия. По мере нарастания деменции сглаживаются индиви­дуальные черты, словарный запас уменьшается, больные становятся все более апатичными, неопрятными, нечистоплотными, нс реаги­руют на присутствие окружающих — в процесс утрат вовлекаются личностные качества |Яцсмирская, Хохлова, 200.'5|.**

**Симптоматика сосудистой деменции** **преимущественно возни­кает или на почве критического сужения церебральных сосудов (например, при атеросклеротических бляшках), либо ишемиче­ского или геморрагического инсультов, порождающих кисло­родное голодание головного мозга и постепенную гибель нейронов. Индивидуальные особенности развивающихся расстройств — когнитивных функций и нраксиса (очаговая симптоматика) — во многом будут определяться преимущественной локализацией зоны поражения мозга, его корковых или подкорковых образо­ваний, объемом поврежденного мозга, единичностью или множе­ственностью очагов.**

**Специфические черты имеет деменция, возникающая как след­ствие какого-то психического заболевания.**

**Эпилептическая деменция** **характеризуется крайне обстоя­тельным, вязким мышлением со склонностью к детализации, по­является тенденция к назидательному резонерству, ассоциативный процесс однообразен, а словарный запас беден, страдает память, су­жается кругозор, спектр интересов ограничивается лишь заботами о собственном здоровье и благополучии. Больные обнаруживают мелочную аккуратность, педантичность и пунктуальность, наблю­даются эгоистичность и злопамятность |Блсйхср, 19761. Обращает**

внимание ригидность н аффективной сфере, где льстивость и сла­щавость в общении (в речи большое число уменьшительных и ла­скательных суффиксов) сочетаются с жестокостью и затаенной мстительностью. Инстинктивные влечения обладают большим энергетическим потенциалом.

Иногда развиваются ханжество, показное благочестие, двуличие, набожность [Жмурон, 199-11.

Ксли на начальных этапах расстройства наблюдается утриро­ванное заострение характерологических черт, то с прогрессирова­нием болезни медлительность и тугоиодвижиость всех психических процессов заметно нарастают, а индивидуальные черты, как и при старческой деменции, все более стираются.

Шизофреническая деменция имеет свою специфику и описывается следующими чертами: замкнутость (аутистичность), недоступность, эмоциональная холодность или неадекватность эмоционального реа­гирования («аффективное слабоумие»), оторванность от реальности, резонерство, банальность суждений, чувство изменения своего «Я» и окружающего мира, падение активности, снижение критики. При этом выпадений памяти может нс быть, сохраняются ранее при­обретенные знания и навыки, а на первый план выступает неспособ­ность уловить реальное значение конкретных событий при удовлет­ворительном уровне абстрактно-логического мышления. Последнее обстоятельство позволяет говорить о некоторой нетипичное™ ши­зофренической деменции, поскольку на первый план при ней вы­ступает нс слабость интеллектуальных функций, а их «инакость» |Ьлсйхср, 1983|. Снижение уровня обобщения и отвлечения чаще наблюдается при большой давности шизофренического процесса.

Обращает на себя внимание манерность и вычурность поведения и высказываний больных, нередко употребление новых, нс известных окружающим слов (неологизмы). Для далеко зашедших случаев ши­зофрении характерно грамматически правильное построение фраз при полной бессмысленности их содержания, утрата мотивационно­нолевого компонента личности, аспонтанность и апатия.

Масштабность и избирательность дементных изменений может варьироваться в широких пределах, а их течение — обычно про­грессирующее, хотя в некоторых случаях оно может быть стацио­нарным и даже обратимым.

Н наиболее тяжелых случаях органического поражениями мозга и его сосудов может наблюдаться маразм завершающий, наиболее тяжелый негативный синдром, увядание организма, психический и физический распад личности, выражающийся в глубоком слабо­умии и тяжелом физическом истощении, распаде речи, утрате кон­

такта с окружающими и навыков самообслуживания, потере всех интересов и влечений, кроме нишевого инстинкта (который в со­стоянии маразма может быть извращен в виде неспособности от­личать съедобное от несъедобного), в сведении ранее полноценной эмоциональной жизни к примитивным аффектам удовольствия неудовольствия [Клиническая..., 2002; Носачей, Варанов, 200в].

*Контрольные вопросы и задания*

1. Дайте определение умственной отсталости.
2. Какие степени умственной отсталости выделяются в соответствии с рекомендациями МКЬ-10 и каковы их критерии, оцениваемые с по­мощью методики Векслера?
3. Дайте патопсихологическое описание различных степеней умст­венной отсталости.
4. Какие формы умственной отсталости выделяются Д.11. Исаевым?
5. В чем заключаются различия психической деятельности между умст­венной отсталостью и задержкой психического развития?
6. Какие формы ВНР выделяются на основе анализа причинности их возникновения?
7. Какими психическими потерями сопровождается деменция?
8. В чем особенность эпилептической и шизофренической деменций?
9. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Прогрессивные матрицы Равена (Рейвена)

**(Progressive Matrices Test)**

**[Розанова, 1987 (модификация); Дружинин, 1999; Немов, 2001;  
Лучшие..., 1992; Атлас..., 1979; Равен, 2001; Равен, Корт, 2002(а, б);**

**Белопольская (авт.-сост.), 2006; Бабкина, 2005]**

Матрицы Равена — невербальный тест интеллекта (семей­ство тестовых методик), считающийся относительно свободным от влияния культуры. Предложен английским психологом /[ж. К. Раненом (John Carlyle Raven, 1902-1970) в 1936 г. (экспе­риментальная версия) совместно с Лайонелом Пснроузом (Lionel Sharpies Penrose, 1898 1972) в черно-белом варианте и в 1949 г. в цветном для измерения уровня умственного развития взрослых и детей. В 1998 г. выпущена версия, учитывающая изменения в уровне решений для очередного поколения.

Методика направлена на исследование способности индивида к абстрактному (невербальному, наглядно-образному, но ана­логии) мышлению, аналитико-синтетической деятельности и способности выдерживать длительную интеллектуальную на­грузку без снижения продуктивности деятельности. Очевидным

является важность перцептивных функций и роли произволь­ного внимания. Большое значение имеют ориентировочные гла­зодвигательные реакции (за счет которых происходят сравнение и выбор).

В основу методики положена теория перцепции форм, в соответ­ствии с которой каждое целое (гештальт) представляет собой сово­купность элементов. Но мнению Л. Л. Ясюковой 120021, тестом Равсна измеряется степень развития визуального, а не наглядно-образного мышления, поскольку в первом случае вся информация представлена перед глазами, а нс в уме. Причем при наглядно-образном мышлении испытуемый выделяет субъективный смысл или значение зрительно воспринимаемых предметов, картинок, ситуаций или событий, чего нет при работе с заданиями методики Равсна.

В качестве стимульного материала в большинстве случаев вы­ступают расположенные в прямоугольнике абстрактные геометри­ческие фигуры с рисунками, последовательность которых органи­зована но определенному закону (реже — сплошной структуриро­ванный рисунок), с помощью матрицы. Одна из фигур или часть орнамента (узора) в прямоугольнике пропущена. Сгимульный ма­териал организован в пять серий (Л, В, С, Г), £), каждая из которых требует однотипных для нес мыслительных операций. В каждой серии первое задание имеет очевидное решение.

На рис. 2.7 приведены образцы стимульного материала (размер изменен).

**"I —1—1 —1 — 1**

© **© ге**

ев on

I +) I ЛЮ

ШЕЮЕО) ED !Ж> SD

Рис. 3.7. Прогрессивные матрицы Равена

Испытуемый должен определить, какой должна быть пусту­ющая часть, и выбрать се среди шести или восьми (в зависимости от сложности задания) подобных ей фрагментов, представленных в нижней части стимульного материала (под матрицей). Благо­даря увеличению числа элементов матриц и изменению принципов их взаимоотношений задачи постепенно усложняются как в пре­делах одной серии, так и при переходе от серии к серии. Успешное нахождение желаемого фрагмента возможно только в том случае, если испытуемый понимает логику, по которой происходят изме­нения в структуре рисунка от фигуры к фигуре матрицы, т.с. спо­собен проанализировать все изображение и найти закономерные связи между его фрагментами.

Сконструированы и широко известны два основные варианта теста: 1) более простой цветной тест, предназначенный для детей от 6 до 9 лет, по некоторым данным — от А до 11 лет (возможно его применение для детей и более старшего возраста с аномальным развитием); 2) черно-белый вариант для детей и подростков от 8 до 1А лет и взрослых от 20 до 65 лет. Третий вариант теста создан в 1977 г. /(ж. Раненом в сотрудничстнс с Дж. Кортом и предна­значен для лиц с высокими интеллектуальными достижениями; он включает в себя не только невербальную, но и вербальную часть (Mill-Hill Vocabulary Scales).

'Гест может быть использован в качестве как теста результатив­ности (без ограничения времени), так и теста скорости (с ограни­чением времени выполнения заданий — 20 или 80 минут; по пе­риоду работы у разных авторов имеются расхождения).

Цветной вариант интеллектуального теста Ранена состоит из трех серий: А, ЛИ, В по 12 матриц в каждой серии.

Серия А. Обследуемый должен дополнить недостающую часть изображения. Считается, что при работе с матрицами этой серии реализуются следующие основные мыслительные процессы:

* дифференциация основных элементов структуры и раскрытие связей между ними;
* идентификация недостающей части структуры и сличение ее с представленными образцами.

Серия АВ (серия промежуточной трудности). Процесс решения заданий этой серии заключается в анализе фигур основного изобра­жения и последующей сборки недостающей фигуры (аналитико­синтетическая мыслительная деятельность).

Серия В. При работе с матрицами этой серии испытуемый на­ходит аналогии между двумя парами фигур. Он раскрывает этот принцип путем постепенной дифференциации элементов.

Черно-белый вариант состоит из пяти серий (Д В, С,Д, Я) но 12 заданий, расположенных как по возрастанию трудности внутри серии, так и от серии Л к серии И. В 60 графических головоломках наглядно задаются последовательные изменения одновременно в вертикальном и горизонтальном направлениях. Обычно тест предъявляется целиком, даже если начальные задания и кажутся слишком легкими, и без ограничения времени, предоставляемого на его выполнение. Это позволяет сравнивать полученные резуль­таты с нормативной базой, накопленной но многих странах мира, и формулировать оценки, имеющие общий, а не узко исследователь­ский интерес.

В серии Л испытуемый должен дополнить недостающую часть основного изображения. Демонстрируется умение дифференци­ровать элементы и выявлять связи между элементами гештальта, а также дополнять недостающую часть структуры, сличая ее с образцами. В итоге должно произойти слияние фрагмента с ос­новной частью матрицы.

В серии В испытуемый должен найти аналогии между парами фигур, дифференцируя их элементы. При этом важно определить ось симметрии, соответственно которой расположены фигуры в основном образце.

Серил С построена но принципу прогрессивных изменений в фи­гурах матриц. Эти фигуры в пределах одной матрицы все больше усложняются, происходит как бы непрерывное их развитие. Обо­гащение фигур новыми элементами подчиняется принципу, обна­ружив который, можно решить задачу.

В серии D требуется определить закономерность перестановки, перегруппировки фигур в матрице но горизонтали и вертикали.

Серия И для своего решения требует поэлементного анализа фигур основного изображения, понимания принципа синтеза каждой очередной фигуры и составления недостающей фигуры но частям.

В самом распространенном случае суммарной оценкой испыту­емого но шкале считается общее количество правильно решенных заданий при условии, что он работал в спокойной обстановке, пройдя последовательно все серии от начала до конца.

Каждая решенная задача оценивается в 1 балл. Наллы подсчиты­ваются как по всей методике в целом, так и но отдельным сериям. Полученный общий показатель рассматривается как индекс интел­лектуальной силы, умственной производительности респондента. Показатели выполнения заданий но отдельным сериям сравни­вают со среднестатистическими, полученными при исследовании

больших групп здоровых обследуемых (это ожидаемые для нормы результаты).

Первичные оценки по табл. 3.6 и 3.7 переводятся в соответствии с возрастными нормами в ироцентили или станайны.

*Таблица 3.6*

Перевод оценок в процентили в зависимости от возраста

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Хронологический возраст в годах | | | | | | | | | | Процентили |
| 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 |
| Общая сумма баллон | 55 | 55 | 54 | 53 | 52 | 50 | АХ | 4в | 44 | 42 | 95 |
| 54 | 54 | 53 | 51 | 49 | 47 | 45 | 43 | 41 | 39 | 90 |
| 49 | 49 | 47 | 45 | 43 | 41 | 39 | 37 | 35 | 33 | 75 |
| 44 | 44 | 42 | 40 | **зх** | 35 | 33 | 30 | 27 | 24 | 50 |
| 37 | 37 | 34 | 30 | 27 | 24 | 21 | 1Х | 15 | 12 | 25 |
| 2Х | 2Х |  |  |  |  |  |  |  |  | 10 |
| 23 | 23 |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |

*Таблица 3.7*

**Перевод в зависимости от зоны в станайны и оценка состояния**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Зона | Станайны | Уровень состояния мышления |
| 1 зона | 95 и более | Высокий |
| II зона | 94-75 | Хороший |
| III зона | 74-25 | Средний |
| IV зона | 24-5 | Относительное снижение (пограничный уровень) |
| V зона | Ниже 5 | Интеллектуальный дефект |

Предусмотрена возможность их перевода и в IQ-показатсль (табл. 3.8).

**Перевод оценок в IQ-показатель**

*Таблица 3.8*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Налл | IQ | Налл | IQ | Балл | IQ |
| 14 | 61 | 30 | 82 | 46 | 104 |
| 15 | 62 | 31 | 83 | 47 | 106 |
| 16 | 65 | 32 | 84 | 48 | 108 |
| 17 | 66 | 33 | 86 | 49 | 110 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Налл | •а | Налл | К! | Балл | 1Q |
| 18 | 67 | 34 | 87 | 50 | 112 |
| 19 | 68 | 35 | 88 | 51 | 114 |
| 20 | 69 | 36 | 90 | 52 | 116 |
| 21 | 70 | 37 | 91 | 5.3 | 118 |
| 22 | 71 | 38 | 92 | 54 | 120 |
| 23 | 72 | 39 | 94 | 55 | 122 |
| 24 | 73 | 40 | 95 | 56 | 124 |
| 25 | 75 | 41 | 96 | 57 | 126 |
| 2fi | 76 | 42 | 98 | 58 | 128 |
| 27 | 77 | 43 | 99 | 59 | 130 |
| 28 | 79 | 44 | 100 | 60 | 140 |
| 29 | 80 | 45 | 102 |  |  |

Методика Района обнаруживает заметную зависимость от обу­чаемости и поэтому для предотвращения этой зависимости в пси­ходиагностической практике (при необходимости повторного ис­следования) часто дробят тест на две половины, например четные и нечетные номера заданий (но .'50), которые предлагаются с раз­рывом во времени.

При работе с методикой как с тестом скорости и при ограни­чении времени работы с тестом '50 минут предлагается следующая последовательность расчета результатов для версии из .'50 заданий для четного варианта [Практикум..., 200.‘5; Марищук, Блудов, Плах- тиенко, Серова, 19841.

1. Производится пересчет правильных ответов в очки, соответ­ствующие трудности задания, но табл. 3.9.

*Таблица 3.9*

Пересчет **правильных** ответов в **очки**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 11омер задания | 11омер мра- пильного ответа | Очки за ответ | 11омер задания | 11омер пра­вил ыю10 ответа | Очки за ответ |
| 1 (А2) | 5 | 1 | 16(68) | 1 | 6 |
| 2 (/14) | 2 | 3 | 17 (СЮ) | 6 | 6 |
| 3(Л6) | 3 | 1 | 18 (612) | 2 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 11омер задания | 11омер пра­вильного ответа | Очки  за ответ | 11омер задания | 11омер пра­вильного ответа | Очки за ответ |
| 4 (Л8) | 2 | 5 | 19 (/32) | 4 | 5 |
| 5 (А 10) | 0 | 3 | 20 (Я4) | 7 | 7 |
| 6 (А 12) | 4 | 5 | 21 (D6) | fi | 7 |
| 7 (Й2) | fi | 2 | 22 (Я8) | 4 | 8 |
| 8 (/34) | 2 | 3 | 20 (DW) | 2 | 6 |
| 9 (ДО) | 0 | 5 | 24 (D12) | fi | 7 |
| 10 (/38) | fi | 4 | 25 (Е2) | fi | 4 |
| 11 (/310) | 3 | fi | 2fi (£4) | 2 | 7 |
| 12 (/312) | 5 | fi | 27 (Ев) | 5 | 8 |
| 10 (С2) | 2 | 4 | 28 (£8) | 4 | 7 |
| 14 (6’4) | 8 | 7 | 29 (£10) | fi | 8 |
| 15 (6’6) | 4 | 3 | 00 (£12) | 5 | 6 |

*Таблица 3.10*

2. Полученные очки переводятся в баллы (в шкалу станайпов) но табл. .‘{.10.

**Пересчет очков в шкалу станайнов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Сумма очков | 44 | 45-58 | 59-72 | 70-8Й | 87 100 | 101 - 114 | 115­128 | 129­  142 | 140 |
| Показатель по шкале ста­найпов | 1 | 2 | 0 | 4 | 5 | fi | 7 | 8 | 9 |

Исследование с помощью теста Равсна позволяет более диффе­ренцированно оценить варианты нормального или пограничного уровня развития интеллекта, но не степень интеллектуального дефекта. Поскольку ответ при работе с данной методикой может быть дан устно, письменно, указательным жестом или кивком, тест Ранена особенно рекомендуется для обследования лиц с ортопеди­ческими заболеваниями, детей с выраженными нарушениями мо­торики в верхних конечностях, а также речевыми расстройствами |Анастази, Урбина, 2007; Козявкип, Шестопалова, Подкорытон, 1999). Его применение во многом позволяет снять ограничения, возникающие при использовании других тестов, в частности теста Векслера.

**Исследования В.Н. Дружинина 12007] показали, что решение теста Равсна имеет вероятностный характер, поскольку отсут­ствие интереса к простым заданиям, неправильное понимание за­дачи (провоцируемое самим материалом теста) может приводить к тому, что испытуемый, решая сложные задания, допустит ошибку в простых.**

**/(ля диагностики особенностей умственного развития младших школьников Д.Ф. Чунров |2003| предложил использовать (в ка­честве одного из компонентов психодиагностического набора) ме­тодику Равсна в модификации Т.В. Розановой 119781, позволяющей благодаря стимулирующей помощи оценивать зону ближайшего развития ребенка.**

**В данной версии методика предусматривает три серии (Л,** А В, В) **из 36 диагностических заданий-матриц, но 12 в каждой серии. Из всех матриц 35 используются как диагностические, а матрица /11 как тренировочное задание (на ней идет обучение ребенка процедуре обследования, и эта матрица не учитывается при под­счете общей суммы баллов).**

**Оценка результативности производится следующим образом: за правильный ответ с первой попытки испытуемый получает 1 балл, со второй попытки — 0,5 балла, с третьей — 0,25 балла. Неправильный ответ после третьей попытки оценивается в ноль баллов.**

**Показатель успешности (11У) решения матричных задач может быть выражен в относительных единицах:**

**НУ = (Х 100%)/35,**

**где** X — **общая сумма баллов, полученная но результатам одной, двух и трех попыток.**

**Суммарное количество баллов, полученных при решении 35 заданий, является основным показателем, отражающим уровень психического развития ребенка, который интерпретируется путем сравнения с нормами для данного возраста. Кроме того, целесо­образно учитывать количество баллов, полученных после стимули­рующей помощи.**

**Формальный анализ результатов исследования но матрицам предполагает лишь учет балльного показателя и определение на его основе уровня развития наглядно-образного мышления у ребенка (табл. 3.11).**

**Для нормально развивающихся учащихся 1-2 классов в 90% случаев отмечаются IV и III уровни успешности. Показатели на уровне успешности II и особенно I встречаются у детей с от-**

**клонсниями в развитии. Суммарное количество баллов, равное 13 и менее, было обнаружено лишь у детей младшего школьного воз­раста с умственной отсталостью.**

*Таблица 3.11*

Оценка уровня успешности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровень успешности | % | Общая сумма баллов |
| IV (наивысший) | 100,0 80,0 | 35,0-28,0 |
| III | 79,9-65,0 | 27,75-22,75 |
| II | 64,9-50,0 | 22,5-17,5 |
| 1 | 49,9 и ниже | 17,0 и менее |

**Специальный анализ позволяет выявлять структуру нарушения в зависимости от характера затруднений в выполнении разного рода заданий. Нели задания на тождество и симметрию отвечают в большей степени за перцепцию и пространственное мышление ребенка, его работоспособность, то задания на аналогии** (Ли, **Л|2;** ЛНп\ **12) характеризуют собственно мыслительную деятельность. Как пра­вило, умственно отсталые учащиеся плохо справляются именно с последними. Дети с ,311Р более успешны, но для этого им чаще требуется вторая или даже третья попытка: они больше нуждаются в стимулирующей помощи, чем их сверстники с нормальным раз­витием.**

**Необходимо посредством наблюдения или еще в процессе бе­седы определить, как ребенок ориентирован в пространстве и вре­мени, каково его отношение к процедуре исследования, способен ли он работать на максимуме своих сил, понимает ли инструкцию и какой степени сложности, как следует инструкции, понимает ли поставленную перед ним задачу. Уже в процессе непосредственного наблюдения за поведением испытуемого (его речевой активностью, мимикой, жестами и т.п.) могут быть получены ценные для предва­рительных выводов сведения.**

**Отдельный подсчет суммы дополнительных баллов, пол учен ных за решение проб со второй и третьей попыток, может рассматри­ваться как показатель концентрации внимания, или характеристика импульсивности ребенка. Увеличение количества решенных проб со второй и трстЕ»сй попыток указывает на широту зоны ближай­шего развития ребенка.**

**Кроме того, более детальное изучение записи в протоколе ис­следования позволит выявлять симптомы утомляемости (при на­растании ошибок в заданиях без аналогий к концу исследования)**

и недостатки врабатывасмости (ври преобладании ошибок в начале задания в пробах этого же характера и их уменьшении к концу ис­следования).

Важным моментом служит возможность выявления способ­ности к принятию испытуемым помощи. Кроме того, наблюдение за характером выполнения заданий матриц позволяет определить, действует ли ребенок методом проб и ошибок, выполняет задания наугад, не обдумывая ответ, либо показывает па нужную вставку осмысленно. В любом случае возможности для более полной интер­претации должны быть заложены в зафиксированной в протоколе записи |Чупров, 2003].

Методика Амтхауэра (тест структуры интеллекта Амтхауэра)

(Amthauer Intelligenz — Struktur-Test, 1ST)

[Amthauer Rudolf, 1920-1989) [Бодалев, Столин (ред.), 2000; Психологическая..., 2000; Ясюкова, 2002; Сборник .... 2006;

Дружинин, 2007; Елисеев, 2007]

На русском языке тест впервые описан в монографии В.М. Блей- хсра и Д.Ф. Ьурлачука «Психологическая диагностика интеллекта и личности» 11978].

Методика создана в 1953 г. и с тех пор претерпела несколько ре­дакций. Она предназначена для измерения уровня интеллектуаль­ного развития лиц в возрасте от 13 до 60 лет.

Тест разрабатывался в первую очередь для оценки уровня общих способностей в связи с проблемами профессиональной психодиаг­ностики. Мри его создании Р. Лмтхауэр исходил из концепции, со­гласно которой интеллект является специализированной подструк­турой в целостной структуре личности и тесно связан с другими компонентами личности, такими как волевая и эмоциональная сферы, интересы и потребности.

Тест состоит из девяти субтсстов. Четыре из них диагности­руют вербальную сферу, два — счетно-математические навыки (формально они также мшуг быть отнесены к вербальным), два пространственное воображение, один память. Во всех группах заданий, за исключением субтсстов 4-6, используются задачи за­крытого типа. Всего 176 заданий (каждый субтсст, за исключением четвертого, состоит из 20 заданий, в четвертый субтест входят 16 за­даний). Время работы с методикой ограничено до 90 минут (без подготовительных процедур и инструктажа испытуемых). Время выполнения каждого субтсста также ограничено и колеблется от 6 до 10 минут. Каждое правильное решение оценивается в один балл (кроме субтсста 4). Первичные оценки переводятся в шкальные.

**Суммы первичных баллов по всем субтсстам переводятся в общую опенку уровня интеллекта.**

**Субтест 1. Логический отбор (LS): исследование индуктивного мышления, чутья языка. Задача испытуемого заключается в том, чтобы закончить предложение одним из слов из списка. Пример задания:**

***Противоположностью понятия*** «***верность» является;***

***а***) ***любовь; 6) ненависть; в) дружба; г) предательство***; ***д) вражда.***

**Интерпретация: возникновение рассуждения, здравый смысл, акцепт на конкретно-практическое чувство реальности, сложив­шаяся самостоятельность мышления.**

**Субтест 2. Определение общих черт (СЕ); исследование способ­ности к абстрагированию, обобщению, оперированию вербальными понятиями. В задачах предлагается пять слов, из которых четыре объединены определенной смысловой связью, а одно лишнее. Это слово и следует выделить в ответе.**

**Пример:**

***а) рисунок***; ***6) картина; в) графика; г) скульптура; д) живопись.***

**Интерпретация: чувство языка, индуктивное речевое мышление, точное выражение словесных значений, способность чувствовать, повышенная реактивность, которая у взрослых относится к вер­бальному плану.**

**Субтест 3. Аналогии (/IN): анализ комбинаторных способностей. В заданиях предлагаются три слова, между первым и вторым су­ществует определенная связь. После третьего слова прочерк. Из пяти прилагаемых к заданию вариантов необходимо выбрать такое слово, которое было бы связано с третьим таким же образом, как и первые два.**

**Пример:**

***дерево — строгать***, ***железо*** — ?

***а) чеканить; 6) сгибать; в) лить; г) шлифовать; д) ковать.***

**Интерпретация: способность комбинировать, подвижность и не­постоянство мышления, понимание отношений, обстоятельность мышления, удовлетворенность приблизительными решениями.**

**Субтест 4. Классификация (KL); оценка способности выносить суждение, обобщать. Испытуемый должен обозначить два слова общим понятием.**

**Пример:**

***дождь*** — ***снег.***

***Правильным ответом будет слово «осадки».***

**Интерпретация: способность к абстракции, образованию понятий, общая образованность, умение грамотно выражать и оформлять содержание своих мыслей.**

**Субтест 5. Задания на счет (R/1): оценка уровня развития прак­тического математического мышления, сформированное™ матема­тических навыков.**

**Пример:**

***Сколько километров пройдет товарный поезд за 7 ч, если его ско­рость 40 км/ч?***

**Интерпретация: практическое мышление, способность быстро решать формализуемые проблемы.**

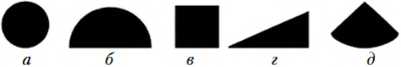
**Субтест 6. Ряды чисел (/И): анализ индуктивного мышления, способности оперировать числами. В заданиях требовалось уста­новить закономерность числового ряда и продолжить его.**

**Пример:**

***в, 9, 12, 19, 18,21,24..?***

**Интерпретация: теоретическое, индуктивное мышление, вычи­слительные способности, стремление к упорядоченности, соразмер­ности отношений, определенному темпу и ритму.**

**Субтест 7. Выбор фигур (FS):** **исследование пространственного воображения, комбинаторных способностей. В заданиях приво­дятся разделенные на части геометрические фигуры. При выборе ответа следует найти карточку с целой фшурой, которой соответ­ствуют разделенные части (рис. 3.8).**



4V



Рис. 3.8. Пример задания из субтеста 7 «Выбор фигур»

**Интерпретация: умение решать геометрические задачи, бо­гатство пространственных представлений, конструктивные способ­ности, наглядно-действенное мышление.**

**Субтест 8. Задания с кубиками ( WU): также исследуется про­странственное воображение (рис. 3.9). В верхней части бланкалаются пять кубиков с различно обозначенными гранями — это образцы. В заданиях предъявляются изображения тех же, но опре­деленным образом повернутых или перевернутых в пространстве кубиков, благодаря чему становятся видными новые их грани. Не­обходимо определить, какой из пяти кубиков-образцов изображен на каждом рисунке.**

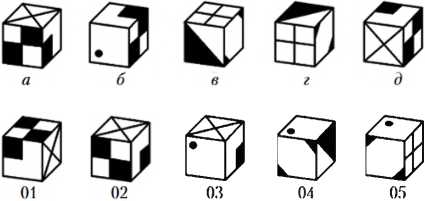


Рис. 3.9. Пример задания из субтеста 8 «Кубики»

**Интерпретация: умение оперировать трехмерными образами, аналитико-синтетическое мышление, конструктивность теорети­ческих и практических способностей.**

**Субтест 9. Задания на способность сосредоточить внимание и сохранить в памяти усвоенное (МИ).** **Предлагается запомнить ряд слов, которые объединены в таблице но определенным категориям.**

**Например,**

***цветы: тюльпан, жасмин, гладиолус, гвоздика, ирис, или жи­вотные: зебра, уж, бык, хорек, тигр.***

**Время заучивания — 3 минуты. Затем испытуемым задаются во­просы типа:**

***С буквы*** «б» ***начиналось слово:***

***а) растения', 6) инструменты', в) птицы***; ***г) произведения искус­ства', д) животные.***

**Интерпретация: способность к запоминанию, сохранению в условиях помех и логическому, осмысленному воспроизведению, сосредоточенность внимания.**

**Р. Лмтхауэр при интерпретации результатов теста предполагал, что с его помощью можно судить о структуре интеллекта испыту­емых (но успешности выполнения каждого субтсста). Для грубого анализа «умственного профиля» он предлагал подсчитать отдельно результаты но первым четырем и но следующим пяти субтсстам.**

**Если суммарная оценка первых четырех субтсстов превышает суммарную оценку следующих пяти субтсстов, значит, у испытуе­мого больше развиты теоретические способности. Если наоборот, то практические способности.**

**Также предлагается для более детализированной интерпретации результатов группировать субтссты в несколько комплексов [Ели­сеев, 20071:**

1. **Комплекс вербальных субтсстов (субтесты 1-4), предпола­гающий общую способность оперировать словами как сигналами и символами.**
2. **Комплекс математических субтсстов (5, 6), предполагающий способности в области практической математики и программиро­вания.**
3. **Комплекс конструктивных субтсстов (7, 8), предполагающий развитые конструктивные способности теоретической) и практиче­ского плана.**
4. **Комплексы теоретических (2, 4) и практических планов спо­собностей (1,3). Результативность по этим тестам следует сравнить попарно, чтобы более определенно высказать заключение о воз­можной профессиональной подготовке и успешности в обучении.**

**В прошлом тест часто адаптировался. Наиболее известные адап­тации выполнены 71.К. Акимовой с соавторами в 1984 г. | Акимова, Борисова, Гуревич, Козлова, Логинова, 1993] и В.Н. Намазоным и А.Н. Жммриковым в 1988 г. |Намазов, Жмыриков, 1988].**

