1. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

**Медицинская (клиническая) психология** - это область психологической науки, изучающая психологические факторы, связанные с возникновением, диагностикой, лечением и профилактикой болезней.

Кроме изучения психики больного человека, к основным разделам предмета клинической психологии относится изучение закономерностей общения и взаимодействия больных и медицинских работников, а также изучение психологических средств воздействия на больных в целях профилактики илечения заболеваний.

**Термин «психология» образован от греческого psyche - душа, logos - учение.**

**Предмет изучения** - психический мир человека.

**В центре рассмотрения МП** находится не организм больного, а его личность.

Термин «клинический» исходит от греческого kline, что означает постель, больничная койка.

В современной психологии термины «клиническая» и «медицинская» используют как синонимы. По традиции медики называют её медицинская психология, психологи - клиническая психология.

**Выделилась МП в самостоятельную научную дисциплину к концу 19 века.**

На заре науки (VI-IV в.в. до н.э.) многие считали, что мозг является «седалищем души» (Алкмеон из Кротона), «средоточием психической деятельности» (Пифагор), а психические болезни - результатом нарушения работы мозга (Гиппократ, Гален).

Но уже в то время натуралистической точке зрения противопоставил свои взгляды Платон (427-347 гг. до н.э.), выступивший с метафизическим учением о душе как идеальной сущности.

Развитие науки, техники и искусств в эпоху Возрождения, привело к появлению новых веяний и в учении о душе и теле. Все чаще и чаще высказывались мысли о том, что «мышление есть свойство материи» (Дж. Локк, П.Ж.Ж. Кабанис).

Эволюционное учение, развитое Чарлзом Дарвином (1809-1882), оказало положительное влияние в отношении становления и развития науки о психике - психологии (этот термин стал общеупотребительным со второй половины XVIII века после работ Христиана Вольфа). Подробно изучались психика животных, «примитивных народов», детская психика, психика при умственном недоразвитии. Самое большое достижение этого периода заключалось в том, что перестали, наконец, игнорировать среду, окружающую человека.

Внимание психологов, как и психиатров, привлекли в дальнейшем работы венского психиатра Зигмунда Фрейда (1856-1939), создателя одного из основных современных направлений психологии - психоанализа, который всю психическую деятельность человека объясняет направляющим влиянием бессознательного, в особенности полового влечения.

После пандемии энцефалита (1915-1920), который, поражая субкортикальные узлы, значительно изменял личность, в частности темперамент, стали более пристально и детально исследовать функции подкорковых образований головного мозга.

Много дал психологии экспериментальный метод, начало внедрения которого в психологию было положено Вильгельмом Вундтом (1832-1920). В 1874 году он выпустил книгу «Основы физиологической психологии», а в 1879 году основал в Лейпциге первую лабораторию экспериментальной психологии. Ратуя за перестройку психологической науки на основе эксперимента, Вундт прямо говорил, что подобная перестройка окажется плодотворной лишь при условии исключения понятия о душе, так как душу он понимал с позиций психофизического параллелизма, ярым защитником которого являлся.

Экспериментальные исследования позволили достаточно подробно изучить память, внимание, восприятие, эмоционально-волевую сферу.

**В России длительное время в психологии господствовали идеалистические учения, и психология в основном развивалась в русле богословия.**

И.М. Сеченов создал свою теорию рефлекторной деятельности мозга и опубликовал в 1863 году труд «Рефлексы головного мозга». Так пришла та необходимая помощь, в которой настоятельно нуждалась психология. И.М. Сеченов особое значение придавал медицинской психологии и собирался посвятить ей свой особый труд, о котором писал как о своей «лебединой песне».

И.П. Павлов, развивая положения И.М. Сеченова, разработал оригинальную методику, пользуясь которой стало возможно проникать в сущность рефлекторной функции мозга и подвергать «тщательному анализу основные законы, управляющие всей громадно сложной работой высшего отдела центральной нервной системы».

Было доказано, что психические явления - результат условно-рефлекторной деятельности мозга и что условный рефлекс одновременно является и материальным (физиологическим) и идеальным (психическим).

**Первая экспериментально-психологическая лаборатория в России была открыта В.М. Бехтеревым в 1885 году при медицинском факультете** Казанского университета. Там, а в дальнейшем в подобной лаборатории, созданной им в Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге, под его руководством было выполнено более 20 клинико-психологических докторских диссертаций.

В первые годы после Великой Октябрьской социалистической революции ситуация значительно изменилась. Уже в 1918 году был организован специальный институт по исследованию детей с недоразвитием психической сферы, названный впоследствии Медико-педологическим институтом. Появилась новая профессия - клинический психолог.