Методика Векслера

(Wechsler David, 1896-1981)

[Гильяшева, 1983; Блейхер, Крук, 1986; Филимоненко, Тимофеев, 1993;

Чудновский, Чистяков, 1997; Панасюк, 1993;

Филимоненко, Тимофеев, 1994; Бурлачук, Морозов, 1999;

Дружинин, 1999; Собчик, 2000; Ильина, 2006]

**Нерва)! версия теста, основанная на иерархической модели ин­теллекта, предложена в 1939 г. Это шкала Векслера — Ьсльвью ( Wechsler — Bellevue Intelligence Scale — W-B, или WBIS; но на­званию клиники Bellevue) для диагностики интеллекта людей в воз­расте от 7 до 69 лет.**

**В дальнейшем, при жизни Д. Векслера и после его смерти были разработаны следующие версии теста:**

* **1949 г, — WISC — Wechsler Intelligence Scale for Children (6-16 лет);**
* **1955 г. — WAIS — Wechsler Adult Intelligence Scale (16-64);**
* **1967 r. — WPPSI — Wechsler Preschool and Primary Scale of**

**Intelligence (4-6,5);**

* **1981 г. — WAIS-R (revised; пересмотренная) (16-74);**
* **1974 г. — WISC-R (revised) (6,5 до 16,5);**
* **1989 г. — WPPSI-R (revised) (3-7 дет 3 мсс.);**
* **1991 г. — WISC—III (Third Edition; третья редакция);**
* **1997 г. - WAIS-III (Third Edition);**
* **2002 г. WPPSI-III (Third Edition) (2,5-7).**

**Сам Д. Векслер не является автором большинства из исполь­зуемых в батареях методик. Чаще всего это модификации ранее известных приемов для исследования отдельных сторон интеллек­туальной деятельности.**

**В Советском Союзе метод Векслера впервые был адаптирован сотрудниками Ленинградского научно-исследовательского психо­неврологического института им. В.М. Бехтерева.**

**Тест для взрослых включает набор стандартизированных за­даний, в которые входят шесть вербальных субтсстов (их оценка производится но ответам испытуемых) и пять невербальных суб­тсстов на решение различных но характеру задач (оценка произво­дится но результатам манипулирования). Ответы испытуемых, оце­ненные в баллах соответственно возрасту по каждому из субтсстов, сравниваются с распределением соответствующих показателей в семи возрастных группах из общей популяции. Сумма их пока­зывает, в каком отношении находятся результаты обследуемого субъекта к средним результатам определения IQ у лиц того же воз­раста в популяции. Согласно данным Д. Векслера, все субтссты его батареи делятся на две группы: основные, успешность выполнения которых мало зависит от возраста, и субтссты, результаты выпол­нения которых ухудшаются с возрастом.**

**Благодаря внутренней организации методики можно полу­чить три итоговые статистические оценки — общую, вербальную и невербальную — с соответствующими интеллектуальными ко­эффициентами. Д. Векслер полагал, что невербальный интеллект в большей мере, чем вербальный, зависит от психофизиологических особенностей работы головной) мозга и в большей мере наследу­ется. В свою очередь, уровень вербального интеллекта, но мнению Векслера, определяется индивидуальными знаниями человека, сте­пенью его приобщенности к культуре.**

**Данные тестирования детей (методика включает 12 субтсстов в несколько иной последовательности) помогают выделить группу лиц с задержкой психического развития, умственной отсталостью, которые могут стать объектом дополнительной диагностики и на­блюдения. 'Гест может применяться и для анализа причин неуспе­ваемости в школе.**

**Вербальный блок включает следующие субтссты.**

**Субтест 1. Общая осведомленность (информированность): 29 вопросов, выявляющих запас «простых», нс требующих специ­альной подготовки знаний, хранящихся в долговременной памяти и отражающих культурные интересы, кругозор и эрудированность испытуемого.**

**Пример:**

***Почему на солнце в темной одежде теплее, чем в светлой***?

**В детском варианте:**

***Сколько у тебя ушей'?***

**Субтест 2. Общая понятливость: описание 14 проблемных си­туаций, разрешение которых характеризует практическое мыш­ление, суждения испытуемого, касающиеся его житейского и со­циального опыта, социальной оценки и здравого смысла. Пони­мание сути ситуации, т.е. причин совершаемых действий, здесь для оценки ответов испытуемого важнее, чем хорошая вербали­зация. Среди вопросов присутствуют и задания на понимание пе­реносного смысла пословиц и поговорок, что несколько смещает направленность субтсста с социальной ориентированности на соб­ственно интеллектуальные свойства.**

**Пример:**

***Что нужно сделать, если вы нашли на улице запечатанный кон­верт с написанным на нем адресом и непогашенной маркой***?

***Что означает выражение «Куй железо, пока горячо***\*?

**В детском варианте:**

***Что ты будешь делать, если порежешь себе палец?***

**Субтест 3. Арифметический: включает арифметические за­дачи начальной школы нарастающей трудности, которые необхо­димо решать в уме, оперируя условиями и числами, требующими не сложных вычислений или специальных навыков, а сообрази­тельности и быстроты, так как время решения ограничивается. .Задания требуют и концентрации произвольного внимания, опера­тивной памяти, поскольку условия задачи могут быть повторены только один раз, а время повторения вычитается из лимита, отпу­щенного на решение задачи.**

**Пример:**

***Восемь человек могут закончить работу за 6 дней. Сколько че­ловек потребуется, чтобы закончить работу за полдня?***

**В детском варианте — задание:**

***Сосчитать все кубики в ряду.***

**Субтест 4. Сходство (упрощенный вариант методики «сравнение понятий»): 13 вопросов-заданий, требующих установления общ­ности двух различных предметов или понятий, начиная от близких между собой до весьма отдаленных. При подведении под общую категорию учитывается, сумел ли испытуемый найти адекватное родовое понятие или общий существенный признак. Выполнение заданий этого субтсста характеризует уровень абстрактно-логи­ческого вербального мышления испытуемого, связанный с типом и особенностями его когнитивного стиля, выявляет уровень вла­дения навыками сравнения понятий но существенным признакам и умения проводить аналогии, обобщать. Оценка варьирует от О до 2 баллов, в зависимости от достигнутого уровня обобщения: кон­кретной), функционального или концептуального.**

**Пример:**

***Что общего в паре понятий «платье* — *пальто*»?**

**В детском варианте:**

***«Слива — персик».***

**Субтест 5.11овторсние чисел. Задание на воспроизведение испыту­емым вслед за экспериментатором рядов однозначных чисел имеет два варианта, чтобы в случае неудачи предоставить испытуемому вторую попытку, поскольку задание требует большой концентрации вни­мания, а выполнение его подвержено как внешним, гак и внутренним помехам, и находится в значительной зависимости от эмоционального состояния обследуемого. Первая часть задания содержит ряды, в ко­торых приводятся от 3 до 9 цифр. Испытуемый должен прослушать цифры и устно их воспроизвести. Вторая часть включает ряды от 2 до 8 цифр, которые должны быть воспроизведены в обратном порядке. Субтест характеризует кратковременную оперативную память. Пример:**

***729***

***651***

***4258***

***9536***

**Субтест 6. Словарный запас. Стимульный материал данного суб­теста содержит несколько десятков слов, имеющих разную частоту употребления и различающихся но степени трудности своего опре­деления (до абстрактно-теоретических понятий). Всего в задании 42 слова: первые 10 — весьма распространенные, повседневного употребления, следующие 20 — средней сложности; третью группу составляют 12 слов высокой степени сложности. Значения слов должны быть точно определены испытуемым, что отражает дефи­нитивные способности испытуемого. На результаты такого исследо­вания могут накладывать отпечаток вербальный опыт, культура речи и мышления испытуемого, а также некоторые его личностные черты: эмотивность, импульсивность, рационализм, эгоцентризм и др. Каче­ственный анализ ответов но этому субтссту раскрывает особенности и уровень мыслительных процессов, может выявлять формальные нарушения мышления (резонерство, нелепости, неологизмы и т.д.).**

**Пример:**

1. **я группа: яблоко;**
2. **я группа: приговор;**
3. **я группа: балласт.**

**В детском варианте:**

***велосипед*;**

***нож.***

**Невербальная шкала.**

**Субтест 7. Кодирование (шифровка). Методика представляет собой бланк, в верхней части которого заданы цифры, каждой из которых соответствует графический знак-символ. Это образец или ключ. В нижней части бланка предлагаются только цифры в беспорядочной последовательности, иод которыми после ко­роткой тренировки необходимо в течение полутора минут, поль­зуясь образцом, проставить соответствующие знаки. Этот субтсст выявляет сохранность визуальной перцепции и нраксиса, зри­тельно-моторной координации, скорости образования навыка. Субтсст чувствителен к психомоторной недостаточности, харак­теризует зрительную память, внимание, обучаемость, визуально­моторную координацию и двигательную активность. При исследо­вании этой методикой различных возрастных групп установлено, что показатель результативности обнаруживает отчетливую тен­денцию к снижению после 40 лет.**

**На рис. 3.10 приведен фрагмент бланка.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  | 2 |  | 3 |  | 4 |  | 5 |  | в |  | 7 |  | 8 |  | 9 |
| - |  | \_L |  | □ |  | L |  |  |  | О |  | А |  | X |  | — |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | 1 | 3 | 7 | 2 | 4 | 8 | 1 | 5 | 4 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 4 | 2 | 3 | 5 | 2 | 3 | 1 | 4 | в | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Рис. 3.10. Фрагмент бланка субтеста «Шифровка»

**В детском варианте производится вписывание простых сим­волов, соотнесенных нс с цифрами, а с простыми геометрическими фигурами.**

**Субтест 8. Недостающие детали (описание см. в параграфе 2.9). Пример из методики приведен на рис. 3.11.**



Рис. 3.11. Фрагмент стимульного материала субтеста «Недостающие детали»

**Субтест 9. Кубики Коса (конструктивный праксис) (описание см. в параграфе 2.3). Векслер, характеризуя высокую способность этого субтсста измерять интеллект на невербальном материале, подчеркивает ценность дополнительных данных, которые могут быть получены путем наблюдения и качественного анализа особен­ностей его выполнения [Гильяшсва, 1983|.**

**Образец стимульного материала приведен на рис. 3.12.**

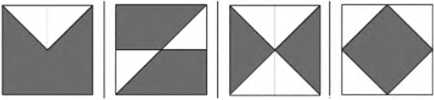


Рис. 3.12. Примеры стимульного материала субтеста «Кубики Коса» (в оригинале орнаменты красно-белые)

**Субтест** 10. **Последовательные картинки (описание см. в пара­графе 2.9).**

**Пример приведен на рис. 3.13.**

**Субтест 11. Складывание фигур. Испытуемому последовательно предлагаются четыре задания, каждое из которых представляет собой порой необычно разрезанное на части изображение какого- то объекта (лицо, человек, рука, слон; в детской версии — мальчик, лошадь, лицо, машина). Испытуемый должен догадаться, что это за объект, и так сложить его части, чтобы получилась целая фигура. Выполнение этого субтеста требует как конструктивного, так и эв­ристического мышления, способности к симультанной оценке сти­мульного материала. Последнее обстоятельство делает выполнение**

субтсста более трудным для больных шизофренией, чем «Кон­струирование из кубиков» сего абстрактным материалом и возмож­ностью более системного и формализованного подхода к решению заданий по сравнению с конкретными, но требующими предвос­хищения и интуиции заданиями субтсста 11. Вольные с органи­ческим поражением ЦНС выполняют оба субтсста плохо, однако субтсст 11 дастся им несколько легче, чем 9-й, поэтому это соотно­шение имеет важное дифференциально-диагностическое значение.



**Рис. 3.13. Пример к субтесту «Последовательные картинки»**

Пример для детского варианта показан на рис. 3.1-1.

Н шкале WISC-R (для детей от fi до 16 лет) имеется 12-й суб­тсст «Лабиринты» (10 лабиринтов, в центре первых трех находится фигурка человека; для пес необходимо начертить путь выхода, в остальных лабиринтах в их центре стоит крестик).

Пример приведен на рис. 3.15.

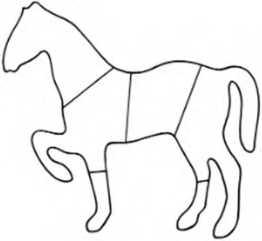


Рис. 3.14. Пример для детского варианта к субтесту «Складывание фигур»

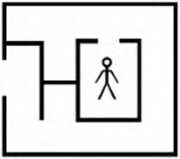


Рис. 3.15. Пример к субтесту «Лабиринты» для детей

Н шкалу WPF)SI (преимущественно для дошкольников) вклю­чена большая часть сходных с WISC, но облегченных субтестов и три разработанных специально для данной шкалы: «Предло­жения», заменивший «.'Запоминание цифр» (от ребенка требуется вслед за экспериментатором повторять произносимое предло­жение); «Дом животного», где нужно подобрать домики для че­тырех животных, пользуясь ключом-подсказкой (вместо «Шиф­ровка» из WISC), и «Геометрические схемы» (заменивший «Скла­дывание фигур»), где ребенок копирует десять простых чертежей.

1. сзультаты выполнения каждого задания оцениваются от­дельно, и это даст качественную характеристику различных психи­ческих функций. Наличие шкалы действий позволяет исследовать детей с нарушениями слуха и речи.

Субтесты, входящие в вариант методики Векслера для детей, по содержанию практически нс отличаются от широко приме­няемых в патопсихологии экспериментально-психологических ме­тодик. Для них довольно четко разработаны пути качественного анализа данных, и экспериментатор имеет возможность вносить к процедуру тестового исследования необходимые изменения и до­полнения, направленные на изучение качества нарушения. Поэтому

**необходимо учитывать и строго фиксировать вес индивидуальные особенности испытуемых, а также все особенности их поведения во время проведения обследования.**

**Наибольший интерес представляют следующие показатели:**

1. **особенности общения ребенка с экспериментатором (легко ли вступает в контакт, задаст ли вопросы и какие, рассказывает ли что- нибудь о себе и т.д.);**
2. **особенности мотивации (вызывают ли задания интерес, ка­кова реакция на неуспех, как ребенок оценивает свои возможности и достижения);**
3. **динамические характеристики деятельности (импульсив­ность, расторможенность, поспешность в выполнении заданий или заторможенность, медлительность, истощасмость).**

**Обследование детей с повышенной истощаемостью, низкой работоспособностью нужно проводить в несколько этапов, давая им значительные перерывы для отдыха. Такие дети выполняют задания очень медленно и часто не укладываются в отведенное время. Поэтому целесообразно нс прерывать ребенка, не ограни­чивать времени выполнения заданий, чтобы выяснить, способен ли он в принципе справиться с ними, но обязательно учитывать инди­видуальное время выполнения.**

**В отличие от стандартной процедуры тестового исследования, когда отмечается только результат выполнения задания, имеет смысл подробно и тщательно запротоколировать весь ход экспе­римента, используя полученные данные для дальнейшего каче­ственного анализа.**

**Обработка и интерпретация результатов может проходить на трех уровнях:**

1. **подсчет и интерпретация баллов общего интеллекта, вер­бального и невербальной) интеллектов;**
2. **анализ профиля оценок выполнения субтсстов испытуемыми на основе подсчета соответствующих коэффициентов;**
3. **качественная интерпретация индивидуального профиля с привлечением данных наблюдения за поведением испытуемого в ходе обследования и прочей диагностической информации.**

**Стандартный вариант обработки заключается в подсчете пер­вичных сырых оценок но каждому субтссту. Затем сырые баллы по соответствующим таблицам переводятся в стандартные и ото­бражаются в виде профиля. Сырые оценки отдельно по вербальной и невербальной части суммируют и определяют но таблицам пока­затели общего, вербального и невербального IQ.**

**При оценке общего интеллектуального показателя (IQ) но мето­дике Д. Векслера диапазон интеллектуальной нормы но междуна­родным критериям составляет 100 ± 20, т.е. от 80 до 120.**

**В табл. 8.12 приведена класификация IQ-показателей но мето­дике Векслера.**

*Таблица 3.12*

Классификация IQ-показателей по Векслеру

[Жмуров, 1994; Вассерман, Щелкова, 2004]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IQ-показа­  тель | Уровень интеллектуал ь- пого развития | Клиническое определение но МКБ-10 |
| 130  и выше | Очень высокий интеллект |  |
| 120-129 | Высокий интеллект |  |
| 110-119 | Хорошая норма | 11орма |
| 90-109 | Средний уровень | 11орма |
| 80-89 | Сниженная норма | 11орма |
| 70-79 | Пограничный уровень |  |
| 50-69 |  | Легкая умственная отсталость (УО) |
| 35-49 |  | Умеренная УО |
| 20-34 |  | Тяжелая У О |
| Менее 20 |  | Глубокая УО |

**Несмотря на чрезвычайно широкую распространенность и эф­фективность, методика Векслера продолжает вызывать некоторые нарекания как в плане своей рсстандартизации, так и в плане ошибок, допускаемых при се проведении и интерпретации. Весьма ценные замечания но этому поводу приводятся Н.В. Веломсст- новой 1200,'iJ.**

Культуро-независимый тест интеллекта Р. Кеттелла

(Culture-Fair Intellegence Test — CFIT)

*(Raymond Bernard Cattell,* 1905-1998)

[Cattell, 1973; Денисов, 1994; Энциклопедия..., 1997; Собчик, 2002] **Тест предназначен для измерения уровня интеллектуального развития, не зависящего от влияния факторов окружающей среды (воспитания, культуры, образования и т.д.), так называемого «чистого» интеллекта — все задания имеют графическую форму (пространственно-геометрический материал) и расположены в по­рядке возрастания трудности. Основная психодиагностическая**

ценность таких методик, но мнению Р. Ксттелла, заключается н возможности оценивать преимущественно биологически детер­минированный («врожденный») компонент интеллектуального по­тенциала.

Тест в его основной версии впервые был издан в 1968 г. Инсти­тутом тестирования личности и способностей (США) и затем неод­нократно переиздавался. Имеется три варианта теста:

1. для детей 4-8 лет и умственно отсталых взрослых (не имеющих образования);
2. для детей 8 12 лет и взрослых, имеющих закопченное среднее образование (две параллельные формы Л и й);
3. для учащихся старших классов, студентов и взрослых с высшим образованием (две параллельные формы Л и й).

Первый вариант теста состоит из восьми субтсстов: 1) «Подста­новка»; 2) «Классификация»; 3) «Выбор называемых предметов»;

1. «Лабиринты»; 5) «Картинки с недостающими деталями»; 6) «Вы­полнение указаний»; 7) «Загадки»; 8) «Определение сходства». Время решения всех заданий лимитировано.

Второй и третий варианты состоят из четырех субтестов и раз­личаются лишь уровнем сложности. Предусматриваются две ана­логичные части теста, между проведением которых возможен не­большой перерыв.

1. «Серии» распознание и продолжение закономерных изме­нений в рядах фигур (рис. 3.16).

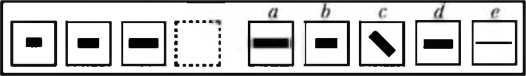


Рис. 3.16. Пример субтеста «Серии»

1. «Классификация» — определение общих черт, особенностей фигур с исключением липшей (рис. 3.17).

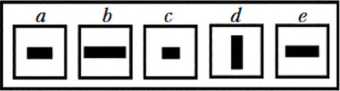


Рис. 3.17. Пример субтеста «Классификация»

1. «Матрицы» — дополнения к неполным комплектам фигур (рис. 3.18).

Рис. 3.18. Пример субтеста «Матрицы»



***a b c d с***

0000S

А. «Соблюдение условий» — анализ взаимного расположения фрагментов с поиском аналогичного образцу (рис. 'i. 19).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| © | а  О | ь  О | С  & | d  О | е  о |

Рис. 3.19. Пример субтеста «Соблюдение условий»

Все тесты имеют примеры, а время, отводимое на решение каж­дого задания, здесь также ограничивается. Предполагается только одно правильное решение, которое надо выбрать из предлагаемого множества ответов.

Результаты тестирования сверяются с ключом. Затем подсчи­тывается количество правильных ответов по каждому тесту и их общая сумма в первой и второй частях методики. Суммы баллов обеих частей также складываются, полученный результат является сырым баллом, который переводится в стандартную оценку IQ при помощи таблицы возрастных норм.

Считается, что показатели нормы находятся в пределах от 90 до 110 баллов. Показатели выше этого уровня могут свидетель­ствовать об одаренности испытуемого, ниже него об отставании в умственном развитии.

Отсутствие вербального фактора как предмета исследования несколько снижает валидность этой методики как инструмента оценки интеллекта.

Расширение представлений об интеллектуальной сфере даст основание считать, что помимо традиционных методических при­емов оценки IQ. она может осуществляться и в комбинации с ней­ропсихологическими критериями, которые предусматривают ха­рактеристику перцептивной сферы, эффективность реализации т.н. исполнительных функций и ряда других показателей. Например, для характеристики когнитивных функций довольно распростра­ненными инструментами являются Краткая шкала оценки психо­логического статуса (MMSK), Монреальская шкала когнитивнойоценки (МоСЛ), методики из т.н. Луриснской батареи, Вискон- сийский тест сортировки карточек (WCSN), тест /(ж. Р. Струна (Slroop 'lest) и др.

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Что представляет собой стимульпыи материал методики Ранена и к каких версиях она встречается?**
2. **Какие показатели являются предметом анализа в методике Равена?**
3. **Для каких целей разрабатывалась методика Амтхаузра?**
4. **Перечислите общие черты методик Амтхаузра и Векслера.**
5. **Охарактеризуйте субтесты методик Амтхаузра и Векслера, отража­ющие состояние вербального и невербального интеллекта.**
6. **Какой компонент интеллекта, но мнению Р. Кеттелла, измеряется с помощью культуронезанисимого теста? Что общего между методи­ками Равена и Кеттелла?**
7. **Какие нейронсихологические методики** Moiyr **привлекаться для оценки когнитивных функций?**
8. ШИЗОФРЕНИЯ — ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ

В.Д. Мсндслевич 120011 считает адекватным обозначать девиантным поведением любое отклоняющееся, в том числе включа­ющее поведенческие эквиваленты психических расстройств и забо­леваний. Это психопатологический тип девиантного поведения, при котором, как правило, мотивы поведения психически больных оста­ются непонятными, а нарушения поведения обусловливаются рас­стройствами восприятия (галлюцинации и иллюзии), нарушениями мышления (бредовое истолкование действительности, навязчивые идеи и т.н.) и расстройствами других психических функций, состав­ляющих основу психической патологии, традиционно описываемой как психозы. Одним из них является шизофрения.

Шизофрения входит в группу заболеваний, причина ко­торых точно нс установлена, хотя часто она отслеживается у лиц, имеющих наследственную отягощснность но данному заболе­ванию. Патопсихологические проявления шизофрении отличаются большим многообразием и зависимостью от формы шизофрении и этапа их течения. В качестве самых общих тенденций можно от­метить следующие: больные становятся замкнутыми, утрачивают социальные контакты и связи с реальностью, у них отмечается обеднение эмоциональных реакций, наблюдаются различной сте­пени выраженности расстройства ощущений, мышления, воспри­ятия, эмоционально-волевого функционирования и двигательные расстройства. Как правило, сохраняются ясное сознание и интсл-

**лектуальные способности, хотя с течением времени некоторые ког­нитивные нарушения появиться могут. Э. Крсчмср |200.'5| в рамках своего конституционального подхода специально выделял больных шизофренией, обладающих нсихэстетическими или гиперэстети­ческими чертами характера на почве «повышенной возбудимости темперамента, в смысле элегической нежности или напыщенности и экзальтированности».**

**Расстройства восприятия способны выражаться как в усилении этого процесса, так и в его ослаблении. Особенно заметны изме­нения на начальных стадиях заболевания: цвета кажутся более яр­кими, цветовые оттенки более насыщенными. Привычные пред­меты начинают жить собственной жизнью (например, вибрируют) или трансформируются в нечто иное, тенденциозно (например, угрожающе) интерпретируемое. Звуки и шумы воспринимаются громче обычного. Могут усиливаться кинестетические, обоня­тельные и вкусовые ощущения. Наплыв сенсорных ощущений и их обострение у больных вызывает чувства приподнятого настроения, возбуждения, экзальтированности, немотивированного и нс опре­деляемого субкультурой повышения религиозности.**

**В других случаях у больных отмечается низкий уровень структу­рирования перцепции, проявляющийся, в частности, в повышенной частоте нарушений пространственного восприятия. Этот процесс у них застревает на стадии еще не однозначного формирования це­лостного образа, что может иметь следствием многозначность вос­принимаемых объектов (ослабление точности восприятия).**

**Другие типичные и распространенные при шизофрении формы расстройства восприятия — галлюцинации и псевдогаллюцинации. Хотя обманы восприятия наблюдаются в любой сенсорной модаль­ности, чаще всего фиксируются слуховые галлюцинации. Вольной может слышать отдельные звуки, шум, музыку, голое или голоса. Они могут быть постоянными или проявляться периодически. Слуховые галлюцинации могут отличаться степенью громкости, разборчивостью, бывают лаконичными или развернутыми, име­ющими разное содержание, слышатся внутри головы или разда­ются из внешней среды. Зрительные галлюцинации и иллюзии встречаются реже и могут восприниматься вне ноля зрения. Обо­нятельные и вкусовые галлюцинации при бреде преследования обычно сопровождаются страхом отравления. Их наличие в кли­нической картине шизофрении может означать тенденцию к не­благоприятному течению заболевания на почве органического по­ражения мозга.**

Характерны сспестетичсские галлюцинации, часто причудли­вого или мучительного характера, исходящие из различных ор­ганов тела и описываемые с помощью жестов и аллегорических сравнений (чувство жара внутри головы, пронизывания организма какими-то лучами, рези в костях, чувство, сходное с ударом элект­рического тока, поглаживание кошачьей лапой по внутренней по­верхности черепа и т.п.) | Попов, Вид, 2002; Нурлаков, 2002]. На­рушения интеграции психических процессов приводят к тонким изменениям восприятия своего «Я», симптомам деперсонализации и дереализации от легких соматопсихичсских расстройств до не­способности отличить себя от другого человека или какого-то пред­мета. Окружающие предметы и люди становятся какими-то нере­альными, не такими, как были прежде, выглядят «подмененными», «заколдованными» или «переделанными но что-то иное» каким-то мистическим способом.

Чуждыми, нс принадлежащими больному могут восприниматься его тело, движения, речь. Иногда тело приобретает необычные формы животных, чудовищ [Ксмпинский, 1998]. Сенсорно-пер­цептивные контакты со средой в целом перестают быть понятными для больного, вынуждая его по-новому приспосабливаться к окру­жающей действительности, что может отражаться и на его вер­бальном поведении, и на поступках.

Со временем чувственный уровень восприятия окружающего мира снижается, а на поздних этапах шизофрении восприятие обычно притупляется.

Л.В. Горюнова ] 19951, анализировавшая маркеры предрасполо­женности к шизофрении у детей раннего возраста (первого года жизни), обнаружила такие феномены, как снижение, повышение или извращение различных видов чувствительности, а также непредсказуемость и амбивалентность ответных реакций на тс или иные раздражители. К их числу относятся зрительная избира­тельность и застывание взгляда на необычных предметах или яв­лениях, части целого объекта или предмета, задержка в появлении способности локализовывать звуки и реагировать на речь. В от­дельных случаях отмечались архаичные или регрессивные формы изучения предметов: обнюхивание, облизывание, ощупывание.

Возникают трудности при объединении воспринимаемых элементов в сюжетно оформленный образ, второстепенные элементы воспринимаемого не дифференцируются от значи­тельных.

Процессы внимания перестают отфильтровывать большую часть поступающих извне сигналов, расстраивается ощущение времени.

Информация, поступающая к больному, перестает быть для него цельной и очень часто предстает в форме раздробленных, разде­ленных элементов (например, одновременные аудио- и видеосиг­налы из одного источника осмысливаются отдельно). По мнению Ю.В. Дормашева и В.Я. Романова [1995|, симптом нарушения вни­мания при шизофрении вообще имеет центральное значение.

Расстройства эмоций являются одним из наиболее типичных для шизофрении изменений, варьируемых но качеству в раз­личные периоды заболевания. Общая тенденция заключается в том, что эмоции нс адекватны ни внешним обстоятельствам, ни собственным мыслям больного, ни его поступкам. Аффек­тивные реакции больных странны, неестественны, неожиданны, парадоксальны, амбивалентны (симптом «стекла и дерена»). На­ряду с качественной неадекватностью, обычным при шизофрении является несоответствие эмоциональных реакций силе вызнавшего их раздражителя, возможны поверхностность эмоций, капризность или дурашливость.

Н подростковом возрасте вероятны черты психического инфан­тилизма, чрезмерной чувствительности, ранимости, мимозоподоб- ности либо разочарованности и апатичности.

На ранних стадиях расстройства могут проявляться такие эмоциональные изменения, как депрессия (от замаскированной до очевидной), чувство вины, беспричинный страх, беспокойство, неясные предчувствия, неприязнь к окружающим, а также частая смена настроений, в определенной степени обусловленная изме­нениями сенсорных ощущений, ухудшаются эмпатичсскис спо­собности (некоторые врачи описывают странное интуитивное ощущение, что они нс могут установить эмоциональный контакт с больным). На более поздних стадиях характерны холодность, отрешенность, сужение эмоционального спектра, при которых кажется, что больной вообще нс в состоянии испытывать какие- либо эмоции, утрачиваются чувства привязанности и сострадания к близким, нивелируются чувства такта, стеснительности и стыда. У больного появляются грубость, беззастенчивость, разрываются взаимосвязи между аффектом и интеллектом.

Определенным изменениям подвергается и эмоциональная со­ставляющая восприятия речи в целом больные но голосу и ми­мической экспрессии, сопровождающей речь, хуже определяют состояние собеседника, хотя в отдельных случаях возможна и обратная картина.

Топ и голое тоже подвержены искажениям и изменениям, как в том, что касается интонаций и тембра (шепот, глухой или гну­савый голос, хрипота, легализация, необычные ударения, мям- ление и т.д ), так и относительно ритма (ускорения, неожиданные нсплсски или синкопы в манере говорить, чередующиеся торо­пливость и замедление). Иногда высказывание делают еще более странным шумы-паразиты (вздохи, прищелкивание языком, храп, сопение, кашель, откашливание и т.н.). Наконец, возникают и такие более или менее постоянные нарушения, как заикание, сюсюканье и др. |Эй, 1976; Schizophrenic..., 19761.

По мерс прогрессирования заболевания все эмоциональные ре­акции окончательно приобретают печать равнодушия, холодности и безучастности. Нарастают оскудение чувств и эмоциональная ту­пость.

Однако существует мнение, согласно которому отсутствие про­явлений эмоций в ответ на внешние ситуации, которые должны были бы их вызывать, не означает, что больной шизофренией вовсе их нс испытывает (по крайней мере, на средних этапах развития болезни), поскольку многие из них на самом деле живут довольно богатой эмоциональной жизнью, источником которой является их внутренний мир, и тяжело переживают свою неспособность вы­ражать эмоции.