В 30-х и 40-х годах вышел в свет ряд ценных работ по экспериментально-психологическому исследованию речи, мышления (Л.С. Выготский, А.Г. Иванов-Смоленский, М.С. Лебединский и др.), эмоционально-волевой сферы (А.Р. Лурия), по влиянию на работоспособность отношения нервно-психически больных к труду (В.Н. Мясищев и др.) и некоторым иным разделам медицинской психологии.

В период Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. и в последующие годы экспериментально-психологические (патопсихологические и нейропсихологические) исследования помогали более рационально решать вопросы трудоспособности и трудоустройства лиц, перенесших травму головного мозга, и восстанавливать пораженные функции.

Серьезным событием в истории отечественной медицинской психологии была Объединенная сессия Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР (1950), посвященная учению И.П. Павлова, умершего еще в 1936 году. Выполняя в большей мере государственно-идеологический заказ, нежели рассматривая действительно научные вопросы, эта сессия во многом затормозила развитие медицинской психологии в Советском Союзе, подменив психологию физиологией.

**Возрождение научной психологии в нашей стране началось с середины 50-х годов.** На 1 съезде Общества психологов в 1959 году, на II съезде этого общества в 1963 году и на IV съезде невропатологов и психиатров в 1963 году был представлен ряд докладов, свидетельствовавших о том, насколько важна медицинская психология для клиники (Б.В. Зейгарник, М.С. Лебединский, А.Р. Лурия, В.Н. Мясищев, К.К. Платонов и др.).

**В 70-80-е годы в ряде городов Советского Союза прочно сформировались крупные научные центры и школы по медицинской психологии,** плодотворно разрабатывающие различные направления медико-психологических исследований.

Московские ученые (Б.В. Зейгарник, К.К. Платанов, К.М. Гуревич, С.Я. Рубинштейн, Ю.Ф. Поляков, Е.Д. Хомская, Ф.Б. Березин, В.В. Николаева и др.) сосредоточили основные усилия на проведении фундаментальных исследований в области психодиагностики.

Ими созданы отечественные варианты зарубежных психодиагностических методик (ММР1, методика диагностики межличностных отношений Т. Лири и др.), выполнен целый ряд работ по изучению пато-нейропсихологических аспектов различных психических и неврологических заболеваний, изменений психической деятельности при хронических соматических заболеваниях, проведены значительные исследования в области психо(нейро)физиологии и т.д.

Ведущим направлением деятельности ленинградской школы медицинской психологии (М.М. Кабанов, А.Е. Личко, Л.И. Вассерман, Б.Д. Карвасарский, В.К. Мягер, P.O. Серебрякова и др.) является разработка теоретических основ и практических моделей осуществления реабилитационного процесса в различных областях медицины.

**Представители киевской научной школы** (В.М. Блейхер, Л.Ф. Бурлачук и др.) занимаются вопросами теории и практики патопсихологической диагностики, рассматриваемой с общепатологических динамических позиций.

**Ученые тбилисской школы (**И.Т. Бжалава, С.В. Цуладзе и др.) проводили медико-психологические исследования в свете созданной Д.Н. Узнадзе теории установки. Ими изучены характерные особенности и динамика установки при неврозах, психических заболеваниях, локальных органических поражениях головного мозга, что внесло весомый вклад в изучение бессознательного отечественными исследователями. По инициативе тбилисских ученых был проведен первый в нашей стране международный симпозиум по проблемам бессознательного.

**Следует отметить, что до настоящего времени месторасположение медицинской психологии не вполне определено, что можно объяснить междисциплинарным характером этой науки.**

На развитие медицинской психологии оказывают существенное влияние следующие медицинские дисциплины: психиатрия, неврология, нейрохирургия, психотерапия, терапия. Это влияние взаимообразно. Близка медицинская психология и к ряду других психологических и педагогических наук - экспериментальной психологии, трудотерапии, олигофренопедагогике, тифлопсихологии, сурдопсихологии и др.

Медицинская психология оказывает значительное влияние на развитие общетеоретических вопросов психологии: соотношение социального и биологического в развитии психики; анализ компонентов, входящих в состав психических процессов; развитие и распад психики; роль личностного компонента в структуре различных форм психической деятельности. Медицинская психология использует знания педагогики, социологии, философии и т.д.

2. РОЛЬ И ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ ПСИХОЛОГА

**Роль медицинской психологии заключается**

1. в улучшении необходимых контактов медперсонала с больными,

2. в быстрейшем и наиболее полном выздоровлении,

. в предупреждении болезней, охране здоровья, воспитании гармоничной личности.

Она широко изучает весь диапазон благотворных или пагубных влияний на личность человека, воздействие характера межличностных отношений на его здоровье и возникновение болезней.

**Основная цель преподавания медицинской психологии** сводится

1. к воспитанию у студентов гуманизма,

2. высокой медицинской культуры,

. этических норм

. широкого психогигиенического (психопрофилактического) подхода в коррекции состояния больного человека.

**Важнейшей задачей медицинской психологии является изучение психики больного в различных условиях.**

Медицинская психология должна разрабатываться в связи с актуальными задачами, которые ставятся различными медицинскими дисциплинами.

3. ОБЩАЯ И ЧАСТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Особенностями медицинской психологии сегодня являются всё большая дифференциация на различные направления и расширяющиеся связи с другими областями знаний. По направленности психологических исследований можно выделить ***общую*** и ***частную*** медицинскую психологию.

**Общая медицинская психология** изучает общие вопросы и включает в себя следующие разделы:

Основные закономерности психологии больного человека (критерии нормальной, временно измененной и болезненной психики), психологии врача (медицинского работника), психологии повседневного общения больного и врача, психологической атмосферы лечебно-профилактических учреждений.

Психосоматические и соматопсихические взаимовлияния.

Индивидуальность (темперамент, характер, личность), эволюцию и этапы ее постнатального онтогенеза (включая детство, отрочество, юность, зрелость и поздний возраст), аффективно-волевые процессы.

Медицинскую деонтологию, включающую вопросы врачебного долга, этики, врачебной тайны.

Психогигиену (психологию медицинских советов и консультаций, психологию семьи, психогигиену лиц в кризисные периоды их жизни (например, пубертатный, климактерический). Психологию брака и половой жизни. Психогигиеническое обучение, психотренинг взаимоотношений врача и больного.

Общую психотерапию.

**Частная медицинская психология** изучает конкретного больного, а именно:

особенности психических процессов у психических больных;

психику больных на этапах подготовки, выполнения хирургических вмешательств и в послеоперационный период;

особенности психики больных, страдающих различными заболеваниями (сердечно-сосудистыми, инфекционными, онкологическими, гинекологическими, кожными и т.д.);

психику больных с дефектами органов и систем (слепота, глухота и т.п.);

особенности психики больных при проведении трудовой, военной и судебной экспертизы;

психику больных алкоголизмом и наркоманией;

частную психотерапию.

Можно выделить конкретные клиники, где находят практическое применение знания соответствующих разделов медицинской психологии:

в психиатрической клинике - **патопсихология**;

в неврологической - **нейропсихология**; в соматической - **психосоматика**.

**Патопсихология** изучает, по определению Б.В. Зейгарник, структуру нарушений психической деятельности, закономерности распада психики в их сопоставлении с нормой. Патопсихология может рассматривать задачи как общей медицинской психологии (когда изучаются закономерности распада психики, изменения личности психических больных), так и частной (когда исследуются нарушения психики конкретного больного для уточнения диагноза, проведения трудовой, судебной или военной экспертизы).

Близка к патопсихологии **нейропсихология**, объектом изучения которой служат заболевания ЦНС (центральной нервной системы), преимущественно локально-очаговые поражения головного мозга.

**Психосоматика** изучает влияние психики на возникновение соматических проявлений.

Патопсихологию следует отличать от психопатологии. Последняя является частью психиатрии и изучает симптомы психического заболевания клиническими методами, используя медицинские понятия: диагноз, этиология, патогенез, симптом, синдром и др. Основной метод психопатологии - клинико-описательный.

На развитие медицинской психологии оказывают существенное влияние следующие медицинские дисциплины: психиатрия, неврология, нейрохирургия, психотерапия, терапия. Это влияние взаимообразно. Близка медицинская психология и к ряду других психологических и педагогических наук - экспериментальной психологии, трудотерапии, олигофренопедагогике, тифлопсихологии, сурдопсихологии и др.

Медицинская психология оказывает значительное влияние на развитие общетеоретических вопросов психологии: соотношение социального и биологического в развитии психики; анализ компонентов, входящих в состав психических процессов; развитие и распад психики; роль личностного компонента в структуре различных форм психической деятельности. Медицинская психология использует знания педагогики, социологии, философии и т.д.

4. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Основными методами медико-психологического исследования являются:

) наблюдение;

) клиническое интервьюирование;

) экспериментально-психологические методы исследования, в том числе - методы оценки эффективности психокоррекционного воздействия.

**1. НАБЛЮДЕНИЕ** - способ работы, при котором медицинский психолог, не вмешиваясь в события, лишь отслеживает их изменение у пациента.

**Невмешательство** исследователя является наиболее важной характеристикой метода. Однако этот принцип определяет как достоинства, так и недостатки метода наблюдения.

**Достоинством наблюдения** является то, что пациент-объект наблюдения, в основном, не ощущает себя таковым (т.е. не знает, что за ним наблюдают) и ведет себя естественно.