Расстройства мышления весьма разнообразны, в связи с чем могут быть подразделены на нарушения формы (связи, порядка), содержания и процесса мышления, его темна, причем у больных шизофренией редко наблюдают только один тип нарушения.

Н.М. Влейхср [1983], ссылаясь на работы О.К. Тихомирова 11969] и др., указывает на то, что расстройства мышления при ши­зофрении могут быть представлены тремя звеньями.

Первое звено нарушения мотивационной сферы (редукция энергетического потенциала). Нели в норме мышление — волевой, целенаправленный и активный процесс, определяемый отношением человека (прежде всего эмоциональным) к предметам и явлениям внешнего мира, то при шизофрении подобная целенаправленность ассоциативного процесса утрачивается. При этом снижение уровня мотивации почти никогда нс идет путем только количественного убывания функции.

Второе звено, выступающее как следствие первого, - нарушения личностного смысла, т.с. того, что в норме создаст пристрастность человеческого сознания и придаст определенную значимость явле­ниям, изменяет в восприятии человека сущность и значение этих явлений. Известно, что у больных шизофренией личностный смысл предметов и явлений часто не совпадает с общепринятыми и об­условленными реальной ситуацией знаниями человека о них.

Третье звено, неизбежно вытекающее из первых двух, соб­ственно нарушения селективности информации, которые проявля­ются нарушениями избирательности информации из хранящегося в памяти прошлого опыта и невозможностью ее использования для вероятностного прогнозирования будущего. По мнению иссле­дователей этого направления, нарушения селективности инфор­мации в мышлении больных шизофренией тесно связаны с рас­ширением круга признаков предметов и явлений, привлекаемых для решения мыслительных задач. В качестве актуальных больные шизофренией используют критерии, не имеющие реальной значи­мости (проблема «сверхвключения»). Выделение в процессе мыш­ления необычных (или второстепенных) признаков предметов и яв­лений и игнорирование их конкретных признаков рассматривается как проявление чрезмерной «смысловой свободы», гипсрассоциа- тивпости, эксцентричности в формировании понятий. Отсюда невозможность для больного удержаться в определенных заданных смысловых границах и, соответственно, расширить условия мысли­тельной задачи.

Можно предположить, что в зависимости от того, какое звено больше нарушено, в патопсихологической картине шизофрении наблюдается большая выраженность того или иного вида, типа расстройств мышления. Например, при изменениях мотивации преимущественно наблюдается апатическая редукция мышления. Преобладающая выраженность нарушения личностного смысла вы­зывает расстройства мышления, в основе которых лежит изменение личностной позиции больного (аутистическое, оторванное от ре­альности и резонерское мышление). В связи с нарушениями селек­тивности информации отмечается паралогическое и символическое мышление (см. параграф 2.8), характеризующееся одновременным сосуществованием прямого и переносного смысла понятий.

В результате больные жалуются на невозможность сосредо­точить мысли, трудности в усвоении материала, неуправляемый поток мыслей или два параллельно текущих потока мыслей, воз­никает способность улавливать особый смысл в словах, предло­жениях, художественных произведениях. Им иногда кажется, что какое-то существо извне оказывает влияние па их мысли или по­ведение, или, напротив, что они сами контролируют внешние со­бытия каким-либо причудливым образом (например, заставляя солнце подниматься или садиться или предотвращая землетря­сения) [Коркина, Лакосина, Личко, 2008; Каплан, Сэдок, 20021. Нарушается способность к абстрагированию, ассоциации стано­вятся неадекватными, «рыхлыми», избыточными, расплывчатыми,

нелогичными (Schizophrenic..., 197fi; Ионов, Вид, 20021. Утрачи кается умение видеть причинно-следственные связи. Темн мыш­ления может и ускоряться, и замедляться: появляется скачка идей, остановка или блокирование процесса мышления. Со временем содержание мышления обедняется, отмечаются его неотчетливость или обстоятельность. У некоторых больных возникают трудности к порождении мыслей вообще. О. Блсйлер в целом характеризовал шизофреническое мышление как аутистическое, т.с. оторванное от реальности (см. параграф 2.8).

Чаще всего при анализе мышления больных шизофренией рассматриваются такие его отклонения, как разноплановость (су­ждения о каком-то явлении находятся в разных плоскостях), ре­зонерство (тенденция больных к многоречивым непродуктивным рассуждениям, бесплодному мудрствованию, многоречивость, многозначительность, неуместный пафос высказываний), соскаль­зывания и причудливость ассоциаций [Клиническая..., 20021. От­мечается значительное удлинение ассоциативной цепочки за счет отсутствия жестких прочных связей и большого числа однократно употребляемых ассоциаций. .Значительная часть ассоциаций носит характер нестандартных, несущественных, что может свидетель­ствовать о процессах дезорганизации, беспорядочности в их веро­ятностно-статистической структуре. При этом основное значение придается нарушениям личностного компонента мыслительной деятельности, изменению отношения к окружающему, неадек­ватной самооценке.

Вопрос о том, до какой степени меняются мыслительные про­цессы при шизофрении, продолжает оставаться открытым. Многие авторы считают, что страдают не отдельные интеллектуальные способности, а лишь умение ими пользоваться. Поэтому, с одной стороны, необычность шизофренического мышления, в котором важное место занимают изменения мотивационного компонента, сама по себе не может прямолинейно рассматриваться как слабо­умие (деменция). Будучи неспособным решить очень легкую за­дачу, больной неожиданно и оригинально решает весьма сложную, справляется с конструктивно-пространственными заданиями, иг­рает в шахматы, сохраняются многие полученные ранее знания и навыки, могут приобретаться новые. В то же время при рассмот рении шизофрении в процессуальном аспекте несомненно сни­жение мыслительной продуктивности, маскируемое характерными и своеобразными расстройствами мышления.

Интеллектуальное снижение на многих, в том числе и ранних этапах шизофрении иногда настолько очевидно, что даже первые

сс исследователи характеризовали мри этом видимые изменения психики как раннее слабоумие dementia praecox [ Kraepelin, 1898|. (П озднсс это название, в том числе и самим Кренслиным в силу многообразия симптомов, форм данного психического расстройства и вероятностному проявлению слабоумия было признано неадек­ватным.) Экспериментальное исследование когнитивных функций больных шизофренией уже в наше время показало, что по методике Нскслера по сравнению с нормой у них обнаруживается снижение показателя IQ примерно на 10 баллов при крайне низких резуль­татах в тестах на внимание и тестах, проверяющих проблемно-ре­шающее повеление [Лвсдисона, Всриго, 20011. Но значительной разницы между вербальной и невербальной оценками выявлено не было.

Характерным почти для всех этапов шизофрении является бред самого разного содержания, который может возникать как пер­вично путем болезненной трактовки реальных фактов и событий, так и вторично, т.с. на основе нарушения восприятия (галлюци­наций). Ошибочной интерпретации может подвергаться распоз­навание окружающей обстановки и людей, в ситуацию и общение может вкладываться нс присущий в действительности смысл.

Наиболее ярким внешним выражением расстройств мышления являются изменения в речи, которые также обнаруживают зависи­мость от этапа болезни и сс формы. У подавляющего большинства больных отмечаются тенденции к снижению спонтанности речи, коммуникативной функции и вербальной беглости | Алфимова, 2006|. Часто речь при шизофрении описывается как расплывчатая, усложненная, без установки на слушателя, монологичпая, разо­рванная (без смысловой связи между понятиями при сохранности грамматического строя речи, языковые нелепости, «абракадабра») вплоть до словесной окрошки. Расстройства собственно граммати­ческой стороны речи преимущественно наблюдаются на поздних стадиях развития болезни.

На начальных этапах заболевания разорванность как ключевой признак может иметь довольно сглаженные формы: нечеткие фор­мулировки, рассеянность, излишнее и ранее не свойственное ис­пользование не к месту чрезмерно абстрактных выражений. Отсут­ствует стремление к точности и конкретности описания, больные склонны к формально логическим заключениям и схоластическим построениям, полунамекам, туманным двусмысленностям и мета­форам [Ксрбиков, Коркина, Наджаров, Снсжнсвский, 1968|. Харак­терно бесплодное, малосодержательное, витиеватое рассуждатсль- ство на отвлеченные, например философские или теологические темы (резонерство). Может обращать на себя внимание контраст между банальностью высказываний и пафосной, многозначи­тельной формой их произнесения.

При наличии излишней обстоятельности отмечается танген- циальность неспособность целенаправленно закончить начатую мысль либо вообще полный се обрыв.

По-видимому, из-за нарушения вероятностного прогнозирования в рамках лексической составляющей речи и неспособности подо­брать нужное точное слово больные начинают изобретать новые, по­нятные только им слова (привилегированно или даже стереотипно используемые неологизмы — например, скомбинированные из слогов разных слов, причудливо ассоциирующихся с желаемым смыслом, существующие правильные слона употребляются в другом смысле, либо понос слово образуется по фонетической модели известного и т.п.). Часть больных, страдающих шизофренией, склонны исполь­зовать символику — свидетельство расширенного сосуществования прямого и переносного смысла понятий, спрятанного подтекста, ме­тафоры. Возможно говорение и ответы «невпопад».

В других случаях имеют место обеднениость речи или содер­жания речевой продукции, эхолалии и мутизм.

Изменения мнестической сферы и внимания при шизофрении менее типичны и остаются малоизученными (ни в МКЬ-10, ни в американской систематике DSM-III-R расстройства памяти в качестве диагностических критериев шизофрении вообще нс упо­минаются), хотя некоторое снижение этих психических функций отмечается многими исследователями, объясняющими недостаточ­ность памяти слабостью сосредоточения внимания на запомина­емом материале [Каплан, Сэдок, 20021. По мнению К. Шнайдера 119991, способность к запоминанию у больных шизофренией часто кажется нарушенной потому, что эти глубоко погруженные в соб­ственные переживания больные нс испытывают интереса к проис­ходящему в окружающем их мире, нс замечают и не запоминают его. Даже качественные расстройства памяти, в частности конфабу- ляции, являются нс чем иным, как фантастической, бредовой пере­работкой воспоминаний, т.е. имеют другой источник. Нсузнаванис людей и дезориентация у больных шизофренией тоже представ­ляют собой нс расстройства памяти, а бредовую фальсификацию окружения.

У больных детей довольно часто встречаются феномены пато­логического фантазирования. Н этих случаях ребенок полностью поглощен своей патологической продукцией и все больше теряет связь с реальным миром [Кононова, 196.'5|.

Кроме того, у больных могут отмечаться навязчивые мысли в форме воспроизведения в памяти дат, имен, терминов, навязчи­вого счета, навязчивых страхов, представлений и т.п. I? литературе имеются указания на проблемы актуализации прошлого опыта, а также нарушения ассоциативной и кратковременной (рабочей) памяти, не позволяющих координировать получаемую инфор­мацию с другими психическими операциями |Авсдисова, Всриго, 20011**.**

Мотивационно-волевые расстройства в целом выражаются в снижении инициативы, утрате ранее имевшихся интересов, ослаблении энергетического потенциала, а также в целом ряде двигательных расстройств. К числу частных проявлений подоб­ного рода можно отнести астению, недостаток постоянства цели, непредсказуемое реагирование, повышенную отвлекасмость, адинамию, аутичность, особые, свсрхцснныс или односторонние интересы, чудаковатость, капризность, растерянность, несамо­стоятельность, наличие навязчивостей и нсрсевсраторных пред­ставлений.

В более сложных, опосредующих случаях волевой дефицит обнаруживается через отсутствие ассоциативной упорядочен ности в мыслительных процессах (сохранные больные сами жа­луются на неспособность управлять своими мыслями), отсутствие планов на будущее, измснснность эстетических и этических чувств (больные становятся неряшливыми, нс соблюдают элементарного гигиенического ухода за собой), через антисоциальное поведение вплоть до садистических наклонностей, извращенную сексуаль­ность, бродяжничество и т.п.

Возможны и гипсрстения, особая оппозиционность окружа­ющему, эгоизм, нелепое упрямство, карикатурное самоутверж­дение, вычурность, особенно характерные для начала патологиче­ского процесса в подростковом возрасте.

Ретроспективно маленькие дети с будущими признаками ши­зофрении отличаются от сверстников некоторой апатичностью, пассивностью, своего рода разочарованностью. В школьные годы они часто, несмотря на достаточные способности, плохо учатся. Во­левые расстройства, порождаемые болезнью, родители и педагоги расценивают как проявление лени. Присутствуют такие симптомы, как чувство неполноценности, апатия, социальное отстранение (бесцельно бродят но дому, уединяются), сдержанность, идеали­стичность, постоянная бессодержательная тревога и предрасполо­женность к более выраженным тревожным реакциям (вплоть до па­нических атак). Ксть данные, что мальчики в таких случаях более

перевозбуждены, агрессивны и негативистичны, в то время как девочки пугливы и аутистичны [Гиндикин, Гурьева, 1999J. Могут наблюдаться немотивированные, нелепые поступки импульсив­ного типа (застывание в одной и той же, иногда причудливой позе, неожиданные выкрики и т.п.). Отмечаются монотонность, одноо­бразие и стереотипность игры (в зрелые годы стсреотипизируется жизненный уклад), неуклюжесть и замешательство в движениях (ребенок натыкается на предметы, роняет вещи).

Среди друг их грубых вариантов волевых расстройств встреча­ются спутанность, кататоническое возбуждение, дурашливость, манерность (последние два качества, а также резонерство и склон­ность к излишнему самоанализу могут возникать и у здоровых подростков в пубертатном периоде |Сухарсва, 197-ij), выраженная абулия (отсутствие любых волевых или поведенческих побуж­дений, даже связанных с инстинктивным поведением и самооб­служиванием) и ступор (см. параграф 3.2). Степень критичности отношения к своему заболеванию у больных шизофренией бывает разной, а степень выраженности волевых расстройств коррели­рует с прогредиентностью (от лат. progredior — идти вперед — не­уклонным или приступообразным развитием) заболевания и с тя­жестью дефекта личности.

Помимо когнитивной, мнсстичсской и эмоциональной специ­фики, лица с эндогенными психическими расстройствами, и в част­ности с шизофренией, отличаются прежде всего своим функциони­рованием в социально-психологической сфере [ Критская, Мелешко, 20151, независимо от «стажа» заболевания, а также и проблемами усвоения социального опыта в детстве, обусловленных наруше­ниями логики понимания происходящего.

Исследование психических особенностей больных с шизофре­нией можно производить с помощью методик, требующих вчув­ствоваться в переживания других лиц (картинки с эмоционально насыщенным сюжетом, ТЛТ, юмористические рисунки), произ­нести классификацию, исключение или сравнение неоднородных понятий, интерпретировать пятна Роршаха (чрезмерная обо­бщенность, использование «нестандартных», «слабых» или неа­декватных, абсурдных признаков), оценивающих изменения лич­ностных отношений (незаконченные предложения), обнаружи­вающих бессодержательность или символизм в ассоциативных процессах (пиктограммы, ассоциативный эксперимент), провоци­рующих резонерство и разноплановость мышления (интерпретация понятий, толкование пословиц) и др.

*Контрольные вопросы и задания*

1. **Каковы самые общие изменения психической деятельности при ши­зофрении?**
2. **Охарактеризуйте особенности расстройств восприятия при шизо­френии.**
3. **Как проявляются расстройства эмоций при шизофрении у детей и подростков?**
4. **Каково психологическое содержание звеньев расстройств мышления при шизофрении?**
5. **Какие расстройства мышления и речи чаще всего встречаются при шизофрении?**
6. **Через какие психические феномены проявляются особенности моти­вационно-полевых изменений при шизофрении, в частности, у детей?**
7. **Какие психодиагностические методики и приемы могут использо­ваться для выявления признаков шизофрении?**
8. ЭПИЛЕПСИЯ — ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ

При попытке снести многочисленные определения эпилепсии к един ох! у знаменателю к них выделяются три принципиальных обстоятельства:

1. вовлеченность центрального аппарата нервной системы (го­ловного мозга чрезмерность нейронной активности различной этиологии в сю коре);
2. повторяющиеся (хронические) припадки (как судорожные, так и иные), сопровождающиеся расстройствами сознания раз­личной степени;
3. особые постепенные изменения различных слоев личности, доходящие до развития затяжных психозов и деменции на отда­ленных этапах заболевания.

Н соответствии с МКЬ-10 и МКЬ-11 эпилепсия справедливо относится не к психическим расстройствам, а к болезням нервной системы, что нс означает отсутствия у данных больных изменений со стороны психики (на 21-м конгрессе по эпилепсии [Сидней, 19951 указывалось, что 55% пациентов с эпилепсией имеют психи­ческие нарушения).

Подобные изменения целесообразно рассматривать под углом зрения их связанности с различными этапами и проявлениями болезни [Эпилептология..., 2000]. В частности, ЭЛ. Максутова и В. Фрешср 119981 предлагают выделять психические нарушения, предшествующие припадку, сопровождающие его, постирина- дочные и психические расстройства в межирипадочный период, /(ля целей патопсихологии представляется целесообразным рас-

**смотреть и особенности личности на поздних этапах заболевания. Картина психических расстройств будет заметно различаться и в зависимости от того, является ли эпилепсия врожденной (эндогенной, гсиуипиой) либо приобретенной (экзогенной), на­пример, в результате черепно-мозговой травмы. Во втором случае соответствующие изменения наслаиваются на уже сложившиеся личностные черты, в свою очередь, обусловливающие картину рас­стройства. Л в первом случае формирование личности и ее сторон, слоен изначально (с детства) идет под знаком имеющегося заболе­вания. Кроме того, ряд исследователей условно выделяют два ме­ханизма психических изменений при эпилепсии:**

1. **обусловленные самим эпилептическим процессом и парок­сизмальными расстройствами;**
2. **не имеющие причинно-следственных связей с приступами, но вызываемые психогенным влиянием многочисленных травми­рующих срсдовых факторов и имеющие в основе различные прояв­ления реакции на болезнь | Железнова, Максутова, 20011.**

**В целом существует тесная зависимость между тяжестью болезни и психическими нарушениями, которые встречаются значительно чаще при неблагоприятном течении эпилепсии. В начальной стадии заболевания психические изменения могут либо отсутствовать, либо иметь рудиментарный и нечеткий характер. Одни психи­ческие нарушения при эпилепсии могут представлять собой как бы замену припадков и возникают остро, приступообразно, без какой- либо внешней причины. Их называют психическими эквивалентами. Другие развиваются постепенно, годами прогрессируя гго мере уве­личения тяжести и длительности заболевания. Это хронические изменения психической деятельности при эпилепсии, отражающие изменение личности больного, его характера и интеллекта.**

**Существуют наблюдения, что наиболее выраженные и типичные изменения личности свойственны больным с височной эпилепсией. В тех случаях, когда существуют преимущественно изменения лич­ности, их определяют термином «эпилептический характер», ко­торый по своему психолог ическому содержанию ire следует отож­дествлять с друг им психическим явлением — эпилептической де­менцией.**

**Среди широко распространенных явлений при эпилепсии — так называемая аура, специфическое состояние, предшествующее при­падку (или иногда выступающее его эквивалентом, заменителем). Лура отождествляется самими больными с состоянием дурноты, растерянности, головокружения, ощущений онемения, покалы­вания, сжатия, растяжения, различных галлюцинаторных ощу-**

щсний в виде пса пределе иных звуков, окликов, обонятельных на­рушений: неприятных запахов дыма, газа, гнили. В этот же период могут возникать тревога, раздражительность, возбуждение и склон­ность к конфликтным реакциям и агрессии. Появляется чувство надвигающейся угрозы, рождающее желание что-либо предпринять или искать помощи у окружающих. Типичен страх получить травму во время судорожного припадка или социофобичсский страх при­падка на глазах у сотрудников или значимых знакомых.

В некоторых случаях больные жалуются на дезориентирован­ность и дсрсализационныс расстройства восприятия времени (время тянется необычайно медленно или проносится мгновенно, появля­ются состояния «уже виденного» (deja ьи) или «никогда нс виден­ного» (jamais vu), расстройства восприятия пространства мета- морфопсии — искажения величины или формы воспринимаемых предметов, макропсии и микропсии, а также расстройства схемы тела и вестибулярных функций.

В рамках ауры также описываются нарушения мышления (пе­рерывы мыслей, их ускоренное течение, непроизвольное течение или извлечение вербализованных воспоминаний из памяти).

Реже наблюдаются приятные ощущения (подъем жизненных сил, чувство особой легкости и приподнятости настроения, бла­женства, любви к окружающим), сменяющиеся затем тревожным ожиданием приступа.

Сам эпилептический приступ не обязательно протекает в форме различной степени развернутости судорожного припадка, сопрово­ждающегося потерей сознания. Многие припадки при эпилепсии могут выражатЕ>ся исключительно или преимущественно различ­ными психическими нарушениями, изменением сознания и эмоцио­нальной сферы, более или менее сложными поведенческими нару­шениями. Например, так называемая абсансная эпилепсия может проявлять себя неожиданно развивающимися кратковременными бсссудорожными приступами застывания с отсутствием реакций на внешние раздражители. Вольной (часто в детском и подрост­ковом возрасте) становится похожим на задумавшегося человека, но без дальнейшей возможности вспомнить факт произошедшего.

Эпилептические эквиваленты

Эпилептические эквиваленты в целом весьма разнообразны. Клиническая картина их сводится к следующим психопатологиче­ским формам.

Дисфория — тоскливо-злобное настроение, развивающееся без видимого повода и длящееся несколько часов или дней. Вольной

**мрачен, злобен, подозрителен, веем недоволен, придирчив, слепо раздражителен, иногда агрессивен, жесток в отношении даже самых близких людей, иногда испытывает неудержимое влечение к алко­голю, сопровождающееся запоем, склонен к протестным реакциям и разрушительным действиям, возможны наслоения страха. Куль­минационным моментом дисфории нередко является возбуждение. Подобные эмоционально-поведенческие феномены обычно проте­кают без потери памяти на происшедшее.**

**Дисфория, считаясь одним из самых распространенных рас­стройств при эпилепсии, в форме короткого эпизода может иметь место и в структуре ауры, равно как она в более мягких формах ши­роко представлена в поведении больного и в промежутках между приступами (как спонтанно возникающее, так и психогснпо обу­словленное дисфорическос состояние, спровоцированное ссорой, обидой и т.н.). Реже дисфории возникают в нослсприпадочном состоянии, сочетаясь с вялостью, раздражительностью, головной болью.**

**У ряда больных картина аффективных приступообразных рас­стройств соответствует панической атаке, при которой больной ис­пытывает чувство панического страха смерти, сопровождающегося состоянием растерянности, чувством крушения всего окружающего.**

**Дисфорию необходимо отличать от эпилептических аффек­тивных реакций, которые имеют непосредственную причинно­следственную связь с психогенными обстоятельствами реальной жизни. В подобном случае в картине расстройства преобладает аффект нс столько злобности и гневливости, сколько негодования и протеста, представляющий собой гипертрофированную реакцию возбуждения в ответ на объективно проявленную или субъективно оцененную несправедливость, оскорбление, унижение и другие травмирующие факторы | Рогачева, 20051, которые аналогичную ре­акцию могут вызывать и у здоровых людей. Но в случае эпилепсии раздражитель оказывается приложим к напряженному, взрывча­тому фону, созданному эпилептическим процессом, усу|убляющим степень выраженности подобных проявлений.**

**В силу повышенной чувствительности больных аффективные реакции могут вызываться целым рядом даже слабых бытовых раз­дражителей, нейтральных или безразличных для всех остальных людей (тиканье часов, падение капель воды из крана, шум транс­порта и т.н.).**

**Сумеречные расстройства сознания выражаются искажениями и фрагментарностью восприятия действительности, нарушениями ориентировки в месте, во времени и в обстановке. Больной нс от-**

даст себе отчета и происходящем, критика к своему состоянию резко ослабевает.

Встречается несколько разновидностей сумеречных расстройств сознания. При дслириозном варианте имеет место наплыв ярко окрашенных угрожающих или устрашающих зрительных галлю­цинаций (пожары, трупы, кровь и т.п.), сопровождающихся напря­женным аффектом, страхом, переживанием ужаса, экстаза, ярости, обычно сменяющих друг друга на протяжении короткого периода времени. Вольные крайне возбуждены, кричат, агрессивны или спа­саются бегством [Кирпичснко, 199в|, склонны к опасным дей­ствиям вплоть до убийства или самоубийства. Встречаются также религиозно-экстатические, мистические, эротические или истори­ческие видения, сопровождающиеся соответствующими бредовыми идеями (величия, сопричастности, преследования и т.п.). Приступы заканчиваются внезапное полной или частичной амнезией пережи­того. К периоду помраченного сознания после его окончания воз­никает отношение как к чему-то чуждому, противоречащему складу личности.

/(ругая разновидность сумеречного расстройства сознания — ам­булаторный автоматизм (см. параграф 3.7). Автоматизированные действия могут быть самыми разнообразными, включая продол­жение действий, непосредственно предшествовавших припадку. В ряде случаев амбулаторные автоматизмы выражаются в виде произнесения одних и тех же звуков, слогов, слов, иногда носящих бессвязный характер, порой в виде различных жестов (потирания рук, лица, застегивания и расстегивания одежды, вытаскивания из карманов одежды различных предметов и т.д.) с последующей полной амнезией. Сумеречное состояние во время сна приобретает форму сомнамбулизма (снохождения), что чаще встречается у детей и подростков и сочетается со сноговорснисм. Проснувшись после подобного расстройства, больные в отношении этого периода также испытывают амнезию.

Одним из компонентов сумеречного состояния при эпилепсии является различной глубины ступор (двигательная заторможен­ность) от незначительной обездвиженности с элементами му- тизма (отказа от общения), персеверациями и эхолалией до со­стояния полной обездвиженности.

Хронические изменения

Хронические изменения психической деятельности при эпи­лепсии развиваются в результате длительного течения патологиче- скога процесса, проявляясь, как правило, в виде изменений харак­тера, нарушений мыслительного процесса и развития слабоумия.

Индивидуальные характерологические различия все больше сглаживаются, и их место занимают такие качества, как медлитель ность всей психической деятельности и мышления, застреваемость на деталях, косное упрямство, сужение круга интересов, педантич­ность, чрезмерная аккуратность, вязкость, настойчивость и особая принципиальность, касающаяся, как правило, собственного благо­получия (например, в форме сутяжничества или скупости).

Н.Н. Яейгарник 11986| но поводу инертности эпилептиков пишет, что в связи со смещением мотива смещается и смысл деятельности. Сложная опосредованная деятельность теряет смысл для больного, главным становится исполнение отдельных операций, которые в норме выполняют роль технического средства.

Н этот же контекст вписывается и выраженный инстинкт само­сохранения, повышенное внимание к своему самочувствию, погло­щенность своим болезненным состоянием и всякого рода мелкими недугами. Вольные считают отправления организма чрезвычайно важными, много времени уделяют рассказам о них, охотно лечатся и, несмотря на разную оценку своего состояния, в целом верят в по­ложительный успех лечения и выздоровления (эпилептический оп­тимизм при генуинной эпилепсии).

Малейшее ущемление собственных интересов или неиспол­нение требований порождает обидчивость, взрывчатую (экспло­зивную) агрессивность и мстительность. Иногда встречаются утрированная слащавость, притворная учтивость, подчеркнутая по­добострастность и преувеличенная ласковость, склонность к само­уничижению, которые сочетаются со злопамятностью, снижением чувства жалости, сопереживания и отзывчивости. Иногда разви­ваются показное благочестие, двуличие, набожность, религиозное ханжество, гиперсоциальность. Мировоззрение часто характери­зуется ортодоксальностью, фанатической приверженностью тем или иным взглядам.

При выраженном эгоизме (собственное «Я» всегда стоит в центре внимания больного) и заметной потребности в самоутверждении (например, в форме непереносимости приказов, повышенного топа в отношении себя или желания подчинять себе членов группы), благодаря высокому энергетическому потенциалу и сохранности интеллекта на начальных периодах заболевания, часто реально добиваются искомой власти. Однако возможны проявления и по­лярных качеств — робости, застенчивости, неуверенности, которые парадоксально сочетаются в характере одного больного.

К числу хронических могут быть отнесены и такие аффек­тивные и соматовсгетативные расстройства со стороны личности, как склонность больных к реакциям тревоги, чувство безысход­ности, склонность к слабодушным реакциям, протекающие на фоне головных болей и других алгичсских проявлений, снижения ап­петита, неустойчивого спа с кошмарными сновидениями, чувства разбитости, снижения памяти [Казаковцев, 1999|. Вторично фор­мируются навязчивые страхи: умереть во время приступа, обнару­жить снос заболевание перед знакомыми или сотрудниками, страх отмены препаратов | Казенных, Семке, 2006] и т.н. Возможны эф­фекты гипсропски и со стороны родственников.

Специфические нарушения психики определяются у больных лишь начиная со школьного возраста, а в дошкольном и более младшем возрасте на фоне задержки психического развития чаще регистрируются особенности поведения и эмоциональные реакции нсснсцифичсского типа, встречающиеся, например, и у больных не­врозами |Миридонов, 1996].

Односторонне негативное описание эпилептических черт харак­тера и психики в целом было бы неверным. В его структуре также присутствуют хорошая устойчивость внимания (при страдающей псрсключасмости), хорошая зрительная память, добросовестность, работоспособность, целеустремленность, умение постоять за себя и своих близких, искренняя, порой детская привязанность, умение надежно дружить и ряд других качеств.

Расстройства мыслительной деятельности при эпилепсии, по мнению В.М. Влсйхсра [1976, 198.‘5|, характеризуются тремя ря­дами признаков: вязкостью мышления, слабоумием и бредом.

Наиболее характерны застревание на деталях, невозможность выделить главное, в силу повышенной обстоятельности - труд­ность перехода от одних тем и представлений к другим, либо, на­против, склонность к уходу от главной темы ко второстепенным мелочам, замедленный темп усвоения новых знаний и навыков, а также трудности с использованием нового и прошлого опыта. Вольные эпилепсией могут не понимать условностей, юмора, их су­ждения носят конкретно ситуативный характер, слабо раскрыва­ются смысловые связи между предметами и явлениями.

При длительном и неблагоприятном течении заболевания осо­бенности мышления становятся все более отчетливыми: нара­стает своеобразное эпилептическое слабоумие (точнее, слабоумие при эпилепсии) мышление становится формальным и кон­кретным, лишенным абстракций, обобщений и логических доказа­тельств. Одна из его заметных черт — неумение выделить главное, а следовательно, и критически оценить ситуацию. Особенно затруд­нена ассоциативная деятельность. Ухудшается сообразительность и уменьшается запас знаний. Снижается память, при многословии больной оперирует стандартными выражениями, склонен к свое­образным резонерским и банальным рассуждениям, что проявля­ется в поучительном тоне высказываний, отражающих некоторую их патетичность и переоценку человеком собственного жизненного опыта. Ситуация осложняется неспособностью больного отвлечься от ситуации, побудившей к резонерству и морализаторству. Эго­центрическая аффективно-личностная направленность процессов мышления придаст эпилептическому слабоумию особые черты, по­зволяющие определить его как концентрическое, т.е. характеризу­ющееся сужением интересов больного на своей личности | Нлейхср, 198Г5|

При наличии деменции речь делается тягучей, медлительной, лишенной эмоциональной мелодики, преобладают поверхностные, скудные но содержанию высказывания, словарный запас обедня­ется. Возникают затруднения в назывании предметов и явлений, при этом по мере прогрессирования заболевания снижается и ак­тивность поисков больными нужного слона. В некоторых случаях речь изобилует уменьшительно-ласкательными словами. Интересы больного окончательно сосредоточиваются на соматических ощу­щениях и состоянии, а также на физиологических потребностях. По мерс развития слабоумия возрастает общая вялость и пассив­ность, интеллектуальные нарушения постепенно начинают пере­крывать личностные изменения.

Слабоумие оказывается более значительным и быстрее прогрес­сирует у больных с невысоким интеллектуальным уровнем до забо­левания, особенно в тех случаях, когда эпилептический процесс на­слаивается на умственную отсталость или органическое поражение головного мозга.

Дети с эпилептической деменцией часто отличаются угрюмым фоном настроения, недоверчивостью, склонностью к взрывам аф­фекта и агрессии при недовольстве чем-либо. У детей дошкольного и младшего школьного возраста в поведении на первый план не­редко выступает двигательная расторможснность, сочетающаяся с тяжеловесностью и угловатостью отдельных движений. Вместо аффективной биполярности взрослых отмечается своеобразная контрастность в психомоторике в виде сочетания медлительности, плохой исрсключасмости движений (особенно тонких) с импуль­сивностью, склонностью к бурным двигательным разрядам. Одним из проявлений инертности и плохой исрсключасмости моторики оказываются речевые расстройства в виде некоторой смазанности речи, нечеткости артикуляции и монотонности голоса. Сравни­тельно часто, в том числе и у детей дошкольного возраста, наблюда­ется грубое расторможение сексуального влечения, стремлении об­нимать, тискать других детей. Возможно садистическое извращение сексуального влечения, при котором дети получают удовольствие, причиняя боль (кусают, щиплют, царапают и т.п.) окружающим | Ковалев, 1985|. Волсе или менее типичная описанная выше эпи­лептическая деменция имеется при начале заболевания у детей старше 3-5 лет. В дошкольном возрасте в случаях раннего начала заболевания нередко отмечается задержка интеллектуального раз­вития. У подростков могут возникать трудности мсжнсрсональных отношений, чаще, чем у других, доминируют реакции протеста, повышенные притязания, сснзитивность и конфликтность |Желез­нова, Максутова, Соколова, 20031.

Исследование психических особенностей больных с эпилепсией можно производить с помощью таких методик, способных улавли­вать тугоподвижность, вязкость мышления и ригидность аффекта, как таблицы Шульте (увеличение времени поиска), ассоциативный эксперимент, пересказ сюжета сложного рисунка или текста (де­тализация), чернильные пятна Роршаха (бедность воображения, опора на цвет, тенденциозное видение кровавых сюжетов и т.н.), методика незаконченных предложений (умилительные или агрес­сивные завершения, обнаружение в речи большого числа умень­шительно-ласкательных суффиксов), интерпретация сюжетных картин (отсутствие критичности), пробы на переключение (нару­шения подвижности психических процессов), методика исклю­чения (затруднения в выделении существенных признаков) и т.д.

***Контрольные вопросы и задания***

1. **Какова роль различных этиологических факторов эпилепсии в обу­словливании психических изменений?**
2. **Что такое аура?**
3. **Какие поведенческие и психические феномены могут расцениваться в качестве эпилептических эквивалентов?**
4. **И чем выражаются хронические изменения психической деятельности при эпилепсии?**
5. **Какими признаками характеризуются расстройства мышления при эпилепсии?**

**G. Какие психодиагностические методики могут использоваться для об­наружения признаков психических расстройств, характерных для эпи­лепсии?**

Список использованной литературы

1. **Аведисова А.С. Шизофрения и когнитивный дефицит [Текст] /**

**А.С. Анедисова, II.II. Вериго // Психиатрия и психофармакоте- рания. - 2001. - Т. 3. - № 6. - С. 5.**

1. **Агаджанян II.A.** **Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний [Текст] / II.А. Агаджанян, Р.М. Баев­ский, А.II. Берсенева. М.: РУДИ, 2000. — 284 с.**
2. **Адам Д.** **Восприятие, сознание, намять. Размышления биолога |Текст]: нер. с англ. / Д. Адам. — М.: Мир, 1983. — 152 с.**
3. **Адрианов А.И.** **Лучшие психологические тесты для профотбора и профориентации (Описание и руководство к использованию) |Текст] / А.И. Адрианов, II.А. Волкова, Л.Г. Десфонтейнес [и др.]. — Петро:)аводск: Нетрком, 1992. — 319 с.**
4. **Айзенк Г.** **Структура личности [Текст]** / **Г. Айзенк. — М.; СПб.: KCII+; Ювента, 1999. - 464 с.**
5. **Айзенк Г.10.** **Понятие и определение интеллекта [Текст] / Г. Айзенк // Вопросы психологии. - 1995. — № 1. — С. 111 131.**
6. **Акимова М.К.** **Руководство к применению теста структуры интел­лекта Рудольфа Амтхауэра [Текст] / М.К. Акимова, Б.М. Борисова, К.М. Гуревич [и др.]. — Обнинск: Принтер, 1993.**
7. **Александрова Л.А.** **К концепции жизнестойкости в психологии. Си­бирская психология сегодня [Текст] / Л.А. Александрова // Сб. науч. трудов / нод ред. М.М. Горбатовой, А.В. Серого, М.С. Яницкого. — Ке мерово: Кузбассвузиздат, 2004. — Вын. 2. — С. 82-90.**
8. **Александровский IO.A.** **Пограничные психические расстройства |Текст] / IO.A. Александровский. — М.: Медицина, 2000. — 496 с.**
9. **Алфимова М.В.** **Наследственные факторы в нарушениях познава­тельных процессов при шизофрении [Текст]: автореф. дис. ... д-ра нсихол. наук / М.В. Алфимова. М., 2006. — 26 с.**
10. **Альманах психологических тестон [Текст] / под ред. Р.Р. Римского, С.А. Римской. - М.: КСП+, 1996. — 400 с.**
11. **Амирджанова В.И.** **Популяционные показатели качества жизни но опроснику SP-36 [Текст] / В.II. Амирджанова, Д.В. Горячев, II.И. Коршунов [и др.] // Научно-практическая ревматология. — 2008. - № 1. - С. 36-48.**
12. **Ананьев В.Г.** **О проблемах современного человекознания [Текст]** /

**Б.**Г. **Ананьев. — СПб.: Питер, 2000. 272 с.**

1. **Ананьев В.Г. Человек как предмет познания [Текст] / Б.Г. Ананьев. — Л.: ЛГУ, 1968. - 339 с.**
2. **Анастази А.** **Психологическое тестирование [Текст] / А. Анастази, С. Урбина. - СПб.: Питер, 2007. - 688 с.**
3. **Андрющенко А.В.** **Носттранматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости |Текст] / Л.В. Андрющенко // Психиатрия и психофармакология. — 2000. - Т. 2. — № 4. - С. 11-1 Г).**
4. **Анохин П К.** **Избранные труды: Философские аспекты теории функциональной системы [Текст] / II.К. Анохин. — М.: Наука, 1978. - 400 с.**
5. **Антонян Ю.М.** **Криминальная патопсихология |Текст] / Ю.М. Ан­тонян, В.И. Гульдан. — М.: Наука, 1991. 248 с.**
6. **Антропов К).А.** **Основы диагностики психических расстройств**

**[Текст] / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов, II.Г. Незванов. — М.: ГЛОТА Р-Медиа, 2010. 384 с.**

1. **Аппел В.Я.** **Память и внимание — интеграторы психики [Текст] /**

**В.Я. Анчел, Ii.ll. Цыган. - СПб.: ЛОГОС, 2004. 120 с.**

1. **Артамонов** **/7Д Иллюзии зрения [Текст] / И.Д. Артамонов. — М.: Паука, 1969. - 223 с.**
2. Ассанович М.А. **Тест Роршаха на основе адаптированной интегра­тивной системы Лкспера: теоретические и прикладные аспекты |Электронный ресурс] // Журнал практической психологии и пси­хоанализа. - 2002. — № 4. — URL: [htLp://psyjournal.ru/j3p/pap](http://psyjournal.ru/j3p/pap). php?id=20020409.**
3. **Астапов B.M.** **Коррекционная педагогика с основами нейро- и пато­психологии [Текст] / В.М. Астапов. М.: ПНР С.-), 2006. - 176 с.**
4. **Астапов В.М.** **Тревожность у детей |Текст] / В.М. Астапов. — СПб.: Питер, 2004. — 224 с.**
5. **Аствацатуров М.И.** **Избранные работы [Текст] / М.И. Астваца- туров. — Л.: Медицина, 1939. — 437 с.**
6. **Аткинсон Р. Человеческая память и процесс обучения [Текст]: пер. с англ. / Р. Аткинсон. - М.: Прогресс, 1980. — 528 с.**
7. **Аткинсон РЛ.** **Введение в психологию [Текст]: нер. с англ. / Р.Л. Ат­кинсон, Р.С. Аткинсон, К.'-). Смит [и др.]. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. - 672 с.**
8. **Атлас для экспериментального исследования отклонений в пси хической деятельности человека [Текст] / под ред. И.А. Полищук,**

**А.Е. Видренко. — 2-е изд. — Киев: Ддорвь’я, 1979. — 124 с.**

1. **Ахутииа ТВ.** **Методология пейропсихологического сопровождения детей с неравномерностью развития психических функций [Текст] / Т.В. Ахутииа, II.М. Пылаева // Вторая международная конференция памяти А.Р. Лурия. Сборник докладов / под ред. Т В. Ахутиной, Ж.М. Глозмап. М„ 2003. - С. 181 189.**
2. **Бабкина II.В.** **Оценка психологической готовности детей к школе. По­**

**собие для психологов и специалистов коррекционного образования 1'Гекст] / II.В. Бабкина. — М.: Айрис Пресс, 2006. 144 с.**

1. **Важин Е.Ф.** **Личностный дифференциал [Текст]: методические реко­мендации / Е.Ф. Важин, А.М. Лткинд. — Л.: ПИНИИ им. В.М. Бех­терева, 1985. — 12 с.**
2. Базыма Б.А. Исследование отношения к цвету как метода в диагно­стике эмоциональных нарушений при шизофрении [Текст]: дис. ... канд. психол. наук / Н.А. Базыма. — Л., 1991. — 188 с.
3. Балабанова Л.М. Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений) [Текст] / Л.М. Балабанова. Донецк: Сталкер, 1998. - 432 с.
4. Бардышевская М.К. Диагностика эмоциональных нарушений у детей [Текст] / М.К. Бардышевская, В.В. Лебединский. — М.: УМУ «Пси­хология», 2003. — 320 с.
5. Бартлетт Ф. Психика человека в труде и игре [Текст]: пер. с англ. / Ф. Бартлетт; под ред. А.II. Леонтьева. — М.: АНИ РСФСР, 1959. 144 с.
6. Басина Б.З. Особенности психического развития детей 6-7-летнего возраста [Текст] / К.З. Басина, Л.В. Берцфаи, Н.А. Бугримепко [и др.]; под ред. Н.Д. Ольконина, АЛ. Венгера. — М.: Педагогика, 1988. 136 с.
7. Басов МЛ. Избранные психологические произведения [Текст] / М.Я. Басов. — М.: Педагогика, 1975. — 432 с.
8. Бассин Ф.Б. О силе «Я» и психологической защите [Текст] / Ф.В. Бас- син // Вопросы философии. — 1969. — № 2. — С. 118-125.
9. Башииа В.М. Особенности деперсонализационных расстройств у больных шизофренией детей [Текст] / В.М. Башина // Жури, не- вропатол. и психиатр. — 1978. — № 10. — С. 1517-1523.
10. Бек А. Когнитивная терапия депрессии [Текст] / А. Бек, А. Раш, Б. Шо [и др.]. - СПб.: Питер, 2003. - 304 с.
11. БеллакЛ. Тест детской апперцепции (фигуры животных) [Текст]: ме­тодическое руководство/Л. Беллак, С,С. Беллак — СПб.: ИМА'ГОМ, 2002. - 62 с.
12. Беломестпова II.fi. Клиническая диагностика интеллекта: психо­метрическая и клинико-психологическая оценка уровня развития интеллекта в клинической и судебно-психологической экспертной практике [Текст]: методическое пособие / II.В. Беломестпова. — СПб.: Речь, 2003 - 128 с.
13. Белопольская ИЛ. Детская патопсихология [Текст]: хрестоматия / сост. П.Л. Белопольская. — М.: Когито-Центр, 2000. — 351 с.
14. Белопольская ИЛ. Коттон: Психодиагностический комплект методик для детей от 6 до 11 лет (Психологический инструментарий) / сост. IIЛ. Белопольская. — М.: Когито-Центр, 2006;
15. Белопольская ИЛ. Когитоша. Психодиагностический комплект ме­тодик для детей от 3 до 6 лет (Психологический инструментарий) / сост. IIЛ. Белопольская. — М.: Когито-Центр, 2005.
16. Белопольская ИЛ. Задача патопсихологии и понятие психической нормы (Вводная статья) [Текст] // Патопсихология: хрестоматия / сост. IIЛ. Белопольская. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Когито-Центр, 2000. - С. 8-17.
17. Белопольская ИЛ. Исключение предметом (Четвертый лишний): Мо­дифицированная психодиагностическая методика [Текст] / IIЛ. Бе­лопольская. — М.: Когито-Центр, 2006. — .'10 с.
18. Белопольская ПЛ. Недостающие предметы. Психодиагностическая методика (Модификация методики Г.И. Россолимо) (комплект) (Психологический инструментарий) / II.Л. Белопольская. — М.: Ко­гито-Центр, 2003. — 16 с.
19. Белоусова Л И. Психодиагностика в начальной школе [Текст] / Л.И. Белоусова, П.Г-). Бойко, Л.И. Мищик. — Запорожье: Полиграф, 1994. - 192 с.
20. Белый Б.И. Тест Роршаха: практика и теория [Текст] / Б.И. Белый; мод ред. Л.П. Собчик. — СПб.: Дорваль, 1992. — 200 с.
21. Березин Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене [Текст] / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Р.Б. Рожанец. — М.: Медицина, 1976. — 186с.
22. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация чело­века ['Гекст] / Ф.Б. Березин. — Л.: 11аука, 1988. — 270 с.
23. Березин Ф.Б. Социально-психологическая адаптация при невроти­

ческих и психосоматических расстройствах |Текст] / Ф.Б. Березин, Т.И. Барлас //Жури, невропат, и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1994. - Т. 94. № 6. — С. 38-43.

1. Березовский АЛ. Самосознание психических больных ['Гекст] / А.,'). Березовский, II.II. Крайнова, II.С. Бондарь. — Самара: Самар­ский ун-т, 2001. — 43 с.
2. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание ['Гекст] / Р. Бернс. М.: Прогресс, 1986. — 422 с.
3. Бернштейн А.И. Клинические приемы психологического исследо­вания душевнобольных. Опыт экспериментально-клинической семи­отики интеллектуальных расстройств [Текст] / А.II. Бернштейн. - 2-е изд. — М.: Госиздат, 1921. — 79 с.
4. Бернштейн П.А. Физиология движений и активность [Текст] / II.А. Бернштейн. — М.: Паука, 1990. — 496с.
5. Беспалько И.Г. Проективные методы [Текст] / И Г. Беспалько, И.II. Гильяшева // Методы психологической диагностики и кор­рекции в клинике / нод ред. М.М. Кабанова, А.К. Личко, Б.М. Смир­нова. Л.: Медицина, 1983. — С. 116-144.
6. Бехтерев Б.М. Объективная психология ['Гекст] / Б.М. Бехтерев. М.: Паука, 1991. — 480 с.
7. Бехтерев Б.М. Психика и жизнь ['Гекст] / Б.М. Бехтерев. — М.: Книжный клуб Книговек, 2012. — 590 с.
8. Бехтерева И.И. Устойчивое патологическое состояние при болезнях мозга ['Гекст] / II.II. Бехтерева, /[.К. Камбарона, Н.К. Ноздеев. — М.: Медицина, 1978. - 300 с.
9. Бизюк А.П. Компендиум методов нейронсихологического исследо­вания ['Гекст] / А.П. Бизюк. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
10. **Бизюк А.II. Модификация методики KPI Г. Айзенка и разработка адамтиронанпой компьютерной версии [Текст] / A.II. Бизюк // Обо­дрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехте­рева. — СПб.: Синапс, 2000. — № 1. — С. 17 22.**
11. **Биренбаум Г.Б. К вопросу об образовании переносных и условных значений слов при патологических изменениях мышления [Текст] / Г.И. Биренбаум // I lonoe учение об апраксии, афазии и агнозии. — М.;**
12. **: Госмедиздат, 1934. - С. 147-164.**
13. **Блёйлер О. Аутистическое мышление |гГекст] / О. Блёйлер // Хре­стоматия но общей психологии. Психология мьппления. — М.: МГУ, 1981. - С. 113-123.**
14. **Блейхер В.М.** **Клиника приобретенного слабоумия [Текст] /**
15. **М. Блейхер. Киев: .Здоровье, 1976. 161 с.**
16. **Блейхер Н.М.** **Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов [Текст] / В.М. Блейхер, И.В. Крук,**
17. **М. Боков. -** М.: **MUCH; Воронеж: НПО МОДГЖ, 2002. - 612 с.**
18. **Блейхер Н.М.** **Нарушения мышления как показатель психи­ческой деградации больных алкоголизмом |Текст] / В.М. Блейхер,**
19. **А. Худик // Врачебное дело. - 1982. - № 1. — С. 90-92.**
20. **Блейхер Н.М.** **Патонсихологичесая диагностика [Текст] / В.М. Блейхер, И.В. Крук. — Киев: Здоровье, 1986. — 280 с.**
21. **Блейхер Н.М.** **Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов [Текст] / В.М. Блейхер, И.В. Крук,**
22. **II. Боков. — Ростов п/Д: Феникс, 1996. — 448 с.**
23. **Блейхер Н.М.** **Расстройства мышления |Текст] / В.М. Блейхер. Киев: Здоровье, 1983. — 192 с.**
24. **Блейхер Н.М.** **Толковый словарь психиатрических терминов [Текст] /**

**В.М. Блейхер, И.В. Крук. — Воронеж: НПО МОДЭК, 1996. 640 с.**

1. **Блейхер Н.М.** **Экспериментально-психологические исследования пси­хически больных [Текст] / В.М. Блейхер. Т.: Медицина, 1971. — 176 с.**
2. **Блум Ф. Мозг, разум и поведение [Текст]: пер. с англ. /** (1). **Блум,**

**А.** **Лейзерсон, 71. Хофстедтер. — М.: Мир, 1988. — 248 с.**

1. **Богданова Т.Г.** **Диагностика познавательной сферы ребенка [Текст]** / **Т.Г. Богданова, Т.В. Корнилова. — М.: Роспедагентство, 1994. — 68 с.**
2. **Богданова Т.Г.** **Экспериментальная психология: практикум [Текст] / Т.Г. Богданова, Ю.Б. Гиппенрейтер, К.71. Григоренко. — М.: Аспект Пресс, 2002. - 383.**
3. **Богдашипа О.Б.** **Аутизм: определение и диагностика [Текст] / О.Б. Бог- дашина. — Донецк: ООО «71е6едь», 1999. — 112 с.**
4. **Бодалев А.А. Общая психодиагностика [Текст] / иод ред. А.А. Бода­лева, В.В. Столица. — СПб.: Речь, 2000. — 440 с.**
5. **Бодров Н.А.** **Информационный стресс: учебное пособие для вузов [Текст] / В.А. Бодров. М.: ПНР СО, 2000. - 362 с.**
6. **Божович Л.И.** **71ичпость и ее формирование в детском возрасте |Текст] /71.И. Божович. — М.: Просвещение, 1968. — 464 с.**
7. Божович Л.И. Проблемы формирования личности [Текст] / Л.И. Бо- жонич; иод ред./[.И. Фельдштейна. — 2-е изд. — М.: Институт практи­ческой психологии; Воронеж: НПО МОД'-)К, 1997. — 352 с.
8. Божович Л.И. Психологические закономерности формиронания лич­ности и онтогенезе [Текст] / Л.И. Божович // Попр. психол. — 1976. — № 6. - С. 45-53.
9. Бойко И.И. Энергия эмоций |'Гекст] / В.В. Войко. — 2-е изд., дои. и не­рераб. — СПб.: Питер, 2004. — 474 с.
10. Болотова А.К. Прикладная психология: учебник для вузов [Текст] /

А.К. Болотова, И.В. Макарова. М.: Аспект Пресс, 2001. — 383 с.

1. Большая энциклопедия психологических тестов [Текст]: под ред.

А.А. Карелина. М.: Эксмо, 2007. — 416 с.

1. Боулби Д. Привязанность [Текст] / Д. Боулби. — М.: Гардарики, 2003. - 477 с.
2. Брагина II.II. Функциональные асимметрии человека [Текст] / 11.11. Брагина, Т.А. Доброхотова. - 2-е изд. — М.: Медицина, 1988. — 240 с.
3. Бразмаи М.Д. О дифференциации некоторых эмоциональных со­стояний методом измерения цветовой чувствительности [Текст] / М.Э. Бразмаи, Э.Т. Дорофеева, В.А. Щербатов // Проблемы мо­делирования психической деятельности. — Новосибирск, 1967.

С. 171-174.

1. Братусь Б.С. Аномалии личности [Текст] / Б.С. Братусь. — М.:

Мысль, 1988. 301 с.

1. Братусь Б.С. Место патопсихологии в изучении природы болезни [Текст] / Б.С. Братусь // Вопросы психологии. — 1994. — № 3. — С. 38-42.
2. Брушлипский А.В. Мышление и прогнозирование [Текст] / А.В. Бруш-

линский. — М.: Мысль, 1979. 230 с.

1. Буркин ММ. Введение в диагностику психических заболеваний

[Текст] / М М. Буркин, К). 1£. Рыбак. — Петрозаводск: Изд-во ИГУ, 1998. 228 с.

1. Бурковский Г.В. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике [Текст]: пособие для врачей и психиатров / Г.В. Бурковский, А.11. Коцюбинский, К.В. Левченко [идр.].-СПб., 1998.- 57 с.
2. Бурковский Г.В. Методология и проблемы создания и использования измерительных инструментов качества жизни психических больных [Текст] / Г.В. Бурковский, М.М. Кабанов, А.II. Коцюбинский [и др.] // С6. науч. трудов Санкт-Петербургского научно-исследова­тельского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. — СПб, 2001. - Т. 137. - С. 80-94.
3. Бурлаков А.II. К проблеме лечения шизофрении, протекающей с се- нестоинохондрическими расстройствами (опыт применения серок- веля) [Текст] / А.В. Бурлаков // Психиатрия и нсихофармакоте- рапия. - 2002. - № 3. - С. 106 109.
4. Нурлакова II.C. Проективные методы: теория, практики приме­нения к исследован и К) личности ребенка [Текст] / II.С. Нурлакова,

В.И. Олешкевич. М.: Институт общегу Mai шторных исследований,

2001. - 351 с.

1. Курлачук Л.Ф. Введение в проективную психодиагностику [Текст] / Jl.fi). Нурлачук. — Киев: Пика-Центр, 1907. — 128 с.
2. Нурлачук Л.Ф. Исследование личности в клинической психологии |Текст] / Л.Ф. Нурлачук. — Киев: Нища школа, 1979. — 176 с.

00. Нурлачук Л.Ф. Психодиагностика личности [Текст] / Л.Ф. Нур­лачук. - Киев: Здоровье, 1980. - 168 с.

1. Нурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике |Текст] Jl.fi). Нурлачук, С.М. Морозов. — СПб.: Питер, 1000. — 528 с.
2. Вухановский А.О. Общая психопатология [Текст] / А.О. Нухановский, IO.A. Кутании, М.К. Литвак. — Ростов н/Д: Феникс, 1098. — 416 с.
3. Вэрон Р. Агрессия [Текст] / Р. Нарой, Д. Ричардсон; пер. с англ. С. Ме- леневской, Д. Викторовой, С. Шпак. — СПб.: Питер, 2001. — 352 с.
4. Вартанян И.А. Звук — слух — мозг [Текст] / И.А. Вартанян. — Л.: Наука, 1981. — 176 с.

ЮТ Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней [Текст] /

В.Х. Василенко. — М.: Медицина, 1085. — 256 с.

1. Васильев И.А. Влияние индивидуальных психологических различий па процесс решения проблем ]Текст] / И.А. Васильев, Ю. Куль // Ко­нроем психологии. — 1985. — № 1. - С. 140 148.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления крити­ческих ситуаций) [Текст] / Ф.К. Василюк. - М.: Изд-во МГУ, 1084. — 200 с.
3. Вассерман Л.И. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение [Текст] / Л.И. Вассерман, 0.10. Щелокова. — СПб.: Фило­логический факультет СПбГУ; М.: Академия, 2004. — 736 с.
4. Вассерман Л.И. Методика для психологической диагностики типов от­ношения к болезни [Текст]: методические рекомендации / Л.И. Вас­серман, А.Я. Вукс, В.В. Иовлен [и др.]. — Л.: ПИНИИ им. В.М. Вех- терева, 1987. — 27 с.
5. Вассерман Л .И. Методы нейропсихологической диагностики [Текст] / Л.И. Вассерман, Я.А. Меерсон, С.А. Дорофеева. — СПб.: Стройлесне- чать, 1907. — 360 с.
6. ВеккерЛ.М. Психика и реальность: единая теория психических про­цессов [Текст] / Л.М. Веккер. М.: Смысл, 1098. 685 с.
7. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении [Текст] / В.Д. Вид. — СПб.: ПИППИ им. В.М. Вехтерева, 1003. — 236 с.
8. Вид ВД. Современная клиническая психиатрия [Текст] / В.Д. Вид, Ю.В. Понов. — М.: Экспертное бюро, 1097. — 496 с.
9. Вилюнас В.К. Основные проблемы психологической теории змоций [Текст] / В.К. Вилюнас // Психология змоций / иод ред. В.К. Ви­люнас, Ю.В. Гиппенрейтер. — М.: Изд-во МГУ, 1084. — С. 93-103.

1 14 Иииичук II.В. Психология аномального поведения [Текст] / II.В. Ви- ничук. — Владивосток: Дальневосточный университет, 2004. — 108 с.

1. Винник Д.В. Сознание как проблема в современной философии и науке [Текст] / Д.В. Винник // Философия науки. — 2002. — №4(15).-С. 21 38.
2. Виноградова АД. Психолого-педагогическая диагностика откло­нений развития детей младшего школьного возраста [Текст]: метод, пособие / А.Д. Виноградова, IIЛ. Коновалова, И.А. Михаленкопа [и др.]. - СПб.: МУСиР, 1995. - 68 с.
3. Водопьянова 11.Е. Психодиагностика стресса [Текст] / II.К. Водопья­нова. - СПб.: Питер, 2009. - 336 с.
4. Воловик В.М. Об особенностях формирования приспособительного поведения больных малопрогредиептной шизофренией [Текст] /
5. М. Воловик, А.II. Коцюбинский, II.С. Шейнина// Ранняя реаби­литация психически больных. — Л.: Медицина, 1984. — С. 39-46.
6. Воловик В.М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики [Текст] / В.М. Во­ловик // Теоретико-методологические проблемы клинической пси­хоневрологии. Труды психоневрологического института им. Бехте­рева. - Л., 1975. - Т. 75. - С. 79- 90.
7. Вольф М. Патопсихология и ее методы [Текст] / М. Вольф. — СПб.: Питер, 2004. — 192 с.
8. Вольф М. 11атомсихология и ее методы [Текст]: пер. с фр. / М. Вольф.

СПб.: Питер, 2004. 192 с.

1. Воронков ГЛ. Организация работы клинических психологов в психо­неврологических больницах [Текст] / Г.В. Воронков, В.М Нлейхер,
2. II. Гарницкий. — Киев, 1980. — 22 с.
3. Выготский Л.С. Собр. соч. [Текст]: В 6 т. Т. 5 /Л.С. Выготский. — М.: Педагогика, 1984. Т. 5. — 345 с.
4. Выготский Л.С. История развития высших психических функций [Текст] / Л.С. Выготский // Развитие высших психических функций. - М.: Изд-во АПИ РСФСР, 1960. - С. 13-233.
5. Выготский Л.С. Методика рефлексологического и психологического исследования |Текст] / Л.С. Выготский // Собр. соч. в 6 т. / под ред.

А.Р. Лурия и М.Г. Ярошевского. — М.: Педагогика, 1982. — Т. 1. —

С. 43-62.

1. Выготский Л.С. Мышление и речь [Текст] / Л.С Выготский.

5-е изд., испр. М.: Лабиринт, 1999. — 352 с.

1. Выготский Л.С. Основы дефектологии [Текст] / Л.С. Выготский. — СПб.: Лань, 2003.- 654 с.
2. Выготский Л.С. Педагогическая психология [Текст] / Л.С. Выгот­ский. — М.: Педагогика, 1991. — 480 с.
3. Выготский Л.С. Психология развития человека |Текст] / Л.С. Выгот­ский. — М.: Смысл; ,')ксмо, 2005. — 1136 с.
4. Выготский Л.С. Собр. соч. [Текст]: В 6 т. Т. 3 / Л.С. Выготский. — М.: Педагогика, 1983. — 368 с.
5. Выготский Л.С. Собр. соч.: в fi т. Т. 4 [Текст]/ Л.С. Выготский. — М.: Педагогика, 1984. — Т. 4. — 432 с.
6. Гайда В.К. Об эмоциональном восприятии цвета [Текст] / В.К. Гайда,
7. С. Штерн // Проблемы моделирования психической деятельности. Новосибирск. — 1988. — Вып. 2. — С. 448-448.
8. Гайда В.К. II сихологическое тестирование: учеб, пособие ]Текст] /
9. К. Гайда, В.Н. Захаров. - Л.: И ад-во ЛГУ, 1982. - С. 13-18.
10. Гальперин ПЛ. К проблеме внимания [Текст] / П.Я. Гальперин //До­клады АПII РСФСР. - 1988. - № 3. - С. 33-38.
11. Гальперин II.Я. Развитие исследований но формированию умственных действий ['Гекст] / П.Я. Гальперин. — М.: Директмедиа Наблишинг, 2008. - 94 с.

138. Ганзен ВЛ. Системные описания в психологии [’Гекст] / В. А. Гашен. Л.: Изд-во ЛГУ, 1984. - 178 с.