**Недостатками наблюдения** являются следующие:

. исследователь в какой-то мере может предвидеть, что в ситуации, которую он наблюдает, могут происходить некоторые изменения, но он не в состоянии их контролировать.

. исследователь по различным причинам не может зафиксировать все изменения ситуации и выделяет те, которые считает для себя наиболее важными.

. исследователь, стремясь найти подтверждение своей гипотезы, может бессознательно игнорировать противоречащие ей факты.

Чтобы избежать подобной субъективности наблюдение проводится не одним, а несколькими специалистами, ведущими независимые протоколы, применяются технические средства (аудио- и видеотехники), составляют специальные шкалы оценки поведения объекта (с обоснованием критериев оценки) и др.

**2. КЛИНИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ** - это метод получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности; о психологических феноменах и психопатологических симптомах и синдромах; о ВКБ (внутренней картине болезни) пациента и структуре его проблемы; а также способ психологического воздействия на человека, производимый непосредственно на основании личного контакта психолога и клиента.

**Цель клинического интервьюирования** - оценка индивидуальных психических особенностей пациента, ранжирование их по качеству, силе и тяжести, отнесение к психологическим феноменам или психопатологическим синдромам.

По длительности первое интервью должно быть не более 50 минут.

**Отличия клинического интервью** от обычного опроса пациента в том, что в ходе его

1. производится выявление скрытых мотивов поведения;

2. оказывается помощь в осознании истинных (внутренних) оснований для изменённого психического состояния;

. осуществляется психологическая поддержка пациента.

**Этапы клинического интервью:**

**1.** Установление «доверительной дистанции» с пациентом.

Нежелательно начинать фразу в начале разговора так: *«Если не секрет, Вы…..»; «Ваше право не говорить мне, но …..»;*

**2.** Выявление жалоб, оценка ВКБ (внутренней картины болезни), структурирование проблемы.

**3.** Оценка желаемого пациентом клинического результата и результата терапии, определение субъективной модели здоровья пациента и предпочтительного психического статуса.

*Здесь уместен вопрос:* *«От чего, из того, что Вы мне рассказали Вам хотелось бы избавиться в первую очередь? Как Вы думаете, чем бы я мог Вам помочь? (таким образом косвенно уточняется приемлимый для пациента способ терапии!).*

**4.** Оценка антиципационных способностей пациента (его возможностей предвидеть ход событий и действовать далее с учётом своих интересов), обсуждение вероятных вариантов исхода заболевания и терапии: антиципационный тренинг.

Клиническое интервью предусматривает выявление интересующих медицинского психолога связей на основе эмпирических данных, полученных в реальном двухстороннем общении с пациентом.

***Принципы клинического интервью:***

1) **однозначность и точность** (формулировок, вопросов). Вопросы ставятся правильно, корректно и точно! *Неправильным вопросом можно считать вопрос: «Испытываете ли Вы на себе психическое воздействие?»;*

2) **доступность** (обращённая к пациенту речь должна быть ему понятной, с учётом его словарного запаса, знаний, профессиональных навыков, культуры);

) **последовательность** (**алгоритмизированность**) заключается в том, что первая группа феноменов и симптомов формируется из жалоб пациента, слов родственников, друзей, наблюдения за ним, вторая группа феноменов и симптомов складывается из опроса о симптомах, которые сочетаются с уже выявленными;

) **проверяемость и адекватность клинического интервью** (получаемой информации). *Например, при якобы имеющихся слуховых галлюцинациях уместен уточняющий вопрос: «Что Вы понимаете под словом «голоса», которые Вы слышите?».*

5) **беспристрастность** (Ни в коем случае нельзя навязывать своё мнение пациенту!).

В процессе клинического интервью возможны следующие **методы воздействия на пациента:**

**интерпретация** (задаёшь новые «рамки», в которых пациент может увидеть ситуацию). Например, при потере работы пациентом можно сказать что сегодня его прежняя работа уже не актуальна, что следует обучиться новой, более престижной профессии и реализовать себя в новом профессиональном качестве.

**- директива** (указание) - говорить то, что он должен сделать. Например, настоятельная рекомендация - Вам следует уехать в санаторий, сменить обстановку.

**- совет** (информация) - пожелание. Например, дать совет о том, что конфликт имеет место угасать со временем. Подождите немного.

**- самораскрытие** - обмен личным опытом и переживаниями. Например, высказывание типа - аналогичный случай был со мной или в моей практике 10 лет назад…

**- обратная связь** - психолог даёт возможность пациенту понять, как он его воспринимает. Желательно общаться в модальности пациента.

**- логическая последовательность** - психолог объясняет пациенту логические следствия его мышления («Если…, то …»).

**- воздействующее резюме** - итог интервью подводится с целью влияния на пациента. Например, в конце беседы психолог даёт своё суждение сложившейся ситуации, которое можно использовать в сочетании с суждением пациента.

**3. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД** исследования в медицинской психологии позволяет исследовать различные звенья психических процессов и состояний.

Многочисленные психодиагностические методики (пробы, тесты, опросники) в большинстве случаев являются многофункциональными, что позволяет изучать с помощью одной методики сразу несколько функций.

**в настоящее время выделяют:**

**) методики качественные** (направленные на выявление качественных закономерностей психической деятельности пациентов);

**2) психометрические методики**(используемые для измерения тех или иных функций).

**Также методики подразделяются на:**

**) вербальные** (использующие преимущественно словесный стимульный материал);

**2) невербальные**.

**Наиболее известными из методик типа функциональных проб являются методики:**

· классификации предметов/понятий;

· исключения предметов/понятий;

· образования простых/сложных аналогий, выделения существенных признаков и т.д.

Позволяя успешно решать круг прикладных психодиагностических задач, методики типа функциональных проб находят широкое применение как в нашей стране, так и за рубежом.

**Опросники -** большая группа методик, задания которых представлены в виде вопросов или утверждений, а задачей испытуемого является самостоятельное сообщение некоторых сведений о себе в виде ответов.

Другим общепризнанным направлением в практической психодиагностике является ***тестовая диагностика***, основателем которой считается американский психолог **Дж. М. Кэттэлл** (1890). По определению Л.Ф. Бурлачука (1989), под тестом в психологической диагностике понимается **стандартизированное**, часто **ограниченное во времени** испытание, предназначенное для установления количественных (и качественных) индивидуально-психологических различий. Таким образом, тест - это одна из разновидностей (стандартизированная) психодиагностических методик, поэтому любой тест является, по сути, методикой, но не всякая методика - тестом.

**Тесты** (анг. *«проба», «испытание», «проверка»*). В тестах используют как*«открытый» ответ* (ответ испытуемый формулирует сам), так и *«закрытый» ответ* (испытуемый выбирает ответ из нескольких, который считает правильным). Тесты в клинической диагностике желательно проводить индивидуально. Они классифицируются по форме, цели и содержанию:

**- по форме:**

· индивидуальные и групповые;

· устные и письменные;

· бланковые и предметные (стимульный материал: предметы, кубики, карточки);

· аппаратурные и компьютерные; вербальные и невербальные (практические).

**- по содержанию (направленности):**

а) тесты на интеллект (ум, знания, полезный опыт);

б) тесты на способности (возможность овладения знаниями, навыками);

в) тесты достижений (контроль навыков после обучения);

г) тесты исследования личности (эмоции, мотивации, интересы, особенности поведения в определённых ситуациях).

**Понятия, принятые в психодиагностике, для характеристики метода:**

**константность** - относительная независимость результатов от экспериментатора;

**- валидность** - свойство, указывающее что тест измеряет и как хорошо;

**- надёжность** - точность измерений;

**- релевантность** - соответствие предоставляемой информации испытуемым цели теста.

**Недостатки тестов:**

1. Меньшая возможность у экспериментатора добиться взаимопонимания, заинтересованности, получить согласие на сотрудничество.

2. Любые случайные состояния (болезнь, утомление, тревожность), влияющие на выполнение задания выявить труднее.

. Выявляется наличный уровень достижений без ориентировки на потенциальные возможности человека.

. Необходимость отказа от статистической нормы при оценке результатов и поиска содержательных критериев (к примеру, уровень тревожности может указывать на возможный переход в генерализованное тревожное расстройство).

. Отсутствие возможности корректировки результатов теста после его завершения.

. Тесты исследования личности - не что иное, как посягательство на «тайну» личности.

**Преимущества тестов:**

1. Короткие сроки исследования.

2. Возможность сравнения данных с течением времени (рекомендуется в интервале от нескольких месяцев до полугода).

. Массовость обследования.

. Не требуют высокой квалификации экспериментатора.

. Единообразие условий проведения.

. Лёгкость и быстрота сбора данных.

. Более объективный характер обработки (компьютерная).

**Проективная техника** - это глобальная оценка личности, а не выявление отдельных черт. Используют неопределённые стимулы: например, исследуемый интерпретирует рисунки, истолковывает неопределённые очертания, дополняет предложения. Особенности личности испытуемого , как полагают, проецируются на ответы.

**Психофизиологические методики** - это методики экспериментально-психологической направленности, включающие диагностику природных особенностей человека, характерных свойств функционирования его нервной системы.

5. НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И СИСТЕМАТИКА БОЛЕЗНЕЙ

Любая болезнь распознается на основании объективных признаков ее (симптомов), которые в структуре каждой отдельной формы болезни объединяются в комплекс симптомов (синдромы).