1. Ганнушкин II.К. Клиника психопатий, их статика, динамика, система­тика [Текст] / II.В. Ганнушкин. — М.: Медицинская книга, 2007. 124 с.
2. Ганнушкин II.В. Психиатрия, ее задачи, объем и преподавание [Текст] / II.В. Ганнушкин // Избранные труды по психиатрии. — Ростов н/Д: Феникс, 1998. — 416 с.
3. Гилфорд Дж. Три стороны интеллекта [Текст] / Дж. Гилфорд // Психология мышления / под ред. А.М. Матюшкина. — М.: Прогресс, 1968. - С. 433-4.86.
4. Гильяшева И.II. Вопросники как методы исследования личности [Текст] / И.II. Гильяшева// Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / под ред. М М. Кабанова, А.|{. Личко, В.М. Смирнова. - Л.: Медицина, 1983. - С. 62-81.
5. Гильяшева И.II. Исследования интеллекта [Текст] / И.II. Гилья­шева // Методы психологической диагностики и коррекции в кли­нике / под ред. М.М. Кабанова, А.К. Личко, В.М. Смирнова. — Л.: Ме­дицина, 1983.— С. 14.3-188.
6. Гильяшева И.П. О возможностях использования метода ТАТ при изу­чении личности больного в психоневрологической клинике [’Гекст] / И.П. Гильяшева // Исследование личности в клинике в экстремальных условиях. - Л.: ПИНИИ им. В.М. Вехтерева, 1969. - С. 23-37.
7. Гиляровский В.А. Избранные труды [Текст] / В.А. Гиляровский. — М.: Медицина, 1973. — 328 с.
8. Гиляровский В.А. Психиатрия |Текст] / В.А. Гиляровский. — М.: Медгиз, 1934. — 320 с.

143. Гиндикин ВЛ. Лексикон малой психиатрии |Текст] / В.Я. Гиндикин. — М.: Крон-пресс, 1997. — 368 с.

1. Гиндикин В.Я. Личностная патология [Текст] / В.Я. Гиндикин, В.А. Гу­рьева. — М.: Трада-Х, 1999. — 266 с.
2. Гинецинский М.И. Пропедевтический курс общей психологии: учебное пособие [Текст] / М.И. Гинецинский. — СПб.: СПб ун-т, 1997. — 200 с.
3. Глозман Ж.М. Количественная оцкеика данных нейропсихологиче­ского обследования [Текст] / Ж.М. Глозмап. — М.: Центр лечебной педагогики, 1999. — 160 с.
4. Голдберг '). Управляющий мозг. Лобные доли: лидерство и цивили­зация [Текст] / Голдберг; нер. с англ. Д. Кугакова. - М.: Смысл, 2003. - 335 с.
5. Головин С.С. Таблицы для остроты зрения [Текст] / С.С. Головин, Д.А. Сивцев. — 3-е изд. — М.; Л.: Госиздат, 1927. — 8 с., 2 отдельн. л. табл.
6. Головина T.II. Изобразительная деятельность учащихся вспомога­тельной школы [Текст] /Т.11. Головина. — М.: Просвещение, 1974. —
7. с.
8. Горбатепко А.С. Системная концепция психики и общей психологии после теории деятельности (Текст] / А.С. Горбатепко. — Ростов п/Д: Изд-во Рост, педагог, ун-та, 1994. — 106 с.
9. Горбов Ф.Д. Детерминация психических состояний [Текст] / Ф.Д. Горбов // Вопросы психологии. — 1971. — № 5. — С. 20 29.
10. Горинов В.В. Судебная психиатрия [З'екст]: учебник для вузов /

В.В. Горинов, Т.Н. Дмитриева, 'I II. Печерннкова [и др.]; нод ред.

1. В. Шостакович. — М.: .Зерцало, 1997. - 385 с.
2. Горьковская ИА. Основные направления исследований в патопсихо­логии [Текст] / И.А. Горьковская // Известия РГПУ им. А.И. Гер­цена. - 2010. - № 136. - С. 21 26.
3. Горюнова А.В. 11еврологические предшественники и маркеры пред­расположенности к шизофрении [Текст]: авгореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.В. Горюнова; Науч. центр психологии, здоровья РАМИ. — М., 1995. — 44 с.
4. Грановская Р.М. Элементы практической психологии [Текст] /

Р.М. Грановская. — 2-е изд. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1988. 560 с.

1. Грин А. Психиатрия [Текст] / А. Грин, Д. Грипблат, Т. Гутейл [и др.]; нод ред. Р. Шейдера; нер. с англ. М.В. Пащенкова при участии Д.Ю. Вельтищепа; иод ред. II.II. Алипова. — М.: Практика, 1998. 485 с.
2. Грицапов А.А. Новейший философский словарь [Текст] / А.А. Гри- цанов. - Мн.: Книжный дом, 2003. - 1280 с.
3. Гудман Р. Детская психиатрия [Текст]: пер. с англ. / Р. Гудман,
4. Скот. — М.: Триада-Х, 2008. — 405 с.
5. Гуревич К.М. Развитие волевых действий у детей младшего дошколь­

ного возраста [Текст]: автореф. дис. ... пед. паук (но психологии) / К.М. Гуревич. М., 1940. 16 с.

1. Гурфипкель В.С. Сенсорные комплексы и сенсомоторная организация |Текст] / В.С. Гурфипкель, IO.C. Леник // Физиология человека. — 1979. - Т. 5. - № 3. - С. 399-414.
2. Гуткииа И.И. Психологическая готовность к школе [Текст] / II.И. Гут- кина. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Академический проект, 2000. —
3. с.
4. Данилова ЕМ. Методика изучения фрустрационных реакций у детей [Текст] / К.К. Данилова // Иностранная психология. — 1996.

№ 6. - С. 69 81.

1. Данилова ЕМ. Практикум но возрастной и педагогической психологии [Текст] / К.К. Данилова. — М.: Академия, 2000. — 160 с.
2. Дарвин Ч. О выражении эмоций у человека и животных [Текст] / Ч. Дарвин. - СПб.: Питер, 2001. — 284 с.
3. Дашкова И.М. Экспериментальные исследования валидности шкалы субъективного предпочтения цвета (тест Люшера) [Текст] / И.М. Дашкова, Е.А. Устинович // Диагностика психического со­стояния в норме и патологии. — Л.: Медицина, 1980. — С. 115-126.
4. Дементий Л.И. Фрустрация: Понятие и диагностика [Текст]: учебно- метод. пособие / Л.И. Дементий. — Омск: ОмГУ, 2004. — 68 с.
5. Демина ЛД. Психическое здоровье и защитные механизмы личности [Текст] / Л.Д. Демина, И.А. Ральникова. Барнаул: Алт. гос. ун-т, 2000. - 123 с.
6. Демьянов К).Г. Диагностика психических нарушений: практикум |Текст] / Ю.Г. Демьянов. — СПб.: Сфера, 2004. — 160 с.
7. Денисов А.Ф. Культурно свободный тест Р. Кеттелла [Текст] /А.Ф. Де­нисов, К.Д. Дорофеев. СПб.: ИМАТОП, 1994. — 25 с.
8. Детский апперцептивный тест (CAT) [Текст]: Альбом (Дополнение к кн. Бурлаковой II. Проективные методы). — М.: Институт общегу­манитарных исследований, 2002. — 10 с.
9. Джемс У. Психология [Текст]: нер с англ. / У. Джемс. — М.: Педаго­гика, 1991. — 368 с.
10. Джидарьян И.А. Счастье и удовлетворенность жизнью в русском об­

ществе [TeKCTj / И.А. Джидарьян // Российский менталитет: вопросы психологической теории и практики. М., 1997. № 5. — С. 187-223.

1. Диагностика эмоционально-нравственного развития [Текст] / под

ред. И.Б. Дерманоной. — СПб.: Речь, 2002. 176 с.

1. Дмитриева Т.В. Состояние научных исследований в области охраны психического здоровья детей и подростков на современном этапе // Доклад на IV Конгрессе педиатров России 17 ноября 1998 года «Охрана психического здоровья детей и подростков» [Электронный ресурс] / Т.Б. Дмитриева. — URL: [hUp://www.otrok.ru/me<ll>ook/](http://www.otrok.ru/medbook/) lisLfarm/dmitr.hlm.

177 .Доброхотова ТА. Психические нарушения при опухолях головною мозга [Текст] / Т.А. Доброхотова // Руководство по психиатрии. В 2 томах / иод ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 2. —

С. 195-212.

1. Добрынин П.Ф. О теории и воспитании внимания [Текст] / П.Ф. Доб­рынин // Хрестоматия по вниманию / иод ред. A ll. Леонтьева,

А.А. Пузырея, П.Я. Романова. М.: Изд-во МГУ, 1976. - С. 243-259.

1. Добрынин П.Ф. Основные вопросы психологии внимания [Текст] / П.Ф. Добрынин // Психологическая наука в СССР. М.: А1111 РСФСР, 1959. Т. 1. - С. 207 220.
2. **Дормашсва ЮН Психология пнимапия [Текст] / К) h Дормашена,**

**В.Я. Романопа. — М.: Тривола, 1995. — 347 с.**

1. **Доасии Н.А. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния |Текет] / Н.А. Доскип, 11.А. Лаврентьев, M.II. Мироншикон [и др.] // Нонросм психологии. - 1973. — № 6. — С. 48-54.**
2. **Дрёмов С.В. Измененные состояния сознания: Психологическая и философская проблема в психиатрии [Текст] / С.Н. Дрёмов, И.Р. Сёмин. — Новосибирск: СО РАМ, 2001. — 204 с.**
3. **Дружинин В.II. Интеллект и продуктивность деятельности: модель «интеллектуального диапазона» [Текст] / И.II. Дружинин // Психо­логический журнал. — 1998. Т. 19. — № 2. — С. 61 70.**
4. **Дружинин В.II. Психология и психодиагностика общих способностей |Текст] / li.II. Дружинин. — М.: Наука, 1994. — 335 с.**
5. **Дружинин В.II. Психология общих способностей [Текст] / И.II. Дру­жинин. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2007. 368 с.**
6. **Дружинин В.II. Структура психометрического интеллекта и прогноз индивидуальных достижений [Текст] / В.П. Дружинин // Интеллект и творчество: Сб. науч. тр. / PAII. Ин-т психологии; отв. ред. A ll. Во­ронин. - М„ 1999. - С. 5-29.**
7. **Дружинин В.П. Экспериментальная психология [Текст] / В.П. Дру­жинин. — СПб.: Питер, 2000. — 320 с.**
8. **Дюк В.А. Компьютерная психодиагностика [Текст] / Н.А. Дюк. СПб.: Кратство, 1994. — 364 с.**
9. **Егоров А.К). Нейропсихология девиантного поведения |Текст] /**

**А.К). Егоров. - СПб.: Речь, 2006. - 224 с.**

1. **Егорова Т.В. Исследование методики «Простые аналогии» при диагно­стике задержки психического развития [Текст] / Т.В. Егорова // Пси­хологическая диагностика, ее проблемы и методы. — М.: Педагогика, 1975. - С. 23-45.**
2. **Елисеев О.П. Практикум по психологии личности [Текст] / О.II. Ели­сеев. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2007. — 512 с.**
3. **Емельянов ЮЛ. Теория формирования и практика совершенствования коммуникативной компетентности [Текст] / Ю.П. Емельянов. — М.: Просвещение, 1995. — 183 с.**
4. **Ересько Д.Н. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах [Текст]: метод, пособие /Д.Н. Ере­сько, Г.С. Исурина, Е.В. Койдапонская [и др.]. — СПб.: ПИНИИ им. В.М. Ьехтерена. 2005. — 24 с.**
5. **Жариков ИМ. Психиатрия: учебник для вузов [Текст] / II.М. Жа­риков, Ю.Г. Тюльпин. — М.: Медицина, 2002. — 544 с.**
6. **Железнова Е.В. Пепсихотические психические расстройства при эпи­лепсии [Текст] / Е.В. Железнова, ЭЛ. Максутова // Русский меди­цинский журнал. — М.: ПИИ психиатрии М.З РФ, 2001. — Т. 9. — № 25. - С. 1207 1209.**
7. **Железнова Е.В. Современная стратегия и тактика терапии больных эпилепсией подросткового и юношеского возраста с коморбидными психическими нарушениями [Текст] / Е.В. Железнова, Г). Л. Максу­това, Л. В. Соколова // Русский медицинский журнал. — М.: ПИИ психиатрии МВ РФ, 2003. Т. 11. — № 10. — С. fill-615.**
8. **Жмуров В.А. Психопатология [Текст] / В.А. Жмуров. — М.: Меди­цинская книга; Нижний Новгород: Изд-во НГМД, 2002. — 668 с.**
9. **Жмуров В.А. Психопатология. Часть I |Текст] / В.А. Жмуров. — Ир кутск: Изд-во Иркут, ун-та, 1994(a). - 240 с.**
10. **Жмуров ВА. Психопатология. Часть II [Текст] / В.А. Жмуров. Ир­кутск: Изд-во Иркут, ун-та, 1994(6). - 304 с.**
11. **Журавель Н.А. Владимир Федорович Чиж как психолог (1855-1922); малоизвестные страницы жизни и научного творчества (к 150-летию со дня рождения). Часть I |Текст| / В.А. Журавель // Обозрение пси­хиатрии и медицинской психологии им. В.М. Ьехтерева. — 2005. — Т. 2. — № 1. — С. 68 72.**
12. **Журбин В.И. Понятие психологической защиты в концепциях 3. Фрейда и К. Роджерса [Текст] / В.И. Журбин // Вопросы психо­логии. — 1990. — № 4. — С. 14-22.**
13. **Забрамная СД. От диагностики к развитию [Текст] / С.Д. Забрамная,**

**О-В. Боровик. — М.: В. Секаче!!, 2004. 61 с.**

1. **Забрамная СД. Практический материал для проведения психолого­педагогического обследования детей [Текст]: пособие для психолого меди ко-педагогической комиссии / С.Д. Забрамная. — М.: Гуманитар; Владос, 2005. — 32 с.**
2. **Забрамная СД. Психолого-педагогическая диагностика умственною развития детей [Текст] / С.Д. Забрамная. — М.: Просвещение; Владос, 1995. - 112 с.**
3. **Забродин Ю.М. Мотивационно-смысловые связи в структуре направ­**

**ленности человека [Текст] / Ю.М. Забродин, Н.А. Соснонский // Во­просы психологии. — 1989. № 6. — С. 100 108.**

1. **Забродин Ю.М. Статистические и семантические проблемы конструи­**

**рования и адаптации многофакторных личностных тест-опросников |Текст] / Ю.М. Забродин, В.И. Нохилько, А.Г. Шмелев // Психоло­гический журнал. — 1987. — Т. 8. № 6. — С. 79-89.**

1. **Заваденко //.//. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: современные принципы диагностики и лечения [Текст] / II.II. Зава­денко // Вопросы современной педиатрии. 2014. — Т. 13. — № 4. — С. 48-53.**
2. **Зайцев В.И. Русский вариант психологического теста MiniMulL [Текст] / В.II. Зайцев // Психологический журнал. — 1981. — Т. 2. — №3. - С. 118-123.**
3. **Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка [Текст] / А.И. Захаров. - М.: Просвещение, 1986. - 128 с.**
4. **Захаров А.И. 11енрозы у детей и подростков: анамнез, этиология и па­тогенез [Текст] / А.И. Захаров. Л.: Медицина, 1988. — 246 с.**
5. **Захаров А.И. Ночные и дневные страхи у детей [Текст] / А.И. За­харов. — СПб.: Союз, 2000. — 448 с.**
6. **Захаров А.И. Происхождение и психотерапия детских неврозов [Текст] / А.И. Захаров. - СПб.: КАРО, 2006. - 672 с.**
7. **Захаров В.В. Нарушения памяти [Текст]: справ, рук. для врачей / А.И. Захаров, 11.11. Яхпо. - М.: 17ЮТАР-МНД, 2003. - 160 с.**
8. **Захарова Л.В.** **Уровень притязаний как показатель самооценки [Текст] / А.В. Захарова // Новые исследования** в **психологии. — М.: АМН СССР, 1989. - Вын. 1.-С. 26.**
9. **Зверева II.В. Патопсихология детского и юношеского возраста [Текст] / II.В. Зверева, О.Ю. Казьмина, К.Г. Каримулина. — М.: Ака­демия, 2008. — 208 с.**
10. **Здравомыслов А.Г. Потребности. Интересы. Неннасти [Текст] /**
11. **Г. Здравомыслов. - М.: Политиздат, 1986. — 223 с.**
12. **Зейгариик В.В. К проблеме понимания переносного смысла слов или предложений при патологических изменениях мышления [Текст] / К.В. Зейгариик // Повое в учении об апраксии, агнозии и афазии. М.; Л., 1934. — С. 1.32-146.**
13. **Зейгариик В.В. Клиническая беседа [Текст] / В.В. Зейгариик // Метод беседы в психологии; под ред. А.М. Айламазьян. — М.: Смысл, 1999. —**

**С.** **75-86.**

1. **Зейгариик В.В. Личность и патология деятельности [Текст] / В.В. Зей- гарпик. — М.: Изд-во МГУ, 1971. — 100 с.**
2. **Зейгариик В.В. Патопсихология [Текст] / В.В. Зейгариик. — М.: Изд-**

**во МГУ, 1986. 287 с.**

1. **Зейгариик В.В. Теории личности в зарубежной психологии [Текст] /**
2. **В. Зейгариик. - М.: Изд-во МГУ, 1982. — 128 с.**
3. **Зинченко Т.Н. Когнитивная и прикладная психология [Текст] / Т.П. Зинченко. - М.: МОД,**'Ж, **2000. - 608 с.**
4. **Зинченко 10.11. Постнеклассическая эпистемология в клинической психологии: возможности перспективы [Текст] / Ю.П. Зинченко, В.И. Перничко // Теоретические и прикладные проблемы меди­цинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю.Ф. Полякова) / иод ред. 11.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. — М.: ПЦПЗ РАМН, 2013. — 197 с.**
5. **Змаповскам В.В. Девиантология (Психология отклоняющегося пове­дения) [Текст]: учеб, пособие / В.В. Змановская. — 2-е изд., иенр. — М.: Академия, 2004. — 288 с.**
6. **Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диаг­ностика, коррекция [Текст] / М.В. Зотов. — СПб.: Речь, 2006. — 144 с.**
7. **Зухарь В.II. О работе патопсихолога в психиатрической больнице [Текст] / В.II. Зухарь, С.Я. Рубинштейн, Л.II. Поперечная. — М., 1975. - 24 с.**
8. **Иванова АЛ. Обучаемость как принцип оценки умственного развития**

**детей [Текст] / А.Я. Иванова. М.: Изд-во МГУ, 1976. 97 с.**

1. **Иванов-Смоленский А.Г. Методика исследования условных рефлексов у человека (ребенка и взрослого, здорового и больного) [Текст] / А.Г. Иванов-Смоленский. — Л.: Практическая медицина, 1928. - 114 с.**
2. **Изард К. Психология эмоций [Текст]: иер. с англ. / К. Изард. — СПб.: Питер, 1999. 464 с.**
3. **Изард К. Эмоции человека [Текст]: иер. с англ. / К. Изард. — М.: Изд- по МГУ, 1980.- 440 с.**
4. **Измайлов ЧА. Цветовая характеристика эмоций [Текст] / Ч.Л. Из­майлов // Нести и к МГУ. — 1995. - Сер. 14. — № 4. -- С. 27-25.**
5. **Йирасек** Я. **Диагностика школьной зрелости [Текст] / Я. Йирасек // Диагностика психического развития / иод ред. Й. Шванцара. — Прага, 1978.- 288 с.**

**222. Ильин II.П. Психология индивидуальных различий [Текст] / li.ll. Ильин. - СПб.: Питер, 2004. - 701 с.**

1. **Ильин II.II. Психология воли [Текст] / li.ll. Ильин. — СПб.: Питер, 2001.- 268 с.**
2. **Ильин 11.11. Эмоции и чувства |Текст] / Ii.ll. Ильин. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2012. - 782 с.**
3. **Ильина M.II. Психологическая оценка интеллекта у детей [Текст] / М П. Ильина. - СПб.: Питер, 2006. - 268 с.**
4. **Ирина II.Р. В мире научной интуиции: интуиция и разум [Текст] /**
5. **Р. Ирина, А.А. Новиков. — М.: Наука, 1978. 192 с.**
6. **ИсаевД.П. Аутистические синдромы у детей и подростков: механизмы расстройств поведения [Текст] / Д.П. Исаев, В.К. Каган // Патологи­ческие нарушения поведения у подростков. — Л.: ПИПНИ им. Бехте­рева, 1972. - С. 60 68.**
7. **Исаев Д.П. Психопатология детского возраста [Текст] / Д.П. Исаев. — СПб.: СпецЛит, 2001.- 462 с.**
8. **Исаев Д.П. Умственная отсталость у детей и подростков [Текст]: руко­водство / Д.П. Исаев. — СПб.: Речь, 2007. — 291 с.**
9. **Исаев Д.П. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматоиси- хические расстройства у детей [Текст] / Д.П. Исаев. — СПб.: Речь,**
10. **- 400 с.**
11. **Истратова О.II. Справочник психолога начальной школы [Текст] /** 0.11. **Истратова, Т.В. Эксакусто. — 2-е изд. — Ростов н/Д: Феникс,**
12. **- 442 с.**
13. **Каган li.II. Внутренняя картина здоровья - термин или концепция? [Текст] / В.К. Каган // Вопросы психологии. — 1992. — № 1.**
14. 86-88.
15. **Казаковцсв ИА. Психические расстройства при эпилепсии [Текст] /**

**Н.А. Казаковцев. М.: Амипресс, 1999. 416 с.**

1. **Казенных Т.Н. Психотерапевтическая коррекция в системе ком­плексной терапии больных эпилепсией [Текст] / Т В. Казенных, В.Я. Семке // Бюллетень СО РАМП. — 2006. — № 1 (119). — С. 90-95.**
2. **Калашник Я.М. Патологический аффект [Текст] / Я М. Калашник // Психология эмоций / под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гипненрейтер. — М.: Изд-no МГУ, 1984. - С. 219-222.**
3. **Калин II.К. Волевая регуляция как проблема формы деятельности |'1'екст] / В.К. Калин // Эмоционально-волевая регуляция поведения**

**и деятельности: тезисы Всесоюзной конференции молодых ученых. Симферополь, 1983. — С. 101-107.**

1. Калюжный **АС. Психология и педагогика [Текст]: учеб, пособие для студентов / А.С. Калюжный. — 11. Новгород: Изд-во IIГПУ,**
2. **- 880 с.**
3. Калягин **В.А. Логопсихология [Текст]: учеб, пособие / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. М.: Академия, 2006. — 320 с.**
4. Кандинский В.Х. **О псевдогаллюцинациях [Текст] / В.Х. Кандин­ский. — М.; II. Новгород: Медицинская книга, Изд-во II ГМ А, 2001. - 156 с.**
5. Канпабих К).**И. История психиатрии [Текст] / К).И. Канпабих. — М.: ЦТР МГЦ ВОС, 1994. - 528с.**
6. Кант **И.** О **характере как образе мыслей / [Текст] / И. Кант // Психо­логия личности: хрестоматия / под ред. К).Б. Гипнепрейтер, А.А. Пу- зырея. - М.: Изд-во МГУ, 1982. - С. 232-234.**
7. Каплан **ГМ. Клиническая психиатрия [Текст]: пер. с англ. В 2 томах.**

**'Г. 1 / Г.И. Каплан, Б. Сэдок. — М.: Медицина, 2002. 672 с.**

1. Каплан **ГМ. Клиническая психиатрия [Текст|: пер. с англ. / Г.И. Каплан, Б. Сэдок. - М.: ГООТАР МКДИЦИПА, 1998. - 505 с.**
2. Карвасарский **БД. Копиш-поведепие у больных неврозами и его ди­намика под влиянием психотерапии [Текст]: пособие для врачей / Б.Д. Карвасарский, В.А. Абабков, А.В. Васильева [и др.]. — СПб.: ПИППИ им. В.М. Бехтерева, 1999. - 22с.**
3. Карвасарский **БД. Медицинская психология (Текст] / Б.Д. Карвасар­ский. — Л.: Медицина, 1982. — 272 с.**
4. Карвасарский **БД. Неврозы [Текст] / Б.Д. Карвасарский. — М.: Меди­цина, 1990. — 567 с.**
5. Карсон **Р. Анормальная психология [Текст]: пер. с англ. / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Ми пека. — СПб.: Питер, 2004. — 1168 с.**
6. Кемпинский А. **Психология шизофрении [Текст] / А. Кемиинский. — СПб.: Ювента, 1998. - 296 с.**
7. Кербиков **О.В. Избранные труды [Текст] / О.В. Кербиков. — М.: Ме­дицина, 1971. — 312 с.**
8. Кербиков О.В. **Лекции но психиатрии [Текст] / О.В. Кербиков. М.: Медгиз, 1955. — 240 с.**
9. Кербиков О.В. **Острая шизофрения [Текст] / О.В. Кербиков. М.: Медгиз, 1949. — 177 с.**
10. Кербиков О.В. **Психиатрия [Текст] / О.В. Кербиков, М.В. Коркина, Р.А. Паджаров [и др.]. — М.: Медицина, 1968. — 448 с.**
11. Кирдяшкипа ТА. **Методы исследования внимания. Практикум по пси­хологии [Текст]: учеб, пособие / Т А. Кирдяшкипа. — Челябинск: ЮУрГУ, 1999. - 71 с.**
12. Кирпичепко А.А. **Психиатрия: учеб, пособие для вузов [Текст] /**

**А.А. Кирпичепко. — 3-е изд., перераб. и доп. — Минск: Вышэйшая школа, 1996. — 392 с.**

1. **Китаев-СмыкЛА. Психология стресса [Текст] / Л.А. Китаеп-Смык. — М.: Наука, 1983. -368 с.**
2. **Клайн II. Справочное руководство по конструированию тестон: Вве­дение и психометрическое проектирование [Текст]: нер. с англ. / 11. Клайн; под ред. Л.Ф. Бурлачука. — Киев: ПАП Лтд., 1994. - 288 с.**
3. **Клацки Р. Намять человека. Структуры и процессы [Текст] / Р. Клацки. - М.: Мир, 1978. — 320 с.**
4. **Клсйберг Ю.А. Девиантное поведение: синтагма, онтология, эписте­мология ]Текст] / 10.А. Клейберг // Общество и право. - 2016. — № 1,-С. 262-269.**
5. **Клике** Ф. **Пробуждающееся мышление [Текст] / <0. Клике. — М.: Про­гресс, 1983. — 302 с.**
6. **Клиническая психология [Текст]: пер. с нем. / под ред. М. Перро,**

**У. Бауманна. - СПб.: Питер, 2007. 1312 с.**

1. **Клиническая психология [Текст] / под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2002. - 960 с.**
2. **Князев Валидизация русскоязычной версии опросника Л. Голд­берга «Маркеры факторов “Большой пятерки”» [Текст] / Г.Г. Князев, Л.Г. Митрофанова, В.А. Бочаров // Психологический журнал. — 2010. -Т. 31.- №5. -С. 100 110.**
3. **Коблик U.Г. Первый раз в пятый класс ]Текст]: программа адаптации**

**детей к средней школе / К. Г. Коблик. — М.: Генезис, 2003. 122 с.**

1. **Ковалев Л.Г. Психические особенности человека [Текст]. В 2-х т. Т. 1 /**

**А.Г. Ковалев, В.II. Мясищев. — Л.: Изд-во ЛГУ, 19.67. 264 с.**

1. **Ковалев А.Г. Психические особенности человека [Текст]. В 2-х т. Т. 2 /**

**А.Г. Ковалев, В.II. Мясищев. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. 280 с.**

1. **Ковалев Н.Н. Психиатрия детского возраста ]Текст] / В.В. Ковалев. — М.: Медицина, 1979. — 608 с.**
2. **Ковалев Н.Н. Психический дизонтогенез как клинико-натогенетиче-**

**ская проблема психиатрии детского возраста [Текст] / В.В. Ковалев // Жури, невронатол. и психиатр. 1981. № 10. — С. 1606-1609.**

1. **Ковалев Н.Н. Психогенные характерологические и иатохарактеро- логические реакции у детей и подростков ]'Гекст] / В.В. Ковалев // Неврозы и нарушения характера у детей и подростков. -- М., 1973. —**

**С.** **76-90.**

1. **Ковалев Н.Н. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков [Текст] / В.В. Ковалев. М.: Медицина, 1986. — 288 с.**
2. **Ковалев Н И. Мотивы поведения и деятельности [Текст] / В.В. Ко­валев. — М.: Паука, 1988. 193 с.**
3. **Кожуховская И И. Критичность психических больных [Текст] / И И. Кожуховская // Тезисы докладов конференции «Проблемы па­топсихологии». - М.: АП 11 СССР, 1972. — С. 214-219.**
4. **Кожуховская И.II. Нарушение критичности у психически больных: патопсихологическое исследование [Текст] / И.И. Кожуховская. — М.: Изд-во МГУ, 1986. - 79 с.**
5. Козловская Г.В. .Задержки психического развития [Текст] / Г.В. Коз­ловская, А.В. Горюнова // Руководство по психиатрии. В 2-х т. Т. 2 / под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — С. 680 685.
6. Козюля ВТ. Применение теста СМОЛ для исследования подростки!! |'1'екст]: краткое руководство / В.Г. Козюля. — М.: Фолиум, 1994. — 64 с.

28fi. Козявкии В.И. Детские церебральные параличи. Медико-психологиче­ские проблемы [Текст] / В.И. Козявкии, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Под- корытои. - Лыпв: Украшсью технологи, 1999. — 143 с.

1. Кок ll.ll.Зрительные агнозии [Текст] / Ei.II. Кок. — Л.: Медицина, 1967. - 224 с.
2. Кольцова В.Л. Развитие психологии в России в 20-30-е годы [Текст] /

В.А. Кольцова // Психологическая наука в России XX столетия: проблемы теории и истории / иод ред. А.В. Ирушлинского. — М.: Ин­ститут психологии РАИ, 1997. — С. 49-104.

1. Комер Р. Основы патопсихологии [Текст] / Р. Комер. — 2-е изд. — М.:

Мир, 2001. 1882 с.

1. Комер Р. Патопсихология поведения: Нарушения и патологии пси­хики [Текст] / Р. Комер. — СПб.: Прайм-Кврознак, 2005. — 638 с.
2. Комлев Ю.Ю.Теории девиантного поведения [Текст] /10.Ю. Комлев. —

спб.: ал1-:ф-пре:сс, 2014. - 222 с.