**В медицинской практике, литературе все болезни, можно сказать, условно делят на соматические, нервные и психические болезни.**

**. Соматические** - внутренние болезни. Болезни при которых патологические изменения обнаруживают органы и системы человеческого тела.

**2. Нервные болезни**. В XIX в. «нервные болезни» были выделены из «внутренних болезней» в самостоятельную группу. Главным условием для этого послужили особенности форм патологии. В отличие от соматических, по преимуществу органных форм патологии, нервные болезни в своем большинстве имеют характер системных. При этом имеют в виду повреждение или нарушение тех или иных морфофункциональных систем, составляющих единую нервную систему человека.

Нервные болезни являются болезнями нервной системы и мозга. Мозга спинного, продолговатого, головного, включая все его образования. Нервные болезни также объединяют формы патологии с различной этиологией. Этиология может быть инфекционной, вирусной, дегенеративной, сосудистой и др.

**3. Психические болезни**. отличие психических болезней и состоит в преимущественном расстройстве специфически человеческих, субъективных, рассудочных форм деятельности человека. Они находят выражение в изменениях продуктивности целенаправленной деятельности человека, изменениях полноты, последовательности и адекватности психомоторики, содержания мимики, пантомимической выразительности, а также в неадекватных оценках окружающего и изменений, происходящих в самом себе. Кроме того, это находит выражение в субъективном переживании утраты былого самочувствия и смены его новыми состояниями. Все эти расстройства имеют в своей основе сложные биологические - физиологические изменения, которые в деталях медицинской наукой изучены еще недостаточно.

**В целом психические болезни представлены:** а) формами «большой психиатрии» - психозами и б) формами «малой психиатрии», или «пограничными нервно-психическими расстройствами» - аномальными реакциями, неврозами, аномальными развитиями и психопатиями.

6. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ ВЗАИМОВЛИЯНИЯ И БОЛЕЗНЬ

**«Психосоматические расстройства** - расстройства функций органов и систем, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов», которая дана для определения психогенно обусловленных состояний.

**Психосоматические взаимовлияния**, так же как психосоматические болезни,представляют собой объективную реальность.

**Портер** с сотрудниками проследил роль «психического напряжения» в опыте на обезьянах. Их попарно закрепляли в креслах с таким расчетом, чтобы «активная» обезьяна из каждой пары нажимала на специальный рычаг, что позволяло ей устранять повторяющийся электрический разряд, который одновременно раздражал как ее собственную ступню, так и ступню напарницы. Опыт продолжался круглосуточно по 6 часов с паузой такой же продолжительности.

**«Активная» обезьяна** быстро адаптировалась к условиям опыта и в результате умело избегала действия электрического разряда, своевременно нажимая на рычаг. В связи с этим, однако, в ее нервной деятельности нарастало и удерживалось сильное напряжение.

В то же время у **«пассивного» напарника** признаков такого напряжения установить не удалось.

Непрерывный трехнедельный эксперимент привел к тому, что у двух «активных» обезьян возникла язва двенадцатиперстной кишки, которая в одном случае подверглась прободению, что привело к смерти. У их партнеров по парам никакой патологии не было выявлено.

Современные физиологические исследования и наблюдения на людях позволяют детально проследить некоторые *формы психосоматических влияний*, которые, в частности, были широко обсуждены на симпозиуме по проблеме «Общество, стресс и болезнь», проведенном ВОЗ в 1970 г. в Стокгольме.

Сложные жизненные ситуации и соответствующие им переживания человека могут существенно изменять *функцию желудка*. Страх, массивные психические потрясения, депрессивные переживания приводят к его гипофункции; наоборот,

Особенно быстро и тонко реагирует на конфликтные ситуации ***толстый кишечник***. Давно известная в простонародье «медвежья болезнь» - понос в острых, жизненно опасных обстоятельствах - получает в настоящее время научное объяснение. В состояниях острого страха и при конфликтах происходит чрезмерное усиление двигательной активности кишки, нижний участок ее приобретает форму короткой, узкой плотной трубки. В связи с этим ограничивается всасывание воды из кишечника, а переполнение его жидким содержимым вызывает позывы на опорожнение. В итоге - *понос*.

При длительном стойком снижении настроения (например, при депрессии) чрезмерное всасывание воды приводит к снижению двигательной активности кишки, обезвоживанию ее содержимого и как следствие - к запорам. Еще в начале 20-х годов на основании клинических наблюдений на это указывал советский психиатр ***В.П. Протопопов.***

В опытах на собаках была установлена зависимость изменений функции ***почек***, в частности мочеотделения, от состояния «психического напряжения» животных.

Не менее убедительны значительные нарушения ***обмена веществ***, особенно секреции адреналина, и связанные с этим изменения обмена тирозина и его производных, имеющие то преходящий, то резко выраженный стойкий характер.

В результате новых исследований удалось установить ***связь между особенностями характера, типами личностного реагирования и метаболизмом биологически активных веществ*** - иными словами, между явлениями психическими и соматическими, идеальными и обеспечивающими их материальными, социальными и биологическими, как у практически здоровых лиц, так и при нервно-психических расстройствах. Ситуация психического напряжения вызывает нарушение метаболизма.

**Психосоматические взаимовлияния** иногда властно преображают привычную деятельность человека, вступая в противоборство даже с ***инстинктом самосохранения***. Приведём несколько примеров:

*Французский врач* ***Лобри*** *описал крупного военачальника, который повел в атаку часть и в это время у него неожиданно наступил приступ сердечной боли. Несмотря на прямую опасность погибнуть от пули и снарядов противника под шквальным обстрелом, он остановился и застыл, пока не прошел приступ и боль не отступила.*

***Сила творческого воображения*** настолько велика, что может приводить к сложнейшим телесным изменениям, отчетливо фиксируемым и точно идентифицируемым воображением человека. Известно, как французский писатель ***Флобер*** в пылу творческого вдохновения, охваченный описанием отравления героини своего романа мышьяком, так ярко вообразил появление признаков отравления, что многие из них возникли у него самого.

Таким образом, эти факты не только убедительно подтверждают существование психосоматических и соматопсихических влияний, но и приближают нас к познанию сложных закономерностей, лежащих в их основе.

7. СТРЕСС И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Психологические травмы и их последствия тесно связаны с таким понятием как «стресс».

**Стресс** (перевод с анг. - давление, нажим, напряжение).

Согласно определению канадского учёного-физиолога **Г. Селье,** который открыл явление стресса и ввел это слово-понятие в научный обиход (потом оно стало бытовым), **стресс - это неспецифический ответ организма на специфический стимул.**

**Неспецифический** - это значит, что каждое предъявленное организму требование своеобразно или специфично. Так бывает в жизни, когда казалось бы не связанные *«специфические»* вещи обладают *неспецифическим* свойством. Например, человек, стол, дерево - весом. Вес выступает как неспецифическое свойство для специфических предметов, имеющих разную форму, температуру, цвет.

**Стрессовые реакции, по мнению Г. Селье**, присущи низшим животным, которые не имеют нервной системы. Переживают стресс и растения. Более того, в хирургии хорошо известен *стресс наркоза*, который приводит к нежелательным отключениям сознания больного.

**СТРЕСС - это комплекс физиологических реакций, возникающих в организме в ответ на воздействие различных неблагоприятных факторов («стрессоров»).**

Это ответ организма (другой живой системы, ткани) на предъявленное к нему требование. Цель - приспособиться к изменившимся условиям. Г. Селье называет приспособляемость «главной отличительной чертой жизни». Стресс - это наш ответ на жизнь.

**Стресс отличается**

· длительностью,

· устойчивостью

· разнообразием источников происхождения.

С точки зрения стрессовой ситуации не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись. Главное в ней - это интенсивная потребность в перестройке или адаптации. Требуется адаптация женщине, которой сообщили неприятное известие об ее муже, студенту, получившему неудовлетворительную оценку за экзамен.

Любая стрессовая ситуация имеет определенную **последовательность:**

· начало,

· кульминация и

· развязка.

На состояние здоровья оказывает влияние последняя стадия - пост-стресс, когда происходит адаптация организма к случившемуся. Продолжительность этой стадии зависит от особенностей человека. Когда эта стадия затягивается, может произойти истощение организма, со всеми последствиями. Главное не задерживаться в пост-стрессе.

Неспецифичность реагирования проявляется в том, что там, где действует стрессор (фактор, его вызывающий), начинает наблюдаться общий адаптационный синдром (ОАС), который включает в себя следующие фазы:

**1) тревоги** (возбуждается симпатическая нервная система);

**2) сопротивления** (организм мобилизует свои ресурсы, чтобы преодолеть стрессовую ситуацию. Если сопротивление оказывается успешным, то организм возвращается к нормальному состоянию. Если стрессор продолжает действовать, то ресурсы организма могут истощаться.);

**3) истощения** (истощение принимает форму нервного срыва. Иногда это приводит к психическому заболеванию).

Каждая болезнь сопровождается этими фазами. Существуют различия только в степени выраженности фаз ОАС.

Стресс, являясь адаптационной реакцией, имеет свои **плюсы и минусы**. Он дает возможность сопротивляться и мозгу и телу человека в виде такой реакции, которая открывает новые возможности адаптации к условиям жизни.