1. Кои И.С. В поисках себя. Личность и ее самосознание [Текст] / И.С. Кон. — М.: Политиздат, 1984. — 336 с.
2. Коп И.С. Открытие «Я» [Текст] / И.С. Коп. — М.: Политиздат, 1978. — 367 с.
3. Конечный Р. Психология в медицине [Текст]: пер. с чеш. / Р. Ко­нечный, М. Ьоухал. — Прага: Аницепум, 1983. — 405 с.
4. Кононова М.П. Руководство но психологическому исследованию пси­хически больных детей школьного возраста [Текст] / М.П. Коно­нова. М.: Гос. изд-во медицинской литературы, 1963. — С. 81-127.
5. Коркина М.В. Психиатрия [Текст] / М.В. Коркина, И.Д. Лакосина, А.Г. Личко [и др.]. — М.: МКДнресс-информ, 2008. — 576 с.
6. Корнев К.И. Специфика конинга в условиях неопределенности |'1'екст] / К.И. Корнев // Мат. копф. «Человек в условиях неопреде­ленности». — Новосибирск, 2006. — С. 24-35.
7. Корнилова Т.В. Экспериментальная психология. Теория и методы |Текст] / Т.В. Корнилова. — М.: Аспект Пресс, 2002. — 381 с.
8. Короленко Ц П. Социодинамическая психиатрия |Текст[ / Ц.П. Коро­ленко, II.В. Дмитриева. М.; Гкатеринбург: Академический проект: Деловая книга, 2000. — 460 с.
9. Корольков А.А. Философские проблемы теории нормы в биологии и медицине [Текст] / А.А. Корольков, В.II. Петленко. — М.: Меди­цина, 1977. — 393 с.
10. Корсакова II.К. Клиническая нейропсихология [Текст] / II.К. Корса­кова, Л.И. Москоничуте. — М.: Академия, 2003. — 144 с.
11. Корсакова ПК. Медицинская психология и психиатрия |Текст] / П К. Корсакова // Руководство по психиатрии. В 2 т. Т. 1 / А.С. Ти­танов, А.В. Спежневский, Д.Д. Орловская [и др.J; под ред. А.С. Тига- пова. - М.: Медицина, 1999. — С. 139-153.
12. Корсакова II.К. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диаг­

ностика трудностей обучения [Текст] / II.К. Корсакова, Ю.П. Ми- кадзе, К. К). Балашова. — 2-е изд., доп. — М.: Педагогическое общество России, 2000. 160 с.

1. Коцюбинский А.II. Функциональный диагноз при эндогенных психи­ческих заболеваниях [Текст| / А.II. Коцюбинский, II.С. Шейнина, Т.А. Аристова [и др.|. — СПб.: ПИНИИ им. И М. Бехтерева, 2011. — 38 с.
2. Коцюбинский А.II. Функциональный диагноз: теоретическая кон­струкция или реальный феномен? [Текст] / А.II. Коцюбинский,

В.В. .Зайцев // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Нехтерева. 2004. — Т. 1. — № 1. — С. 7 10.

30fi. Краткий психологический словарь [Текст] / ред.-сост. Л.А. Кар­пенко; иод ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. — 2-е изд., иснр. и дон. — Ростов н/Д: Феникс, 1998. — 350 с.

1. Крепелии I). Гигиена труда. Умственный труд. Переутомление [Текст]: пер. с нем. /7). Крепелин. — СПб.: Изд. О.II. Поповой (Тип. И. Гольд­берга). - 1898. - 101 с.
2. Креймер .9. Строение тела и характер [Текст]: пер. с нем. / ГО. Креч- мер. — М.: Г)ксмо, 2003. — 416 с.
3. Критская В.II. Патопсихология шизофрении [Текст] / В.П. Критская, Т.К. Мелешко. — М.: Институт психологии РАН, 2015. — 389 с.
4. Крылов В.И. Психопатология телесной перцепции |Текст] /
5. И. Крылов // Психиатрия и психофармакология. — М.: Медиа Ме­дика, 2006. - Т. 11. - № 2. - С. 15-20.
6. Крюкова ТЛ. Адаптация методик, изучение совладающего поведения Way of CopingQweslionnaire (Опросник способов сонладання II. Ла­заруса и С. Фолкмапа) [Текст] /Т.Л. Крюкова, К В. Куфтяк, М.С. За- ммшляева // Психология и практика. Сбоник научных трудов / под ред. ТЛ. Крюковой, С.А. Хазовой. Кострома: РЦОИ «ГЖСПКРТ- КГ.')», 2005. - С. 171-190.
7. Кудрявцев ИА. Комплексная судебная психолого-психиатрическая эк

спертиза [Текст] / И.А. Кудрявцев. — М.: Изд-во МГУ, 1999. 497 с.

.31.3. Кудрявцев И.А. Судебная психолого-психиатрическая экспертиза [Текст] / И.А. Кудрявцев. — М.: Юридическая литература, 1988. — 224 с.

1. Кудрявцева А.И. О диагностической информативности некоторых па­топсихологических синдромов [Текст] / А.И. Кудрявцева // Жури, невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1982. — № 12. —
2. 1814-1818.
3. Кулешова Л.II. Внимание [Текст] / Л.II. Кулешова // Практикум но общей и экспериментальной психологии / под ред. А.А. Крылона,

С.А. Маничепа. - СПб.: Питер, 2003. - С. 126-1Ж

1. Лаак Ян тер. Big 5: Как намерить человеческую индивидуальность: Оценки и описания [Текст] /Яп тер Лаак, Г. Ьругман. М.: Книжный дом «Университет», 2003. — 112 с.
2. Лабупская ВА. Психология затрудненного общения [Текст] / В.А. Ла- бунская, К).А. Менджерицкая, К.Д. Вреус. — М.: Академия, 2001. — 288 с.
3. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования ]Текст] / Р. Лазарус // Эмоциональный стресс. Физиологические и психологические реакции: пер. с англ. / иод ред. В.II. Мясищева. — Л.: Медицина, 1970. — С. 178-208.
4. Ланге 11.11. Теория волевого внимания [Текст] / 11.11. Ланге // Хресто­матия по вниманию / иод ред. A.I I. Леонтьева, А.А. Пузырея, В.Я. Ро­манова. М.: Изд-во МГУ, 1976. — С. 138.
5. Лапгмейср Й. Психическая депривация в детском возрасте [Текст]: нер. с чеш. / Й. Лангмейер, 3. Матейчек. — Прага: Ааиценум, 1984. — 334 с.
6. Лебединская К.С. Клинические варианты задержки психического раз­вития [Текст] / К.С. Лебединская // Журнал невропатологии и пси­хиатрии им. С.С. Корсакова. - 1980. — № 3. С. 407 412.
7. Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития [Текст] / К.С. Лебединская // Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / под ред. К.С. Лебединской. - М.: Педагогика, 1982. — С. 5-21.
8. Лебединская К.С. Ранний детский аутизм [Текст] / К.С. Лебедин­ская //Детский аутизм. Хрестоматия. — СПб.: МУСиР им. Р. Вал- ленберга, 1979. — С. 72-91.
9. Лебединский И.В. Классификация психического дизонтогепеза |Текст] / В.В. Лебединский // Обучение и воспитание детей «группы риска». Хрестоматия / под ред. В.М Астапова, Ю.В. Микадзе. — М.: Институт практической психологии, 1996. — С. 81-87.
10. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском воз­расте [Текст] / В.В. Лебединский. — М.: Академия, 2003. — 144 с.
11. Лебединский В.В. I (арушения психического развития у детей: учеб, по­собие |Текст] / В.В. Лебединский. — М.: Изд-во МГУ, 1985. — 167 с.
12. Лебединский В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция |Текст] / В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Н.Р. Наен- ская ]и др.]. - М.: Изд-во МГУ, 1990. — 197 с.
13. Леви Л. Некоторые принципы психофизиологических исследований и источники ошибок [Текст] // Эмоциональный стресс / иод ред. Л. Лени, В.II. Мясищева. — Л.: Медицина, 1970. — С. 88-108.
14. Левитов ////. Психология характера (Текст] / II.Д. Левитов. — М.: Просвещение, 1969. — 424 с.

'ПО. Левитов IIД. Фрустрация как один иа видок психических состояний [Текст] / П.Д. Левитов // Вопросы психологии. — 1907. — № К. —

С. 118-129.

ГП1. Леонгард К. Лкцентуиронанные личности [Текст]: пер. с нем. / К. Ле- онгард. — Ростов н/Д: «Ремикс, 2000. — 044 с.

.'П2. Леонова А.В. Психодиагностика функциональных состояний человека |'1екст] / А.В. Леонова. — М.: Изд-во МГУ, 1984. — 200 с.

1. Леонова Л.Г. Вопросы профилактики аддиктивпого поведения в под­ростковом возрасте [Текст] / Л.Г. Леонова, П.Л. Вочкарева. — Ново­сибирск: Иад-во ИМИ, 1998. — 48 с.
2. Леонтьев А.Н. Воля [Текст] / А.II. Леонтьев // Вести. Моек, ун-та. — Сер. 14: Психология. — 1993. — № 2. - С. 3-14.

.335. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность [Текст] / А.II. Ле­онтьев. — М.: Смысл; Академия, 2004. — 352 с.

33fi. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения |Текст]. В 2 т. Т. 2 / А.II. Леонтьев. М.: Педагогика, 1983. — 320 с.

1. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии [Текст] / / А.II. Ле­онтьев. — М.: Смысл, 2000. 509 с.
2. Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы и эмоции [Текст] / А.II. Ле­онтьев // Психология мотивации и эмоций / под ред. К).В. Гипнен- рейтер, М.В. Фаликман. — М.: ЧеРо, 2002. — С. 57-65.

.339.Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики [Текст] / А.Н. Ле­онтьев. — 4-е изд. — М.: Изд-во МГУ, 1981. — 584 с.

.340.Леонтьев А.Н. Эмоции [Текст] / А.II. Леонтьев, К.В. Судаков // BCD. - 1978. - Т. 30. - 169 с.

1. Леонтьев ДА. Тематический апперцептивный тест [Текст] / Д.А. Ле­онтьев. — М.: Смысл, 2004. — 247 с.
2. Леонтьев Д.А. Характер [Текст] / Д.А. Леонтьев, А.К. Никишов // Общая психология. Словарь // Психологический лексикон. Онцикло- недический словарь в шести томах. 'Г. 1 /ред.-сост. Л.А. Карпенко; под общ. ред. А.В. Петровского. — М.: ПНР CD, 2005. — 251 с.
3. Лесгафт II.Ф. Семейное воспитание ребенка и его значение / II.Ф. Лесгафт. - М.: Педагогика, 1991. — 176 с.
4. Линдсей II. 1 Iepeработка информации у человека [Текст]: нер. с англ. / II. Линдсей, Д. Норман. - М.: Мир, 1974. — 552 с.
5. Липдсли Д.В. Dmohhh |Текст] / Д.В. Линдсли // Dkcii ери ментальная психология. В 2 т. Т. 1 / под ред. С.С. Стивенса. — М.: ИЛ, 1960. —

С. 629 684.

1. Личко А.В. Диагностика характера подростков. Патохарактерологи­

ческий диагностический опросник для подростков — НДС) [Текст]: краткое руководство / А.Н. Личко, II.Я. Иванов. — СПб.: ФармИн­декс, 2001. 68 с.

1. Личко А.В. Медико-психологическое обследование соматических больных [Текст] / А.Н. Личко, П.Я. Иванов // Жури, нервопатол. и психиатр, им. С.С. Корсакова. — 1980(a). — № 8. — С. 1195-1198.
2. Личко AM. Основные принципы построения опросника, методика его использования и обработки результатов [Текст] / А.Е. Личко // Па­тохарактерологический диагностический опросник для подростков и опыт его практического использования / под ред. А.Е-. Личко, П.Я. Иванова // Труды ПИНИИ им. 13.М. Бехтерева. — Л.: 1976. — Том LXXVII. — С. 5-29.

.'{49. Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник (ИДО) для подростков [Текст] / А.Е. Личко // Методы психологи­ческой диагностики и коррекции в клинике / иод ред. М.М. Кабанова,

А.Е. Личко, ЕЗ.М. Смирнова. — Л.: Медицина, 1983. — С. 81 101.

1. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков

|'1екст] / А.Е. Личко. — Л.: Медицина, 1983. 256 с.

1. Личко А.Е. Методика определения типа отношения к болезни |Текст] / А.Е. Личко, П.Я. Иванов // Жури, первопатол. и психиатр, им. С.С. Корсаков;». - 1980(6). - № 8. - С. 1527 1530.
2. Ломов К.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии |Текст] / Б.Ф. Ломов. М.: Паука, 1984. — 444 с.
3. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии [Текст] / А.Р. Лурия. — М.: Изд-

во МГУ, 197.3. 374 с.

1. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга [З’екст] / А.Р. Лурия. — 3-е изд. — М.: Академический проект, 2000. — 512 с.
2. Лурия А.Р. Об историческом развитии познавательных процессов: Экспериментально-психологическое исследование [Текст] /

А.Р. Лурия. — М.: Паука, 1974. - 172 с.

1. Лурия А.Р. 'Train,I пройденного пути: научная автобиография [Текст] /

А.Р. Лурия. М : Изд-во МГУ, 2001. - 187 с.

1. Лурия А.Р. Язык и сознание [Текст] / А.Р. Лурия / под ред. Н.Д. Хом­ской. — М.: Изд-во МГУ, 1979. — 320 с.
2. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания ['Текст] / Р.А. Лурия. — 4-е изд. — М.: Медицина, 1977. — 138 с.
3. Лучшие психологические тесты для профотбора и профориен­тации (описание и руководство к использованию) [Текст] / иод ред. А.Ф. Кудряшова. — Петрозаводск: Петриком, 1992. — 318 с.
4. Люшер М. Цвет нашего характера [Текст]: нер. с англ. / М. Лютер. — М.: РИПОЛ классик, Вече, 1997. — 240 с.
5. Мадди С. Теории личности: сравнительный анализ [Текст]: пер. с англ. / С. Мадди. — СПб.: Речь, 2002. — 539 с.
6. Макаров И.В. Деперсонализация у детей и подростков [Текст] / И В. Макаров // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2006. - Т. 3. - № 3. - С. 15-16.
7. Маклаков А.Е. Личиостый адаптационный потенциал: его моби­лизация и прогнозирование в экстремальных условиях [Текст] / А.Г. Маклаков // Психологический журим. - 2001. — Т. 22. — № 1. — С. 16-24.

264. Максимова 11.10. Курс лекций по детской патопсихологии [Текст] / II.К). Максимоиа, К.Л. Милютина. — Росток н/Д: Феникс, 2000. — 576 с.

.'165. Максутова АЛ. Психофармакотерапия эпилепсии [Текст] / АЛ. Мак сутова, I?. Фрешер. — Берлин; Вена: Блэквелл Виссеншафтс-Ферлаг, 1998. - 180 с.

.266. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика [Текст]: справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пмх. — М.: Эксмо, 2005. — 992 с.

267. Малкова ЛД. Изучение невротических астений в аспекте эмоцио­нального стресса [Текст] / Л.Д. Малкова // Эмоциональный стресс и пограничные нервно-психические расстройства. — Л., 1977. - С. 72 76.

.268. Мамайчук И.И. Психология дизонтогепеза и основы психокоррекции |Текст]/ И И. Мамайчук. - СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. 168 с.

.269. Мандрусова .9.6’. Сборник трудов по патопсихологии детского воз­раста |Текст] / Э.С. Мандрусова, А.Я. Иванова. — М.; Берлин: Ди- рект-Медиа, 2015. — 278 с.

1. Мариничева Г.С. Умственная отсталость ]Текст] / Г.С. Мариничева, M.III. Врано // Руководство по психиатрии в 2-х томах. Т. 2 / под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — С. 612-680.
2. Марищук ИЛ. Методы психодиагностики в спорте: учеб, пособие (Текст] / ВЛ. Марищук, Ю.М. Блудов, В.А. Плахтиенко (и др.]. — М.: Просвещение, 1984. — 190 с.
3. Маркс К. Из ранних произведений [Текст] / К. Маркс, Ф. Энгельс. — М.: Госнолитиздат, 1956. — С. 622.

272. Марцинковская Т.Д. Диагностика психического развития детей [Текст] /Т.Д. Марцинковская. М: Л ИНКА HPliCC, 1998. 176с.

1. Маслоу А. Мотивация и личность [Текст]: пер. с англ. / А. Маслоу. — СПб.: Питер, 2007. - 252 с.
2. Меграбян АЛ. Деперсонализация |Текст] / А.А. Меграбян. — Крепам: Армянское государственное издательство, 1962. — 256 с.
3. Меграбян А.А. Личность и сознание [Текст] / А.А. Меграбян. — М.:

Медицина, 1878. 176 с.

1. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс, профилактика (Текст] / Ф.З. Меер- сон. — М.: Паука, 1981. — 279 с.
2. Мелешко Т.К. Особенности процесса сравнения у больных шизофре­нией [Текст] / Т.К. Мелешко // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1966. — № 1. — С. 109 115.
3. Мельников В.М. Введение в экспериментальную психологию личности [Текст]: учеб, пособие / В.М. Мельников, Л.Т. Ямпольский. — М.: Просвещение, 1985. — 219 с.

.280. Мельников В.А. Практикум но основам психологии. Тесты и хресто­матия [Текст] / В.А. Мельников. — Симферополь: Сонат, 1997. - 254 с.

281. Менделевии В.Д. Клиническая и медицинская психология (Текст|: практическое руководство / В.Д. Менделевич. — М.: МКДпресс, 2001. - 592 с.

**.'{82. Менделевии В.Д. Психология девиантного поведения (Текст] /**

**В.Д. Менделевия. — М.: МКДпресс, 2001. — 482 с.**

**883. Мерлин В.С. Личность и общество [Текст] / Ц.С. Мерлин. — Пермь: III IIИ, 1990. 90 с.**

1. **Мерлин В.С. Некоторые принципы психологической характеристики свойств темперамента (Текст] / |{.С. Мерлин // Очерк теории темпе­рамента / под ред. В.С. Мерлина. — 2-е изд. — Пермь: Пермское кн. изд-во, 1973. — С. 76-94.**
2. **Мерлин В.С. Отличительные признаки темперамента [Текст] / Н.С. Мерлин // Очерк теории темперамента / иод ред. Н.С. Мер лика. — М.: Просвещение, 1964. — С. 3-18.**
3. **Мерлин В.С. Предмет психологического исследования темперамента [Текст] / В.С. Мерлин // Очерк теории темперамента / под ред.**
4. **С. Мерлина. — 2-е. изд. — Пермь: Пермское кн. изд-во, 197.3. —**
5. **5-18.**
6. **Мерлин В.С. Психология индивидуальности [Текст] / Н.С. Мерлин // Избр. психол. тр. М : МПСИ; Воронеж: НПО МОД ЭК, 2005. - 544 с.**
7. **Методика «Q-сортировка» [Текст] // Психологические тесты. В 2 т. Т. 2 / под ред. А.А. Карелина. — М., 2001, — С. 65-69.**
8. **Методы исследования в психологии: квазиэксперимепт: учеб, пособие [Текст] / Т.В. Корнилова [и др.]; под ред. Т.П. Корниловой. — М.: ФОРУМ: ИПФРА-М, 1988. - 296 с.**
9. **Методы психологической диагностики и коррекции и клинике [Текст] / под ред. М.М. Кабанова, А.К. Личко, В.М. Смирнова. — Л.: Медицина, 1963. — 312 с.**
10. **Микадле К).В. Нейропсихология детского возраста: учеб, пособие**

**|Текст] / Ю.В. Микадзе. — СПб.: Питер, 2008. 288 с.**

1. **Миллер Дж. Магическое число семь плюс-минус два. The Magical Number Seven, Plus or Minus Two: Some Limits on our Capacity for Processing Information: Psychological Review [Электронный ресурс] / Дж. Миллер. — URL: [http://codenlp.ru/stati/dzhordzh-a-miller-](http://codenlp.ru/stati/dzhordzh-a-miller-magicheskoe-chislo-sem-plyus-minus-dva.html) [magicheskoe-chislo-sem-plyus-minus-dva.html](http://codenlp.ru/stati/dzhordzh-a-miller-magicheskoe-chislo-sem-plyus-minus-dva.html).**

**.39.3. Миридонов ВТ. Донозологический период эпилепсии у детей (кли­нико-электроэнцефалографическое исследование) [Текст]: автореф. дис.... д-ра мед. наук / В.Т. Миридонов. Иваново, 1996. — 44 с.**

1. **Михайлов В.В. Психотерапия в общесоматической медицине (клини­ческое руководство) [Текст] / В.В. Михайлов, А.И. Сердюк, В.А. Фе­досеев / под общ. ред. В.В. Михайлова. Харьков: Прапор, 2002. — 128 с.**
2. **Можтнский Ю.В. Агрессивность детей и подростков: распознавание, лечение, профилактика [Текст] / Ю.В. Можгинский. — М.: Когито- Центр, 2006. - 184 с.**
3. **Молчанов В.И. Время и сознание. Критика феноменологической фи­лософии [Текст] / В.И. Молчанов. М.: Высш. шк„ 1998. — 144 с.**

**.'{97.** Морозов Г.И. **Основные синдромы психических расстройств [Текст] / Г.В. Морозов // Руководство по психиатрии. В 2 т. Т. 1 / под ред. Г.В. Морозова. — М.: Медицина, 1988. 640 с.**

**.'{98.** Муздыбаев К. **Стратегия совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ [Текст] / К. Муздыбаев // Жури, социологии и социальной антропологии. — 1998. Т. I. — Вып. 2. — С. 102-112.**

**.'{99.** Мухамеджапова ИМ. **Ценностные ориентации личности как ре­зультат приобщения к культуре [Электронный ресурс] / М М. Муха- меджанова. — URL: [h(.lp://l>ank.orenipk.ru/lext/Ll2\_204.him](http://bank.orenipk.ru/Text/tl3_204.htm).**

1. Мухина В.С. **Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: учебник для вузов [Текст] / В.С. Мухина. — 4-е изд. — М.: Академия, 1999. - 466 с.**
2. Мэш D. **Детская патопсихология: нарушения психики ребенка |Текст] / '•). Мэш, Д. Вольф. — CII6.: Прайм-Иврозпак, 2006. — .684 с.**
3. Мягков **И.Ф. Медицинская психология: пропедевтический курс:**

**учебник для вузов [Текст] / И.Ф. Мягков, С.П. Боков, С.И. Чаева. — М.: Логос, 2002. 620 с.**

1. Мясищев В.И. **Личность и неврозы [Текст] / B.I I. Мясищев. — Л.: Изд- воЛГУ, 1960. - 426 с.**

**404.** Мясищев В.И. **Психология отношений [Текст] / В.II. Мясищев. — М.: МПСИ, МОД.-Ж, 2006. - 168 с.**

**406.** Паепко И.И. **Психическая напряженность [Текст] / II.И. Паепко. — М.: МГУ, 1976. - 112 с.**

1. Намазов В.И. **Психолого-педагогические методы исследования инди­**

**видуально-личностных особенностей: учебно-методическое пособие [Текст] / В.II. Намазов, А.II. Жмыриков; иод ред. В.II. Мамазова. — М„ 1988. 81 с.**

1. Партова-Вочавер С.К. **«Coping-Behavior» в системе понятий психо­**

**логии личности [Текст] / С.К. Партова-Бочавер // Психологический журнал. — 1997. — 'Г. 18 № 6. — С. 20-61.**

1. **Настольная книга практического психолога в образовании [Текст]: учеб, пособие / Н И. Рогов. — М.: Владос, 1996. — 627 с.**
2. Пебылицын ВД. **Психофизиологические исследования индивиду­альных различий [Текст] / В.Д. Пебылицын. — М.: Паука, 1976. — 666 с.**
3. Немое Р.С. **Психология [Текст]: В 6 кн. Кн.6: Психодиагностика. Вве­дение в научное психологическое исследование с элементами матема­тической статистики / Р.С. Помов. — 4-е изд. — М.: Владос, 2001. — 640 с.**
4. Пемчии Т.А. **Изучение состояния тревоги у больных неврозами при помощи опросника [Текст] / Т.А. Немчин // Вопросы психо­неврологии. — Труды ЛПИНПИ им. В.М. Бехтерева. — Л.: 1966.**

**Т. 12. - С. 266-246.**

1. Немчин **ТА. Состояния нервно-психического напряжения [Текст] / Т.А. Немчин. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1986. — 167 с.**
2. **/1ечипоренко В.В. Некоторые аспекты суицидального понедения у ак- центуиронанммх личностей в юношеском возрасте [Текст] / В.В. Пе- чипоренко / Саморазрушающее понедение у подростков. — Труды Л11ИИНИ им. В.М. Бехтерева. - Л., 1991. - С. 36-40.**
3. **Николаева В.В. О психолог ической природе алекситимии [Текст] /**

**В.В. Николаева //Телесность человека: междисциплинарные иссле­дования. - М.: (IX) СССР, 1991. - С. 80 89.**

1. **Николаева В.В. Спецпрактикум по патопсихологии [Текст] / В.В. Ни­колаева, К.Т. Соколова, Л.С. Спиваковская. — М.: И яд-во МГУ, 1979.- 42 с.**
2. **Николаенко П.П. Очерки функциональной асимметрии мозга человека**

**|'1'екст] / П.П. Николаенко. — СПб.: Наука, 2006. 237 с.**

1. **Никольская И.М. Психологическая .защита у детей [Текст] / И.М. Ни­кольская, Р.М. Грановская. — СПб.: Речь, 2000. — 507 с.**
2. **Новейший философский словарь [Текст] / сост. А.А. Грицанов. —**

**Мн.: Ияд. В.М. Скакун, 1998. 896 с.**

1. **Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в меди­цине [Текст] / А.А. Новик, 'Г.И. Ионова; под ред. Ю.Л. Шевченко. — 2-е ияд. — М.: ОлмаПресс, 2007. — 313 с.**
2. **Поракидзе В.Г. Методы исследования характера личности [Текст] / В.Г. Поракидзе. — Тбилиси: Мецпиереба, 1975. — 242 с.**
3. **Носачёв Г.П. Значение нарушений самосознания при зпдогснных ней хозах для реабилитационных мероприятий [Текст] / Г.П. Носачёв, Н.С. Баранов // Неврологический вестник. — 1994. —** Т. XXVI. **Вып. 3-4. - С. 24-28.**
4. **Носачёв /’.//. Основы патопсихологии: учебное пособие [Текст] / Г.П. Носачёв. — Самара: Изд-ноСГМУ, 2004. — 240 с.**
5. **Носачёв Г.II. Семиотика психических заболеваний (общая психо­**

**патология) [Текст]: учеб, пособие / Г.П. Носачёв, В.С. Баранов. — 4-е ияд. — Самара: Изд-во СГМУ, 2006. 350 с.**

1. **Нуллер ЮЛ. Аффективные психозы ]Текст] / ЮЛ. Пуллер, И.II. Ми­халенко. Л.: Мединина, 1988. — 264 с.**
2. **Пуллер ЮЛ. Депрессия и деперсонализация [Текст] / ЮЛ. Пуллер. — Л.: Медицина, 1981. - 207 с.**
3. **Обухов С.Г. Психиатрия [Текст] / С.Г. Обухов; под ред. Ю.А. Алексан­дровского. — М.: ГЛОТАР-Медиа, 2007. - 352 с.**
4. **Обуховский К. Психология влечений человека [Текст] / К. Обухов­ский. —** М.: **Прогресс, 1972. — 247 с.**
5. **Овсянников С.А. История и эпистемология пограничной психиатрии |Текст] / С.А. Овсянников. М.: Альпари, 1995. — 205 с.**
6. **Овчарова Р.В. Практическая психология в начальной школе [Текст] / Р.В. Овчарова. М.: Сфера, 2005. — 240 с.**
7. **Озсрсцкий Н.И. Метрическая шкала для исследования моторной ода­ренности детей [Текст] / II.И. Озерецкий. — Орехоно-Зуево, 1923. — 24 с.**
8. Озерецкий И.И. **О фантоме ампутированных конечностей у детей и подростков [Текст] / II.И. Озерецкий // Советская невропсихиа­трия. - 1941. - Т. 6. - С. 62 69.**
9. **ОрбслиЛА. вопросы высшей нервной деятельности [Текст]/Л.А. Ор бели. - М.; Л.: АП ССР, 1949. - 664 с.**
10. **Орлов А.И. Возникновение новой психодиагностики: некоторые сим­птомы и тенденции [Текст[ / А.Н. Орлов // вопросы психологии. — 1991,-№5.-С. 129-130.**
11. **Орлов Ю.М. Самопознание и самовоспитание характера / Ю.М. Ор­лов. М.: Просвещение, 1987. — 224 с.**
12. **Осип** l-.ll. **Онерациопализация нятифакторной модели личностных черт на российской выборке [Текст[ / К.II. Осин, К.И. Рассказова,**
13. **Пеяскина [и др.[ // Психологическая диагностика. — 2015. — № 3. - С. 80-104.**
14. **Осипов** В.И. **Курс общего учения о душевных болезнях [Текст] /**
15. **Осипов. — РСФСР: Государственное издетельство, Берлин, 1923. - 728 с.**
16. **Осипов** В.II. **Руководство но психиатрии [Текст] / 11.11. Осипов. — М.; Л.: Госиздат, 1931. - 596 с.**
17. **Основы инженерной психологии [Текст] / иод ред. Б.Ф. Ломова. — М.: Пысшая школа, 1977. — 335 с.**
18. **Основы психодиагностики [Текст]: учеб, пособие для студентов пед­вузов / под ред. А.Г. Шмелева. — М.; Ростов п/Д: Феникс, 1996. — 544 с.**
19. **Основы психофизиологии [Текст] / под ред. Ю.И. Александрова. — М.: ИПФРА-М, 1997. - 432 с.**
20. **Папасюк А.**К). **Адаптированный вариант методики Д. Векслера |Текст] / A.IO. Папасюк — М.: Минздрав СССР, 1993. — 89 с.**
21. **Патопсихология. Психоаналитический подход: теория и клиника |Текст[: нер. с фр. / под ред. Ж. Бержере. М.: Аспект Пресс, 2008. 397 с.**
22. **Пашковский В.О. Психические расстройства с религиозно-мистиче­скими переживаниями [Текст]: Краткое руководство для врачей. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2006. — 144 с.**
23. **Пашукова Т.И. Практикум по общей психологии [Текст] /Т.И. Па­шукова, А.И. Допира, Г.В. Дьяконов. - М.: Институт практической психологии. — Воронеж: НПО МОДГЖ, 1996. - 153с.**
24. **Пережогип Л.О. Судебно-психиатрическая оценка расстройств лич­ности с учетом положений ст. 22 УК РФ [Электронный ресурс] / Л.О. Пережогип // Русский медицинский сервер. — М., 2001. — URL: [hLtp://www.rusme<lse rv.com/psychsex/uk22st.hlm](http://www.rusmedserv.com/psychsex/uk22st.htm).**
25. **Переслеии Л.И. Определение уровня развития словесно-логического мышления первоклассников [Текст|/Л.И. Переслеии, Л.Ф. Чупров// Вопросы психологии. 1983. — № 5. — С. 154- 157.**
26. **Петраков ЕД. 11сихическое здоровье народов мира в XX веке [Текст] / Б.Д. Петраков, Л.Б. Петракова. — М.: Медицина, 1984. — 328 с.**
27. **Петренко В.Ф. Взаимосвязь эмоций и цвета [Текст] / В.Ф. Петренко,**
28. В. **Кучеренко// Вестник МГУ. - 1988. - № 1. - С. 70-82.**
29. **Петренко Н.Ф. Основы психосемантики [Текст] / В.Ф. Петренко. — 2-е иад. — СПб.: Питер, 2006. - 480 с.**
30. **Петровский** А.В. **Основы теоретической психологии [Текст] / А.В. Пе­тровский, М.Г. Ярошенский. — М.: И11ФРА-М, 1998. — 628 с.**

**4.61. Петухов** В.В. **Типология индивидуальности [Текст] / В.В. Петухов. — М.: Директмедиа Наблишинг, 2008. — 69 с.**

1. **Пиаже** Ж. **Психология интеллекта [Текст] / Ж. Пиаже. — СПб.: Питер, 2001 - 192 с.**
2. **Пиаже** Ж. **Речь и мышление ребенка |Текст] / Ж. Пиаже. — М.; Л., 1932.- 412 с.**

**4.64. Пиаже** Ж. **Теория Пиаже [Текст] / Ж. Пиаже // История зарубежной психологии / под ред. П.Я. Гальперина, А.II. Ждан. — М.: Изд-во МГУ, 198fi. — С. 232-292.**

**4.66. Платонов К.К. Проблема способностей [Текст] / К.К. Платонов. — М.: Паука, 1972. - 312 с.**

**46fi. Платонов К.К. Психологический практикум [Текст]: учеб, пособие для индустриально-педагогических техникумов / К.К. Платонов. — М.: Высшая школа, 1980. — 83 с.**

1. **Платонов К.К.** **Психология религии [Текст] / К.К. Платонов. — М.: Изд-во политической литературы, 1967. - 239 с.**
2. **Платонов К.К.** **Структура и развитие личности [Текст] / К.К. Пла­тонов. М.: Паука, 1986. — 266 с.**
3. **Плишко II.**К. **О некоторых особенностях выбора цветов и сенсо­моторных реакциях на световые стимулы различной модальности при изменении эмоционального состояния [Текст] / II.К. Плишко // Диагностика психических состояний в норме и патологии. — Л.: Ме­дицина, 1980. — С. 136-140.**
4. **Пожар** Л. **Психология аномальных детей и подростков — патопсихо­логия [Текст] /Д. Пожар, - М : МПСИ; НПО МОД')К, 1996. - 128 с.**
5. **Полонская II.II. Пейронсихологическая диагностика детей младшего школьного возраста [Текст] / II.II. Полонская. — М.: Академия, 2007. - 192 с.**
6. **Поляков Ю.Ф. О методологических проблемах взаимосвязи пси­хиатрии и психологии [Текст] / Ю.Ф. Поляков // Журнал невро­патологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1977. — Вып. 12. —**
7. **1822-1832.**
8. **Попов** 10.В. **Современная клиническая психиатрия [Текст] / К).В. Попов, В.Д. Вид. - СПб.: Речь, 2002. - 402 с.**
9. **Попов К).**В. **Тревожные состояния н Международной классификации психических болезней 10-го пересмотра [Текст] / 10.В. Попов // Пси­хиатрия и нсихофармакотерапия. 2002. Т. 4. — № 2. — С. 44-46.**

**466. Попова** Т.В. **Ассоциативный эксперимент в психологии [Текст] / Т.В. Попова. — М.: Флинта: Паука, 2011. — 42 с.**

1. Практикум no возрастной психологии [Текст] / иод ред. Л.А. Голоней, Е.Ф. Рыбалко. - С Мб.: Речь, 2002. - 6Я4 с.
2. Практикум но дифференциальной диагностике профессиональной

пригодности [Текст] / под ред. И. А. Водрова. — М.: ИКР CD, 2003. 768 с.

1. Практикум но общей, экспериментальной и прикладной психологии [Текст]: учеб, пособие / В.Д. Валин, В.К. Гайда, В.К. Гербаченский [и др.] / под ред. А.А. Крылова, С.А. Мапичева. — СПб.: Питер, 2002. - 660 с.
2. Практикум но психиатрии (Текст] / иод ред. М.В. Коркиной. — М.: РУДИ, 2007. - 306 с.
3. Практикум но психодиагностике личности [Текст]: дидактические материалы / под ред. II.К. Ракович. — Минск: ВГПУ им. М. Танка, 2002. - 248 с.
4. Практикум но психологии состояний [Текст]: учеб, пособие / под ред. А.О. Прохорова. — СПб.: Речь, 2004. — 480 с.
5. Практическая психодиагностика. Методики и тесты [Текст]: учеб, по­собие / под ред. Д.Я. Райгородского. — Самара: Вахрах, 2001. — 672 с.
6. Принципы отбора детей к специальные школы [Текст] / под ред. Г.М. Дульнена, А.Р. Дурия. М.: Просвещение, 1973. — 224 с.
7. Прихожан А.М. Применение методов прямого оценивания в работе школьного психолога [Текст] / А.М. Прихожан // Научно-методи­ческие основы использования в школьной психологической службе конкретных психологических методик. — М.: AIIII СССР, ПИИ общ. и пед. психологии. - 1988. — С. 110-118.
8. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика [ Текст] / А.М. Прихожан. — М.: МПСИ; Воронеж: НПО МОДЭК, 2000. - 304 с.
9. Пронина Л.А. 'Эпидемиология психических расстройств у детей [Электронный ресурс] / Л.А. Пронина. — URL: [htlp://www.otrok.ru/](http://www.otrok.ru/) medbook/lislmed/epid.hLm.
10. Прохоров А.О. Методики диагностики и измерения психических со­стояний личности ['Текст] / А.О. Прохоров. — М.: ПНР CD, 2004. 176 с.
11. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 — F99). (Класс V МКЬ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) ['Текст] / под ред. В. А. Каяаковцева, В.В. Голланда. — М.: Прометей, 1998. — 584 с.
12. Психоаналитические термины и понятия ['Текст]: словарь: пер. с англ. / иод ред. B.D. Мура, В.Д. (Раина. - М.: Класс, 2000. — 304 с.
13. Психодиагностика толерантности личности ['Текст] / под ред. Г.У. Солдатовой, Л.А. Шайгеровой. — М.: Смысл, 2008. — 172 с.
14. Психодиагностика эмоциональной сферы личности [Текст]: практи­ческое пособие; сост. Г.А. Шалимова. — М.: АРК'ТИ, 2006. — 232 с.
15. Психологическая диагностика ['Текст] / под ред. М.К. Акимовой. СПб.: Питер, 2005.- 304 с.
16. **Психологическая диагностика [Текст]: учеб, пособие / под ред. К.М. Гуревича, К.М. Борисовой. — М.: Изд-но УРАО, 2000. - 304 с.**
17. **Психологические тесты [Текст]; сост. 3.**I\*. **Ахметджапов. — М.: Лист, 19Я6. -320 с.**
18. **Психологический практикум «Внимание» [Текст]: учеб -метод, по­собие / сост.: Л.И. Дементий, II.И. Лейфрид / мод общ. ред. Л.И. Де­ментий. — Омск: Ом ГУ, 2003. — 84 с.**
19. **Психологический словарь [Текст]; иод ред. В.II. .Зинченко, Б.Г. Ме­щерякова — 2-е изд., нерераб. и дон. — М.: Педагогика-Пресс, 1998. — 440 с.**
20. **Психология личности: словарь-справочник [Текст] / под ред.**
21. **Горностай, Т.М. Титаренко. К.: Рута, 2001. — 320 с.**
22. **Психолого-педагогическая диагностика: учеб, пособие [Текст] / под**

**ред. И.КГ Левченко, С.Д. Забрампой. — 3-е изд. — М.: Академия, 2006. 320 с.**

1. **Психосоматические заболенаЕшя: полный справочник [Текст] / иод**

**ред. К).К). Елисеева. М.: Эксмо, 2003. 608 с.**

1. **Психотерапевтическая энциклопедия [Текст] / под ред. Б.Д. Карва- сарского. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2006. — 944 с.**
2. Пугачев К.II. **Тесты, деловые игры, тренинги в управлении персо­налом: учеб, для студентов вузов [Текст] / В.II. Пугачев. — М.: Аспект Пресс, 200.3,- 285 с.**
3. Пуни **А.Ц. Психологические основы волевой подготовки в спорте |Текст]: учеб, пособие / А.Ц. Пуни. — Л.: ГДОИФК, 1977. — 244 с.**
4. Рабкип И.И. **Полихроматические таблицы для исследования цвето­ощущения [Текст] / К.Б. Рабкип. — 9-е изд. — М.: Медицина, 1971. — 72 с.**
5. **Рабочая книга школьного психолога [Текст] / иод ред. И.В. Дубро­виной. — М.: Просвещение, 1991. — 302 с.**
6. Равен Дж. **Педагогическое тестирование |Текст] / Дж. Равен. - 2-е изд. — М.: Когито-Центр, 2001. — 142.**
7. Равен Дж. **Руководство к прогрессивным матрицам Равена и сло­варным шкалам. Раздел 3: Стандартные прогрессивные матрицы (включая параллельные и плюс версии) [Текст] / Дж. Равен, Дж. К. Равен, Дж. Корт. — М.: Когито-Центр, 2002(a). — 144 с.**
8. Равен Дж. **Руководство к прогрессивным матрицам Равена и сло­варным шкалам. Раздел 2: Цветные шкалы [Текст] / Дж. Равен, Дж. К. Равен, Дж. Корт. — М.: Когито-Центр, 2002(6). — 80 с.**
9. Разумов **С.**А. **Эмоциональные реакции и эмоциональный стресс [Текст] // Губаче в Ю.М., Иовлев Б. В., Карвасарский Б.Д. и др. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. — Л.: Медицина, 1976. - С. 5-32.**
10. Рассел Д. **Измерение одиночества [Текст] //Лабиринты одиночества: нер. с англ. / под ред. П.Е. Покровского. — М.: Прогресс, 1989.**

**С.** **192-226.**

1. Ратаиова Т.А. **Психодиагностические методы научения личности | Гскст): учеб, пособие /Т.А. Ратанона, 11.(1). Шляхта. — 3-е над., исир. и дон. — М.: МПСИ: (блинта, 2003. — 320 с.**
2. РегушЛА. **Практикум но наблюдению и наблюдательности [Текст] /**

**Л.A. Регуш. - 2-е иад. - СПб.: Питер, 2008. 208 с.**

1. Рейковский Я. **Экспериментальная психология эмоций [Текст] / Я. Рейконский. М.: Прогресс, 1979. — 391 с.**
2. Репина П.В. **Псионы клинической психологии ]Текст] / II.В. Репина, Д.В. Воронцов, И.И. Юматова. Ростов н/Д: Феникс, 2003. — 480 с.**
3. Рогачева **ТА. Аффективные нарушения в клинике эпилепсии [Текст] / Т.А. Рогачева // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2005.**

**Т. 7, — №6. С. 341 342.**

1. Роджерс **К. Эмпатия [Текст] /** К. **Роджерс // Психология эмоций. — М.: Изд-во МГУ, 1984. - С. 235-237.**

**50fi.** Розанова Т.В. **Развитие памяти и мышления глухих детей |Текст] / Т.В. Розанова. М.: Педагогика, 1978. — 231 с.**

1. Романова U.C. **Механизмы психологической защиты. Генезис. Функ­ционирование. Диагностика |Текст] / К.С. Романова, Л.Р. Гребен­ников. — Мытищи: Талант, 1996. - 144 с.**
2. РомекВ.Г. **Психологическое консультирование в ситуации выученной беспомощности [Текст] / В.Г. Ромек // Психологическое консульти­рование: Проблемы, методы, техники. — Ростов н/Д: ЮРГИ, 2000. — С. 278-187.**
3. **Poem O.II.** К **предмету патопсихологии ]Текст] / О.II. Росин // Жури, невропат, и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1976. — № 4. — С. 615-616.**
4. **Россолимо Г.И. Психологические профили. Метод количественного исследования психических процессов в нормальном и патологиче­ском состояниях. Ч. 1. Методика |Текст] / Г.14. Россолимо. — СПб.: Тип. М.А. Александрова, 1910. — 52 с.**
5. Ротенберг В.**С. Поисковая активность и адаптация [Текст] / В.С. Ро-**

**тепберг, В.В. Аршавский. — М.: Паука, 1984. 192 с.**

1. Рубинштейн CJI. **Вытие и сознание. О месте психического во все­общей взаимосвязи явлений материального мира [Текст] / С.Л. Ру­бинштейн. - М.: АП СССР, 1957. - 382 с.**
2. 1\*убинштсйн CJI. **Основы общей психологии [Текст] / С.Л. Рубин­штейн. — СПб.: Питер, 2009. — 712 с.**
3. 1>убииштеш1 СЯ. **Психология умственно отсталого школьника [Текст]:**

**учеб, пособие / С.Я. Рубинштейн. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Просвещение, 1986. 192 с.**

1. Рубинштейн С.Я. **Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения [Текст] / С.Л. Рубинштейн. — СПб.: Л Г'1 IATO, 1998. - 168 с.**
2. **Руководство по психиатрии [Текст]: В 2 т. Т. 1 / иод ред. А.В. Снеж- певского. — М.: Медицина, 1983. — 480 с.**
3. 1\*усалов В.М. **Опросник структуры темперамента [Текст]: метод, по­собие / В.М. Русалок. — М.: Смысл, 1992. — 56 с.**
4. 1>усалов В.М. **Опросник формально-динамических свойств индивиду­альности (ОФДСИ) [Текст]: методическое пособие / Н.М. Русалов. — М.: ИИ РАМ, 1997. - 50 с.**
5. 1\*усалов В.М. **Предметный и коммуникативный аспекты темперамента человека |Текст| / Н.М. Русалов // Психологический журнал. — 1989. -Т. 10. -№ 1.-С. 10-21.**
6. 1\*усалов В.М. **Природные предпосылки и индивидуально-психофизио­логические особенности личности [Текст] / Н.М. Русалов // Психо­логия личности в трудах отечественных психологов / сост. Л.В. Ку­ликов. — СПб.: Питер, 2000. — С. 66 75.**
7. Русалов В.М. **Сокращенный вариант личностного опросника Кет- тела (8PF) [Текст] / Н.М. Русалов, О Н. Гусева // Психологический журнал. — 1990. — Т. 11. — № 1. — С. 34-48.**
8. Русалов В.М. **Теоретические проблемы построения специальной теории индивидуальности человека |Текст] / В.М. Русалов // Психо­логический журнал. — 1986. Т. 7. — № 4. — С. 23-35.**
9. 1>ыбаков Ф.Е. **Атлас для зкспериментально-психологического исследо­вания личности |Текст] / Ф.Б. Рыбаков. — СПб.: Каро, 2008. 120 с.**
10. Рыбакова Т.Г. **Клинико-психологическая характеристика и диаг­ностика аффективных расстройств при алкоголизме |Текст]: методи ческие рекомендации / Т.Г. Рыбакова, Т.П. Балашова. — Л.: Л ПИНИИ им. Н.М. Бехтерева, 1988. — 25 с.**
11. /Обольсти М.И. **Иллюзии и галлюцинации: Систематика, семиотика, нозологическая принадлежность [Текст] / М.И. Рыбальский. — Баку: Маариф, 1983. — 304 с.**
12. Савостьянова OJI. **Тревожно-фобические расстройства в детском воз­расте (клиника, типология, патогенез) |Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. паук / OJI. Савостьянова.** М.: **РМАПО, 2001. — 24 с.**
13. Самохвалов **II.**В. **Психиатрия [Текст] / II.В. Самохвалов, А.А. Ко­робов, В.А. Мельников (и др.]. — Ростов и//]: Феникс, 2002. — 576 с.**
14. Сапдомирский М.И. **Периодизация психического развиия с точки зрения онтогенеза функциональной асимметрии полушарий [Тексг] / М.Г. Сапдомирский, Л.С. Белогородский, Д.А. Гникеен // Совре­менные проблемы физиологии и медицины. — Уфа: Башкирский Гос. мед. университет. 1997. — С. 44-63.**
15. Сапогова **li.ll. Психология развития человека J'1'екст]: учеб, пособие / Г.Г. Сапогова. М.: Аспект Пресс, 2005. — 460 с.**
16. **Сборник психологических тестов [Текст]: пособие / сост. Г.С. Миро­нова. Часть II. Минск: Женский институт '-ШВИЛА, 2006. 146 с.**
17. Свядощ А.М. **Неврозы [Текст] / А.М. Свядощ. — М.: Медицина, 1982. - 308 с.**
18. Сельв **Г. Очерки об адаптационном синдроме |'Гекст]: нер. с англ. / Г. Селье. — М.: Медгиз, 1960. — 254 с.**
19. Семаго П.Я. Теория и практика оценки психического развития ре­бенка. Дошкольный и младший школьный возраст [Текст] / П.Я. Се­маго, М.М. Семаго. — СПб.: Речь, 2005. — 384 с.
20. Семаго НЛ. Проблемные дети. Основы диагностической и коррек­

ционной работы психолога [Текст] / II.Я. Семаго, М.М. Семаго. - 3-е иад. - М.: АРКТИ, 200.3. 208 с.

1. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста [Текст] / А.В. Семенович. — М.: Генезис, 2005. — 319 с.

53fi. Семенович А.В. Пейронсихологическая диагностика и коррекция и детском возрасте [Текст] / А.В. Семенович. — М.: Академия, 2002. — 232 с.

1. Семичев С.В. Группировка состояний психического здоровья [Текст] /

С.Н. Семичев // Предболезнь и факторы повышенного риска в пси­хоневрологии. — Л.: ЛИИ НИИ им. В.М. Бехтерева, 1986. — С. 8-16.

1. Сенопальников В.В. Метод психодиагностической беседы с злемен- тами физиогномики [Текст] / В. Сенопальникон, С.С. Шестаков, В.Л. Марищук [и др.]. - СПб., 2010. - 128 с.
2. Сергеева А.С. Перевод и адаптация краткого пятифакторного опро­сника личности (TIPP1-RU): оценка конвергентной валидности, внутренней согласованности и тест-ретестоной надежности [Текст] / А.С. Сергеева, В.А. Кириллов, А.Ф. Джумагулона // Эксперимепталь- павя психология. — 2016. — Т. 9. — № 3. — С. 138-154.
3. Середина II.В. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология [Текст] / II.В. Середина, Д.А. Шкуренко. — Ростов н/Д: Феникс, 2003. — 512 с.
4. Сеченов ИМ. Избранные произведения [Текст] / И.М. Сеченов. — М.: Госучнедгиз, 1953. — 336 с.
5. Сеченов И.М. Избранные философские и психологические произве­дения [Текст] /И.М. Сеченов. — М.: Господитиздат, 1947. 648 с.
6. Симонов II.В. Высшая нервная деятельность человека. Мотивационпо- эмоциональные аспекты [Текст] / II.В. Симонов. — М.: Паука, 1975. 173 с.
7. Симонов II.В. Эмоциональный мозг. Физиология. Нейроанатомия. Психология эмоций [Текст] / II.В. Симонов. М.: Паука, 1981. 211 с.
8. Сирота II.A. Конинг-новедепие в подростковом возрасте [Текст]: дис. ...д-ра мед. наук / II. А. Сирота. — СПб.: 11И1П1И им. В.М. Бех­терева, 1994. — 283 с.
9. Сироткина И.В. Психология в клинике: работы отечественных пси­хиатров конца прошлого века [Текст] / И.К. Сироткина // Вопросы психологии. — 1995. — № 6. — С. 79-92.
10. Словарь психолога-нрактика [Текст] / под ред. С.К). Головина. — М.: ACT, 2007. - 975 с.
11. Случевский И.Ф. Психиатрия [Текст] / И.Ф. Случевский. — М.: Медгиз, 1957. — 443 с.
12. Смагин **С.Ф. Аддикция, аддиктивное поведение [Текст] /**

**С.Ф. Смагин. - СПб.: МИНУ, 2000. 189 с.**

1. Смирнов **В.М. О психологии, психопатологии и физиологии эмоций (Предисловие к книге) [Текст] / В.М. Смирнов, А.И. Трохачев // Чувства, влечения, эмоции / иод ред. Н.С.** Дерябина. **\_ JJ; Паука, 1974.-С. 8-51.**
2. Смирнов **В.М. Основные принципы и методы психологического ис­следования «внутренней картины болезни» [Текст] / В.М. Смирнов, Т.П. Резникова // Методы психологической диагностики и коррекция в клинике / под ред.** М **М. Кабанова, А.К. Личко, В.М. Смирнова. — Л.: Медицина, 198.1 - С. 58-62.**
3. Смирнова U.O. **Диагностика психического развития детей от рождения**

**до 5 лет [Текст] / Е.О. Смирнова, Л.II. Галигузова, Т.В. Ермолова [и др.]. — 2-е изд., иснр. и доп. — СПб.: Детство-Пресс, 2005. 144 с.**

1. Смирнова 11.0. **Развитие воли произвольности в раннем онтогенезе |Текст] / К О. Смирнова // Вопросы психологии. — 1990. — № 3. — С. 49-57.**
2. Смулввич **А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей [Текст] / А.Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 256 с.**
3. Смулевич **А.В. Пограничные психические нарушения [Текст] /**
4. **Н. Смулевич // Руководство но психиатрии / под ред. А.С. 'Гига- нона. — М.: Медицина, 1999. — Т. 2. — С. 527 607.**
5. Смулевич **А.В. Психогенные заболевания [Текст] / А.Б. Смулевич,**
6. **Г. Ротштейн // Руководство по психиатрии. В 2-х т. Т. 2 / под ред.**

**А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — С. 490-527.**

1. Снежневский **А.В. Справочник но психиатрии (Текст] / А.В. Снежнев- ский. — 2-е изд., нерераб. и доп. М.: Медицина, 1985. — 416 с.**
2. Собчик Л.II. **Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики [Текст] / Л.II. Собчик. — СПб.: Речь, 2003. - 624 с.**
3. Собчик Л.II. **Изучение психологических особенностей летного со­става стандартизированным методом исследования личности [Текст]: метод, пособие / Л.II. Собчик, II.А. Лукьянова. — М.: ВВС, 1978. — 70 с.**
4. Собчик Л.II. **Культурно-свободный тест интеллекта по Кеттеллу |Текст]: учебпо-метод. пособие / Л.II. Собчик. — СПб.: Речь, 2002. — 24 с.**
5. Собчик Л.**И. Методика «Исключение предметов» |Текст] / Л.II. Собчик. - СПб.: Речь, 2007. - 44 с.**
6. Собчик Л.II. **Методика «Классификация предметов» [Текст]: учебпо-**

**метод. пособие / Л.II. Собчик. — СПб.: Речь, 2002. 6 с.**

1. СобчикЛ.П. **Модифицированный восьмицветовой тест Лютера. Прак­тическое руководство [Текст] / Л.II. Собчик. — СПб.: Речь, 2001. — 112 с.**
2. Собчик Л.II. **Пособие по применению психологической методики ММР1 [Текст] /Jl.ll. Собчик. - М.: МНИИП М.З РСФСР, 1971. - 63 с.**
3. Собчик JI.ll. **Стандартизованный многофакторный метод исследо- нания личности СМИЛ |Текст] / Л.II. Собчик. — СПб.: Речь, 2000. — 219 с.**
4. Соколова **К.Т. Проективные методы научения личности [Текст] / К.Т. Соколова. — М.: Иад-во МГУ, 1987. — 174 с.**
5. Соколова Е.Т. **Самосознание и самооценка при аномалиях личности |Текст] / К.Т. Соколова. — М.: Иад-во МГУ, 1989. — 215 с.**
6. Сорокин В.М. **Специальная психология [Текст] / Н.М. Сорокин. — СПб.: Речь, 2003. - 216 с.**
7. **Социальная психология [Текст] // Психологический лексикон. Энци­клопедический словарь и шести томах. Т. 2 / ред. и сост. М.Ю. Кар­пенко; иод общ. ред. А.И. Петровского. — М.: ИГР С.'), 2006. — 176 с.**
8. **Специальная психология (Текст] / под ред. В.И. Лубовского.**

**4-е иад. — М.: Академия, 2007. — 464 с.**

1. Спилбергср Ч.Д. **Концептуальные и методологические проблемы ис­следования тревоги [Текст] / Ч.Д. Спилбергер // Стресс и тревога в спорте: Международный сб. научных статей / под ред. Ю.Л. Ха- нина. — М.: Фиакультура и спорт, 1983. — 288 с.**
2. Спиркин А.Г. **Сознание и самосознание [Текст] / А.Г. Спиркин. — М.: Политиздат, 1972. — 303 с.**
3. **Справочник но формулированию клинического диагноза болезней**

**нервной системы [Текст] / под ред. В.II. Штока, О.С. Левина. — М.: Медицинское информационное агентство, 2006. 520 с.**

1. Старшеибум Г.В. **Аддикция. Психология и психотерапия зависи­мостей [Текст] / Г.В. Старшеибум. М.: Когито-Дептр, 2006. 367 с.**
2. Стернберг **Р. Дж. Практический интеллект ['Гекст] / Р. Дж. Стерн- берг, Дж. Ь. Форсайт, Дж. Хедланд [и др.] / под ред. Р. Стернберга. — СПб.: Питер, 2002.- 272 с.**
3. Столиц В.В. **Самосознание личности [Текст] / В.В. Столиц. — М.: Иад-во МГУ, 1983. - 285 с.**
4. Столяренко ЛД. **Основы психологии [Текст] /Л.Д. Столяренко. — Ростов и/Д: Феникс, 2007. — 704 с.**
5. Столяренко Л**Д. Психодиагностика и профориентация в образова­тельных учреждениях [Текст]. - Ростов н/Д: «Ремикс, 2005. — 416 с.**
6. Столяренко ЛД. **Психология делового общения и управления [Текст]: учебник / Л.Д. Столяренко. — Ростов н/Д: «Реникс, 2005. - 416 с.**
7. Стрелку **Я. Роль темперамента в психическом развитии [Текст] / Я. Стреляу. — М.: Прогресс, 1982. — 230 с.**
8. Стреляу **Я. Методика диагностики темперамента [Текст] /** Я. **Стреляу, О. Митина, Н. Завадский [и др.]. — Смысл, 2007. — 112 с.**
9. Судаков **К.**В. **Системное построение функций человека [Текст] / К.В. Судаков. — М.: Институт нормальной физиологии им. II.К. Ано­хина РАМП, 1999. — 15 с.**

**5X3.** Сухарева Г.Е. **Клинические лекции но психиатрии детского возраста. В 3 т. Т. 2 [Текст] / Г.Е. Сухарева. — М.: Медгиз, 1959. — 406 с.**

**5X4.** Сухарева Г.Е. **Клинические лекции но психиатрии детского возраста. В 3 т. Т. 3 [Текст] / I'.К. Сухарева. — М.: Медицина, 1965. — 336 с.**

**5X5.** Сухарева Г.Е. **Лекции но психиатрии детского возраста: Избранные главы [Текст] / Г.Е. Сухарева. — М.: Медицина, 1974. — 320 с.**

**5X6. Схема нейропсихологического исследования: учеб, пособие [Текст] / иод ред. А.Р. Лурия. — М.: Изд-во МГУ, 1973. - 60 с.**

**5X7.** Тарабрипа II.В. **Практикум но психологии посттравматического стресса [Текст] / II.В. Тарабрипа. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.**

**5ХХ.** Тарабрипа II.B. **Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций [Текст]: методические рекомендации / 11.В. Тарабрипа. — Л.: ПИНИИ им. В.М. Бехтерева, 19X4. — 23 с.**

**5X9.** Ташлыков В.А. **Психологическая защита у больных с неврозами и пси­хосоматическими расстройствами [Текст]: руководство для врачей /**

**В.** А. **Ташлыков. - СПб.: ГИДУ** В, **1992. - 21 с.**

1. Теплое **В.М. Проблемы индивидуальных различий [Текст] / И М. Те­плой. М.: АП II РСФСР, 1961. - 536 с.**
2. **Тест тревожности (Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амен): учебно методи­ческое пособие [Текст] / под ред. И.В. Дермановой. — СПб.: Речь, 2002. - 34 с.**
3. **Тесты детской апперцепции (CAT, САТ-П, CAT’S): справочное ру­ководство (Комплект в пакете] / под ред. А.С. Галанова. — 2-е изд. — 1999. - 36 с.**
4. Тимофеев В.И. **Краткое руководство практическому психоло[у по ис­**

**пользованию цветового теста М. Лютера |Текст] / В.И. Тимофеев, Ю.И. Филимоненко. — 3-е изд., иснр. — СПб.: Иматон, 1995. 29 с.**

1. Тихомиров О.К. **Структура мыслительной деятельности человека**

**|Текст] / О.К. Тихомиров. — М.: Изд-во МГУ, 1969. 304 с.**

1. Тихонечко ВА. **Классификация суицидальных проявлений [Текст] / В.А. Тихопенко // Актуальные проблемы суицидологии. — М.: МПИИ психиатрии, 197Х. — С. 59-73.**
2. **Толковый словарь русского языка [Текст] / под ред. Д.П. Ушакова. В 4 т. Т. 3. - М.: Гос. изд-во иностр. и пац. слов., 1939. — 1424 с.**
3. Тонконогий ИМ. **Клиническая нейропсихология [Текст] / И М. Тон­коногий, А. Пуанте. — СПб.: Питер, 2007. — 52Х с.**

**59Х.** Txoc.moeA.lH. **Иптраценция и ипохондрия: психологическая и фило­софская проблема в контексте психиатрии [Текст] / A.III. Тхостов // Вестник МГУ. - 1990. - № 3. - С. 30-57.**

1. Txocmoe **A.**III. **Психология телесности [Текст] / A.III. Тхостов. — М.:**

**Смысл, 2002. 2X7 с.**

1. Узнадзе Д.П. **Психологические исследования [Текст] / Д.П. Уз­надзе. — М.: Паука, 1966. - 451 с.**
2. Фельдштейн Д.И. **Психологические особенности развития личности в подростковом возрасте |Текст] / Д.И. Фельдштейн // Вопросы пси­хологии. — 19ХХ. — № 6. — С. 31 40.**
3. **Фетискин II.II. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп [Текст] / 11.11. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. М.: Институт психотерапии, 2005. — 406 с.**

**602. Филимопснко IO.II. Руководство к методике исследования интеллекта Д. Векслера (WISC). Адаптированный вариант [Текст] / Ю.В. Фили- моненко, В.Н. Тимофеев. — СПб.: ГМ «Иматон», 1994. — 94 с.**

1. **Филимопснко Ю.И. Тест Векслера: диагностика структуры интеллекта (взрослый вариант): госстандарт России [Текст]: методическое руко­водство / Ю.И. Филимонепко, В.И. Тимофеев. — СПб.: ГП «Иматон\*, 2002. - 112 с.**
2. **Фрейд А. Эго и механизмы защиты [Текст]: пер. с англ. / А. Фрейд. — М.: Эксмо, 2002. - 252 с.**
3. **Фресс II. Природа амоций [Текст] / II. Фресс // Экспериментальная психология. Вып. V / под ред. II. Фресс, Ж. Пиаже. — М.: Прогресс,** 1975. - С. 112-122.
4. **Хананашвили М.М. Информационные неврозы [Текст] / М.М. Хана-**

**нашпили. — Л.: Медицина, 1978. 144 с.**

1. **Хапин ЮЛ. Краткое руководство по применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера |Текст] / ЮЛ. Ханин. — Л : ЛИИИФК, 1976. - 18 с.**
2. **Хекхаузен X. Мотивация и деятельность [Текст] / X. Хекхаузен. — СПб.: Питер; М.: Смысл, 2002. - 860 с.**
3. **Херсонский В.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике [Текст] /**

**Ь.Г. Херсонский. — СПб.: Речь, 2002. 120 с.**

1. **Холл К.С. Теории личности [Текст]: нер. с англ. / К.С. Холл, Г. Линд­сей. - М.: KCII+, 1997.- 719 с.**
2. **Холодная М.А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума |Текст] / М.А. Холодная. — СПб.: Питер, 2004. — 284 с.**

**612. Холодная М.А. Психология интеллекта: парадоксы исследования |Текст] / М.А. Холодная. — СПб.: Питер, 2000. — 272 с.**

1. **Холодная М.А. Существует ли интеллект как психическая реальность? [Текст] / М.А. Холодная // Вопросы психологии. — 1990. — № 5. —**

**С.** **121-128.**

1. **Хомская ИД. Мозг и змоции (нейроисихологическое исследование)**

**|Текст] / К.Д. Хомская, II.Я. Патова. — М.: Российское педагогическое агентство, 1998. 268 с.**

1. **Хомская ИД. Роль Л.С. Выготского в творчестве А.Р. Лурия [Текст] / К.Д. Хомская // Вопросы психологии. — 1996. — № 5. — С. 72-82.**
2. **Хорни К. Невротическая личность нашего времени [Текст]: пер. с англ. / К. Хорни. — СПб.: Питер, 2002. — 224 с.**
3. **Хрущ И.А. Личностные особенности детей с фобическим синдромом [Текст] / И.А. Хрущ // Медицинские новости. 1998. — № 12. —**

**С.** **24-26.**

1. **Худик В.А. Детская патопсихология [Текст] / В.А. Худик. — Киев: Вдоров’я, 1997. — 92 с.**
2. **Худик ВА. Диагностика детского развития: методы исследования**

**1'Гекст] / 15.А. Худик. - К.: Освгга, 1992. 220 с.**

1. **ХьеллЛ. Теории личности. Основные положения, исследования и при­**

**менение [Текст]: пер. с англ. / Л. Хьелл, Д. Зиглер. — СПб.: Питер, 1997. 606 с.**

1. **Цветкова И.В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья |.')лектронный ресурс| // Психологические ис­следования. — 2012. — № 1 (21). — С. 11. — URL: [http://psysludy.ru](http://psystudy.ru). 0421200116/0011**
2. **Чайка 10.10. К проблеме аутизма [Текст] / 10.10. Чайка // Украш- ський в i с** 11 **и к психоневрологи. — 2002. — Т. 10. — Нин. 1. — С. 238.**
3. **Чередникова Т.В. Тесты для подготовки и отбора детей в школу**

**|'1екст] / Т.В. Чередникона. — СПб.: Стройлеснечать, 1996. 64 с.**

1. **Черниговская Т.В. Метафорическое и силлогистическое мышление как проявление функциональной асимметрии мозга [Текст] / Т.В. Чер­ниговская, В Л. Деглин // Ученые записки Тартуского университета. 'Груды но знаковым системам. Тарту, 1986. Вып. 19. — С. 68 84.**
2. **Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии [Текст] /** И **И. Чеснокова. - М.: Паука, 1977. — 144 с.**
3. **Чудиовский В.С. Основы психиатрии [Текст] / В.С. Чудновский, П.Ф. Чистяков. — Ростов н/Д: Феникс, 1997. — 448 с.**
4. **ЧупровЛ.Ф. Психодиагностический набор для исследования интел­лектуальной недостаточности у детей младшего школьного возраста (краткое практическое пособие для психологов по использованию диагностической батареи) [Электронный ресурс] / В.С. Чупров. — 2-е изд. // РКМ: Psychology. Kducology. Medicine. — М.; Черно­горек, 2013. — № 1. — 62 с. — URL: [hLtp://pem.esrae.ru/pdf/2013/1](http://pem.esrae.rU/pdf/2013/l). sr/7.pdf.**
5. **Шадриков В.Д. О содержании понятий «способности» и «одарен­ность» [Текст] / В.Д. Шадриков // Психологический журнал. — 1983.-Т. 4.-№5. -С. 3-10.**
6. **IНапарь В.В. Практическая психология. Инструментарий [Текст] // В.В. Шапарь, А.В. Тимченко, В.11. Шныдченко. — 2-е изд. — Ростов н/Д: Феникс, 2005. - 768 с.**
7. **Шванацара Й. Диагностика психического развития [Текст] / Й. Шван-**

**цара, Н. Балаштик, В. Голуб [и др.J; под ред. Й. Шванцара. — Прага: Авицепум, 1978. 388 с.**

1. **Швырков В.В. Введение в объективную психологию. Нейрональные**

**основы психики |Текст] / В.Ь. Швырков. Институт психологии РАН, 1995. 162 с.**

1. **Шевандрин 11.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности |Текст|: учебник для студ. высш. уч. заведений / П.И. Шевандрин. — 2-е изд. — М.: Владос, 2001. — 512 с.**
2. **Шибутани Т. Социальная психология [Текст]: нер. с англ. / Т. Шибу-**

**тани. — М.: Прогресс, 1969. 535 с.**

1. **Шипицииа JIM. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Соци­ализация детей с нарушениями интеллекта [Текст] / JI.M. Шипи- цина. — 2-е изд. — CII6.: Речь, 2005. — 477 с.**
2. **Шипицииа Л.М. Детский церебральный паралич [Текст] /Л.М. Ши- пицииа, И.И. Мамайчук. — СПб.: Дидактика плюс, 2001. — 272 с.**
3. **Шиффмап** Х.Р. **Ощущение и восприятие [Текст] / Х.Р. Шиффман. — 5-е изд. - СПб.: Питер, 2002. - 928 с.**
4. **Шмелев А.Г. Психодиагностика личностных черт [Текст] /**
5. **Г. Шмелев. - СПб.: Речь, 2002. 480 с.**
6. **Шнайдер К. Клиническая психопатология |Текст] / К. Шнайдер; пер. с нем. Киев: Сфера, 1999. — 226 с.**
7. **Шорохова Е.Н. Психологический аспект проблемы личности |Текст] / К.В. Шорохова // Теоретические проблемы психологии личности. — М.: Наука, 1974. - С. 2-22.**
8. **Штерн В. Дифференциальная психология и ее методические основы (Текст]: пер. с нем. / В. Штерн. — М.: Паука, 1998. — 226 с.**
9. **Штроо В.А. ’Защитные механизмы: от личности к группе [Текст] /**
10. **А. Штроо // Вопросы психологии. 1998. — № 4. — С. 54-61.**

**642. Шулыовский В./3. Физиология высшей нервной деятельности с осно­вами нейробиологии [Текст] / В.В. Шулыовский. — М.: Академия, 2002. - 464 с.**

1. **Шустер Э.Е. Общая психопатология и психические расстройства лете ко га и подросткового возраста (Текст] / Шустер. - Гродно, 2004. - 127 с.**
2. **Щелованов ИМ. Ясли и дома ребенка — задачи воспитания [Текст] // Воспитание детей раннего возраста в детских учреждениях / II.М. |Це- лованон. Медгиз, 1960. — 278 с.**
3. **Щербатых К).В. Насколько метод цветовых выборов Лютера изме­ряет вегетативный компонент треноги? [Текст] / Ю.В. Щербатых // Прикладные информационные аспекты медицины. — 2002. — 'Г. 5. — № 1-2.-С. 108-113.**
4. **Эглитис** И.Р. **Сепеетопатии [Текст] / И.Р. 'Отлитие. — Рига: .Зинатпе, 1977. - 184 с.**
5. **Эй Анри. Шизофрения. Тексты [Электронный ресурс] / Анри Эй. [Schizophrenic, Lludes cliniques el psychopalhologiques (22 lextes <le Henri liy consacres aux psychoses schizophreniques, en parlieulier les texles tie ГКМС, reunis par J. CARRABli) / Preface J. GARRABK, Les Kmpecheurs de penser en rond. — Inslilul Synlhelalx), 1976. — 429 p.]. —** URL: **[http://www.psy-faq.ru/lil)rary/lib/show.php4@id=1](http:///vww.psy-faq.ru/library/lib/show.php4@id=l)8.hlml.**
6. **Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи [Текст] / Э.Г. Эй-**

**демиллер, В. Юстицкис. — СПб.: Питер, 2008. 668 с.**

1. **Эйдемиллер Э.К). Семейный диагноз и семейная психотерапия |Текст] / Э.К). Эйдемиллер, И.В. Добрков, И.М. Никольская. — СПб.: Речь, 2003. - 336 с.**
2. **Экспериментальная психология. Вын. I и II [Текст] / под ред. II. Фресс, Ж. Пиаже. — М.: Прогресс, 1966. — 429 с.**
3. **Экспериментальная психология. Вып. IV [Текст] / под ред. II. Фресс, Ж. Пиаже. М.: Прогресс, 1975. — 343 с.**
4. **Экспериментальная психология. Вып. VI |Текст[ / под ред. II. Фресс, Ж. Пиаже. - М.: Прогресс, 1978. — 301 с.**
5. **Эльконип БД. Психическое разнитие в детских возрастах [З'екст] / Б.Д. Эльконип. — Воронеж: НПО МОДЭК, 1997. — 416 с.**
6. **Эльконип Д Б. К проблеме периодизации психического развития в детском** 1**юзрасте |Текст] / БД. Эльконип // Вопросы психологии. — 1971,-№4.-С. 6-20.**
7. **Эмоциональный стресс. Физиологические и психологические ре­акции [Текст] / пер. с англ, под ред. Л. Леви, В.II. Мясищева. — Л.: Медицина, 1970. — 328 с.**
8. **Энциклопедия психологических тестов для детей [Текст] / под ред. И. Книгина. М.: Арнадия, 1997. — 256 с.**
9. **Эпилептология детского возраста [Текст]: руководство для врачей /**

**под ред. А.С. Петрухина. — М.: Медицина, 2000. 624 с.**

1. **Эткинд А.М. Цветовой тест отношений и его применение в иссле­довании больных неврозами [Текст] / А.М. Эткинд // Социально­психологические исследования в психоневрологии. Л.: ПИНИИ им. В.М. Бехтерева, 1980. — С. 110-114.**
2. **Юдин Э.Г. Поведение [Текст] / Э.Г. Юдин // ВСЭ. — 3-е изд. - 1975. - С. 70.**
3. **Ют К.!'. Работы по психиатрии [Текст] / К.Г. Юнг. — СПб.: Академи­ческий проект, 2000. — 304 с.**
4. **Якобсон П.М. Воля [Текст] / II.М. Якобсон // Общая психология; под ред. А.В. Петровского. — М.: Просвещение, 1976. — С. 389-404.**
5. **Якобсон П.М. Психологические проблемы мотивации поведения чело­века [Текст] / П.М. Якобсон. - М.: Просвещение, 1969. — 317 с.**
6. **Яковлева БЛ. Эмоциональные механизмы личностного и творческого развития [Текст] / К.Л. Яковлева // Вопросы психологии. — 1997. — №4.-С. 20 27.**
7. **Ялтонский В.М. Копинг-новедение здоровых и больных наркоманией**

**|Текст[: дис. ... д-ра мед. наук. — СПб.: ПИНИИ им. В.М. Бехтерева, 1995. 396 с.**

1. **Яньшин II.В. Практикум по клинической психологии. Методы иссле­дования личности [Текст] / II.В. Яньшин. — СПб.: Питер, 2004. .336 с.**
2. **Яньшин II.В. Эмоциональный цвет. Эмоциональный компонент в пси хологической структуре цвета [Текст] / II.В. Яньшин. — Самара: Сам III У, 1996. - 218 с.**
3. **Ярославцева И.В. Депривированные дети: проблемы здоровья и адап­тации [Текст] / И В. Ярославцева. — Иркутск: ИГПУ, 2002. — 160 с.**
4. **Ярошевасий М.Г. История психологии [З'екст] / М.Г. Ярошенский. — М.: Мысль, 1996. — 463 с.**
5. Ярошевский М.Г. **История психологии от античности до сере­дины XX и. (Текст): учеб, пособие / М.Г. Ярошевский. — М.: Ака­демия, 1096. — 416 с.**
6. Ярошевский М.Г. **Л.С. Выготский — жертва «оптического обмана» (Текст] / М.Г. Ярошевский // Вопросы психологии. 1993. — № 4. — С. 55-60.**
7. Ясперс К. **Общая психопатология (Текст): пер. с нем. / К. Ясперс. М.: Практика, 1997. — 1056 с.**
8. Ясюкова Л.Л. **Методика определения готовности к школе. Прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе (Текст): ме­тодическое руководство / Л.А. Ясюкова. — СПб.: Иматон, 2002. — 208 с.**
9. Яаокова ЯЛ. **'Гест структуры интеллекта Р. Амтхауэра (1ST) (Текст): методическое руководство / Л.А. Ясюкова. — СПб.: Иматон, 2002. — 80 с.**
10. Ясюкова ЯЛ. **Фрустрационный тест** С. **Розен Цвейга (Текст): методи­ческое руководство / Л.А. Ясюкова. — СПб.: Иматон, 2001. — 128 с.**
11. Яцемирская Р.С. **Атрофические деменции у пожилых и старых людей (Текст) / Р.С. Яцемирская, Л.II. Хохлова // Проблемы старости: ду­ховные, медицинские и социальные аспекты. — М.: Свято-Димитри- евское училище сестер милосердия, 2003. — 256 с.**
12. Amirkhan JJl. **A factor analytically derived measure of coping: the coping strategy indicator [Text] /J.1I. Amirkhan //Journal of Personality and Social Psychology. — 1990. — V. 59. — № 5. — P. 1066-1074.**
13. Bartlett F.C. **Remembering. A study in experimental and social psychology (Text) / F.C. Bartlett. — Cambridge: Cambridge University Press, 1932. - 232 p.**
14. Beck A.T. **An inventory for measuring depression (Text) / A.T. Beck,**
15. **II. Ward, M. Mendelson (et al.) // Arch. Gen. Psychiatry. — 1961. — V. 4.- P.561-571.**
16. Beliak **L. A manual for the children’s apperception test [Text] / L Beliak, S. Beliak. - 7th ed. - New York: C.P.S., 1982.**
17. Beliak **L Children’s apperception test (Text) / L. Beliak, S. Beliak. — N.Y., 1978.**
18. Benton A.L. **The Revised Visual Retention Test [Text] / A.L Benton. 4th ed. New York: Psychological Corporation, 1974.**
19. Bourdon B. **Observations comparatives sur reconnaissance, la discrimination et (’association [Text] / B. Bourdon // Revue Philosophique. 1895.**

**№ 40. - P. 153-185.**

1. Calkins **M. Association [Text] / M. Calkins // Psychol. Rev. — 1894. — № 1.- P. 476-483.**
2. Career C.S. **Assessing Coping Strategies: A theoretically based approach (Text) / C.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub // ). Pers. and Soc. Psychol. - 1989. - V. 56. - P. 267-283.**
3. **Castaneda A. The children form of Manifest Anxiety Scale [Text] / A. Castaneda, B.R. McCandless, D.S. Palermo // Child Development.**

**1956. — V. 27.- P.317-326.**

1. **Cattell R.B. Handbook for Sixteen Personality Factor Qwestionnaire (16PF) [Text] / R.B. Cattell, H.W. liber, M.M. Tatsuoka. - Illinois: 1 PAT, 1970.- 300 p.**
2. **Cattell R.В. Manual for the Cattel Culture Fair Intelligence lest [Text] / R.B. Cattell. — Champaign, Illinois: Institute for Personality and Ability Testing. — 1973.**
3. **Dorkey M., Amen ll.A. Continuate Study of Anxiely Reaction in young children by Means of Projective Techniks [Text] / M. Dorkey,**
4. **A. Amen //Gen. Psych. — 1947.**
5. **Fysenk 11J. Principles and Methods of Personality Description, Classification and Diagnosis [Text] / II.J. Fysenk // Brit.J. Psychol. — 1964. - V. 55. - № 3. — P. 284-294.**
6. **Friedman 1. Phenomenal, ideal, and projected conceptions of self [Text] /**
7. **Friedman // Journal of Abnormal and Social Psychology. — 1955. — V. 51. — P.611-615.**
8. **Hathaway S.R. Minnesota Multiphasic Personality Inventory Manual [Text] / S.R. Hathaway, J.C. McKinley. — Minneapolis: University of Minnesota Press, 1943.**
9. **Heim F. Coping und AdaptiviLaL: Gibt es Geeignetes oder Ungeeignetes Coping? [Text] / Ii. Heim // Psychoter Psychosom Med Psychol. — 1988. - II. 1. - S. 8-17.**
10. **Holmes T.H. The Social Readjustment Rating Scale [FlecLronic resource] / T.II. Holmes, R.IL Rahe // Journal of Psychosomatic Research. — 1967. — V. 11. — P. 213-218. — URL: <http://www.jpsychores.com/> article/0022-3999 (67) 90010 -4/pdf.**
11. **Kohs S.C. The Block Design 'Lest [Text] / S.C. Kohs // Journal of Fxperimental Psychology. — 1920. — № 3. — P. 357-376.**
12. **lMzarus R.S. Fmotion and adaptation [Text] / R.S. Lazarus. — New York: Oxford University Press, 1991. — 570 p.**
13. **Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process [Text] /**

**R.** **S. Lazarus. — New York: McGraw-Hill, 1966. — 466 p.**

1. **Lazarus R.S. Stress, appraisal, and coping [Text] / R.S. Lazarus,**

**S. Folkman — New York: Springer-Verlag, 1984. — 445 p.**

1. **Luschcr M. The Luscher Color 'lest [Text] / M. Luscher. — New York: Random House, 1969. — 268 p.**
2. **Maddi S. Resilience at Work: How to Succeed No Matter What Life Throws at You [3 ext] / S. Maddi, D. Khoshaba. — New York: American Management Association, 2005. — 213 p.**
3. **Mehrabian A. A measure of emotional empathy [Text] / A. Mehrabian, N. Fpstein // Journal of Personality. — 1972. — V. 40. —** P. **525-543.**
4. **Meily R. Lehrbuch der psychologischen Diagnostik [Text] / R. Meily. — Bern: Huber Verlag, 1961. — 465 S.**
5. **Morgan C. A method for investigating fantasies: Lhe thematic apperception test [Text] / C. Morgan, II.A. Murrey // Arch. Neurol. PsychiaLr. 1935. - V. 34. - P. 289-306.**
6. **Murrey Я.А. Thematic apperception Lest: Manual [Text] / 11.A. Murrey. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1943. — 20 p.**
7. **Osgood CM. The nature and measurement of meaning (Text] /**

**CM. Osgood // Psychological Bulletin. 1952. — 49. — P. 197-237.**

1. **Phillips B.N. School Stress and Anxiety [Text] / B.N. Phillips. — New**

**York: Human sciences, 1978. 165 p.**

1. **Poppelreuter W. Die psychische Schadigungen durch Kopfschuss im Kriege 1914/17 [Text] / W. Poppelreuter. — Bd. I — IL — l^eipzig, Voss, 1917-1918.**
2. **Rey A. L’examen clinique en psychologie. [Clinical examination in psychology.] [1 ext] / A. Rey. Paris, Prance: Presses Universitaires de France, 1958.** - **222** p.
3. **Rokeach M. The Nature of Human Values [Text] / M. Rokeach. — New York: Free Press, 1973. — 438 p.**
4. **Rorschach II. Psychodiagnostics: A diagnostic test based on perception [Text] / II. Rorschach. — Bern: Hans IIul>er, 1942. — 356 p.**
5. **Rosenberg M. Society and Lhe adolescent self-image [Text] / M. Rosenberg — New York: Princeton Univ. Press., 1965. — 326 p.**
6. **RosenzweigS. The picture-association method and its application in a study of reaction Lo frustration [Text] / S. Rosenzweig //J. Personaloty. — 1945.-V. 14.-№5.- P.3-23.**
7. **RosenzweigS. The children’s Form of Lhe Rosenzweig PicLure-FrusLraLion Study [Text] / S. Rosenzweig, F.K. Fleming, L Rosenzweig// Journal of Psychol. - 1948. - V. 26. - P. 141-191.**
8. **Russell D. The UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure [Text] / I). Russell // Journal of Personality Assessment. — 1996. — V. 66. — P. 20-40.**
9. **Russell D., Peplau L.A., Cutrona CM The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discrinant validity evidence [Text] / D. Russell, L A. Peplau, CM. Cutrona // Journal of Personality and Social Psychology. - 1980. - V. 39. - Р.\*472-480.**
10. **Russell D. Developing a measure of loneliness [Text] / D. Russell, L.A. Peplau, M.L. Ferguson // Journal of Personality Assessment. — 1978. -№42. -P. 290-294.**
11. Sacks**J.M., Levy S. The Sentence Completion Test [Text] /J.M. Sacks, S. Levy // Projective Psychology: Clinical Approaches Lo Lhe Total Personality: ed. by Lawrence Fdwin Abt and Leopold Beliak. — New York: Alfred A. Knopf, Inc. - 1950. - P. 357-402.**
12. **Schizophrenic, Ftudes cliniques et psychopathologiques (22 textes de Henri Ky consacres aux psychoses schizophreniques, en particulier les textes de Г KMC, reunis par J. GARRABK) [Electronic resource] / Preface J. CARRABF, Les Fmpecheurs de penser en rond, Institut**

Synthelabo. — 1976. - 429 p. — URL: htlp://[www.psy-faq.ru/library/](http://www.psy-faq.ru/library/) lib/show.php4@id= 18.html.

1. Schmieschek //. Questionnaire for the determination of accentuated personalities [Text] / 11. Schmieschek // Psychialr. Neurol. Med. Psychol. — 1970. - V. 22. -№ 10.- P.378-381.
2. Sifneos PM. The prevalence of “alexithymia” in psychosomatic patient [Text] / P.E. Sifneos // Psychother. Psychosom. — 1973. — V. 22. - № 2. - P. 255-262.
3. Spielberger C.D. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory [Text] / C.I). Spielberger, R.L Gorsuch, R.E. Lushene. — Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1970.
4. Stephenson W. The study of behavior: Q-technique and its methodology [Text] / W. Stephenson. — Chicago: University of Chicago Press. — 1953. - 376 p.
5. Strelau J. Temperament i typ ukladu nerwowego [Text] / J. Strelau. — Warsz.: PWN, 1969. - 358 s.
6. Taylor G.J. Toward the development of a new self-report alexilhymia scale [Text] / G.J. Taylor, D.B. Ryan, R.M. Bagby // Psychotherapy and Psychosomatics. — 1985. - № 44. P. 191-199.
7. TaylorJA. A personality scale of manifest anxiety [Text] / J.A. Taylor // Journal of Abnormal and Social Psychology. — 1953. — V, 48. — P. 285-290.
8. Thomas A. Temperament and Development [Text] / A. Thomas, S. Chess. — New York: Brunner/Mazel, 1977. — 277 p.
9. Tubing E. Episodic and semantic memory [Text] / E. Tulving // Organization of memory / ed. E. Tulving, W. Donaldson. — New York: Academic Press, 1972. — P. 381-403.
10. WareJ.li. The MOS 36-item short form health survey (SF-36): 1. Conceptual framework and item selection [Text] / J.IL Ware, C.D. Sherbourne // Medical Care. — 1992. — № 30. — P. 473-483.
11. Zung W.W.K. A self-rating depression scale [Text] / W.W.K. Zung // Arch Gen Psychiatry. - 1965. - V. 12. - P. 63-70.

**С2\_** Приложения

Приложение 1

О работе патопсихолога в психиатрической больнице

Приложение 2

О работе медицинского психолога в психиатрических  
и психоневрологических учреждениях. Методические  
рекомендации

Приложение 3

Положение

об организации деятельности медицинского психолога,  
участвующего в оказании психотерапевтической помощи  
(утв. приказом Минздрава РФ  
от 16 сентября 2003 г. № 438)

Приложение 4

Квалификационные характеристики специалиста  
«медицинский психолог»

Приложение 5

Номенклатура психологических услуг  
в здравоохранении

Приложение 6

Выписка из приказа № 566н

Приложение 7

Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н  
«О порядке организации медицинской реабилитации»

Оглавление

Введение

**,3**

6

6

>.....13

......14

28

......28

.....38

.....38

.......42

.......42

.......46

.......47

......50

......50

......54

......54

......56

56

.......62

.......62

82

83

**88**

**88**

„...„96

Глава 1. Общая патопсихология

1. Патопсихология — определение понятия - - -

*Контрольные вопросы и задания* \_ \_ \_ \_

1. История патопсихологии \_ \_ \_

*Контрольные вопросы и задания*

1. Понятие нормы и здоровья в патопсихологии и психопатологии

*Контрольные вопросы и задания* „ \_ „

1. Понятие психического расстройства \_ „

*Контрольные вопросы и задания* - - - - „

1. Формы дизонтогенеза - - - - - „

*Контрольные вопросы и задания* - „ \_ \_ „

1. Первичные и вторичные симптомы „ „ „

*Контрольные вопросы и задания* \_ \_ \_ \_ -

1. Соотношение распада и развития психики..... „ \_

Контрольные вопросы и задания \_ \_ „ „ \_

1. Причины психических расстройств

*Контрольные вопросы и задания* \_ \_ \_ \_

1. Внутренняя картина болезни

*Контрольные вопросы и задания*

1. Патопсихологическое исследование

*Контрольные вопросы и задания*

1. Функциональный диагноз

*Контрольные вопросы и задания*

1. Патопсихологические синдромы

*Контрольные вопросы и задания*

[Глава 2. Патопсихология психических процессов 97](#bookmark16)

1. [Сенсорные расстройства „97](#bookmark17)

[***Контрольные вопросы и задания*** 104](#bookmark15)

1. [Восприятие и его расстройства 104](#bookmark44)

[***Контрольные вопросы и задания***„ 123](#bookmark66)

1. [Методы исследования сенсорных и гностических расстройств 124](#bookmark24)

***Контрольные вопросы и задания*** 135

1. [Память и ее расстройства 135](#bookmark28)

***Контрольные вопросы и задания*** 151

1. [Методы исследования памяти... 151](#bookmark36)

***Контрольные вопросы и задания*** 165

1. Внимание и его расстройства „166

***Контрольные вопросы и задания*** 179

1. Методы исследования расстройств внимания 179

***Контрольные вопросы и задания*** 189

1. Мышление и его расстройства 190

***Контрольные вопросы и задания*** 220

1. Методы исследования мышления - \_ \_ - - -221

*Контрольные вопросы и задания* - - - . 255

1. [Эмоции и их расстройства - - - .256](#bookmark51)

*Контрольные вопросы и задания* - \_ - \_ \_ - - - 315

1. [Методы исследования эмоциональной сферы - .315](#bookmark56)

*Контрольные вопросы и задания* - \_ - - \_ - \_ - 346

Глава 3. Патопсихология личности 347

1. Система психических свойств личности \_347

*Контрольные вопросы и задания* - - - . 372

1. [Волевая регуляция поведения и ее расстройства \_373](#bookmark70)

*Контрольные вопросы и задания* - - - . 390

1. [Методы исследования волевой регуляции -391](#bookmark73)

*Контрольные вопросы и задания* - - - - -404

1. [Расстройства поведения - - - .405](#bookmark78)

*Контрольные вопросы и задания* - - - - - 413

1. [Психопатии (специфические расстройства личности) - -414](#bookmark80)

*Контрольные вопросы и задания* - - - - -431

1. [Неврозы (невротические расстройства) - - - - 432](#bookmark81)

*Контрольные вопросы и задания* - - - .443

1. Сознание и его расстройства - -444

*Контрольные вопросы и задания* - - - .472

1. [Методы исследования личности и самосознания - - - -472](#bookmark87)

*Контрольные вопросы и задания* - - - - - - 537

1. [Способности и интеллект - - .538](#bookmark100)

*Контрольные вопросы и задания* - - - - - 550

1. Патопсихология интеллектуальной сферы - - .550

*Контрольные вопросы и задания* - - - - - - 567

1. [Методы исследования интеллекта - - - - -567](#bookmark105)

*Контрольные вопросы и задания* - - - 592

1. [Шизофрения — патопсихологический портрет - - -592](#bookmark110)

*Контрольные вопросы и задания* - - - .603

1. [Эпилепсия — патопсихологический портрет- - - -603](#bookmark112)

*Контрольные вопросы и задания* - - - - -611

[**Список использованной литературы 612**](#bookmark115)

Приложения 656

Приложение 1. О работе патопсихолога в психиатрической

больнице 656-1

Приложение 2. О работе медицинского психолога в психиатрических и психоневрологических учреждениях.

Методические рекомендации 656-20

Приложение 3. Положение об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании

психотерапевтической помощи 656-55

Приложение 4. Квалификационные характеристики специалиста «медицинский психолог» 656-57

Приложение 5. Номенклатура психологических услуг в здравоохранении 656-59

Приложение 6. Выписка из приказа № 5ббн 656-60

Приложение 7. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» 656-62

По вопросам приобретения книг обращайтесь:  
Отдел продаж «ИНФРА-М» (оптовая продажа):  
127214, Москва, ул. Полярная, д. 31 В, стр. I  
Тел. (495) 280-33-86 (доб. 218, 222)

E-mail: [bookware@infra-m.m](mailto:bookware@infra-m.ru)

Отдел «Книга-почтой»:  
тел. (495) 280-33-86 (доб. 222)

|  |  |
| --- | --- |
| ФЗ | Издание не подлежит маркировке |
| № 436-ФЗ | в соответствии с п. 1 ч. 4 ст. 11 |

Учебное издание

Бизюк Александр Павлович

ОСНОВЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ

УЧЕБНИК

**Оригинал-макет подготовлен в НИЦ ИНФРА-М**

**ООО «Научно-издательский центр ИНФРА-М»**

**127214, Москва, ул. Полярная, д. 31 И, стр. 1  
Тел.: (495) 280-15-96, 280-33-86. Факс: (493) 280-36-29  
E-mail: [books#infra-m.ru](mailto:books@infra-m.ru) [hltp://www.infra-m.ru](http://www.infra-m.ru)**

Подписано в печать 03.11.2020.

Формат 60x90/16. Бумага офсетная. Гарнитура Petersburg.

Печать цифровая. Уел. иоч. л. 41,25.

1I1IT50. Заказ № 00000  
ТК 749782-1216342-031120

Отпечатано в типографии ООО «1 [аучно-издатсльский центр ИНФРА-М»  
127214, Москва, ул. Полярная, д. 31 В, стр. 1  
Тел.: (495) 280-15-96, 280-33-86. Факс: (495) 280-36-29