**Уровень физиологического стресса наиболее низок в минуты равнодушия, но все равно никогда не равен нулю**. Даже в состоянии полного расслабления во сне, по мнению Г. Селъе, человек испытывает стресс: его сердце перекачивает кровь, кишечник переваривает ужин, а дыхательные мышцы обеспечивают движение грудной клетки, даже мозг не отдыхает полностью - каждый из нас видит сны.

**Причины стрессового напряжения (в свободной интерпретации по Буту):**

1. Гораздо чаще вам приходится делать не то, что хотелось бы, а то, что входит в ваши обязанности.

. Вам постоянно не хватает времени - не успеваете ничего сделать.

. Вас постоянно что-то или кто-то подгоняет, вы постоянно куда-то спешите.

. Вам начинает казаться, что все окружающие зажаты в тисках какого-то внутреннего напряжения.

. Вам постоянно хочется спать - никак не можете выспаться.

. Вы видите чересчур много снов, особенно когда устали за день.

. Вы очень много курите.

. Потребляете алкоголя больше, чем обычно.

. Вам почти ничего не нравится.

. Дома, в семье у вас постоянные конфликты.

. Постоянно ощущаете неудовлетворенность жизнью.

. Влезаете в долги, даже не зная, как с ними расплатиться.

. У вас появляется комплекс неполноценности.

. Вам не с кем поговорить о своих проблемах, да и нет особого желания.

. Вы не чувствуете уважения к себе - ни дома, ни на работе.

**Признаки стрессового напряжения (в свободной интерпретации по Шефферу):**

1. Невозможность сосредоточиться на чем-либо.

. Слишком частые ошибки в работе.

. Ухудшение памяти.

. Слишком частое возникновение чувства усталости.

. Очень быстрая речь.

. Довольно частые боли (голова, спина, область желудка).

. Повышенная возбудимость.

. Работа не доставляет прежней радости.

. Потеря чувства юмора.

. Резко выросшее количество выкуриваемых сигарет.

. Пристрастие к алкогольным напиткам.

. Постоянное ощущение недоедания.

. Пропадает аппетит - вообще потерян вкус к еде.

. Невозможность вовремя закончить работу.

Стрессовые ситуации, травмируя психику, могут приводить к развитию диссоциативных (конверсионных) расстройств, наиболее типичным заболеванием из которых, является истерия.

Стресс наносит сильный вред здоровью, человек подвержен частым простудным заболеваниям, обостряются хронические заболевания. Длительное влияние стресса способствует появлению депрессивных расстройств.

8. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

**Здоровье** представляет собой состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (1968 г.).

**Внутренняя картина здоровья** **(ВКЗ*)* -** это целостное представление человека о своём здоровье. Это ощущение возможности автономного существования, своей силы - тела и духа.

**Выделяют 3 вида здоровья**:

**1. физическое,**

**2. психическое и**

**. духовное.**

**ВКЗ включат 3 уровня отражения здоровья:**

**.Интеллектуальный компонент** - предполагает представление о состоянии здоровья. Зависит от возраста и интеллекта.

**2.Эмоциональный компонент** - связан с различными видами эмоционального реагирования на здоровье. Определяется индивидуально-психологическими характеристиками, особенностями эмоционального реагирования на различные жизненные ситуации.

**3. Поведенческий уровень** - связан с актуализацией деятельности по сохранению здоровья. Это более высокий уровень отношения к здоровью.

**На формирование ВКЗ влияют:**

1. Индивидуальные психические особенности личности (характер, темперамент);

. Возраст;

. Особенности эмоционально-волевой деятельности;

. Отношение к себе;

. Взаимоотношение с другими людьми;

. Отношение к деятельности;

. Социально-исторические, экономические и бытовые условия;

**Внутренняя картина болезни (ВКБ).**

**ВКБ** - это субъективное отношение пациента к собственному заболеванию (понятие ввели А.Р. Лурия и А. Гольдшейдер).

**ВКБ** - это восприятие человеком самого себя как страдающего, как требующего участия другого человека - лечащего.

**Аутопатология**. - Болезнь понимается как реализация в определенных жизненных условиях специфического личностного профиля человека, который является индивидуальным для каждого человека, определяется его конституцией, наследственностью.

Люди, которые чувствуют источник силы внутри себя, болеют реже, чем те, кто видит источник силы в других людях. При формировании ВКБ болезнь *«диктует свои, часто трагические, условия»***,** что может приводитьдаже кизменениям структуры личности. ВКБ связана с системой ценностей личности пациента. Для больного болезнь всегда имеет не клинический, а личностный смысл.

**Основу ВКБ** составляют интеллектуальная интерпретация пациентом диагноза заболевания, когнитивная оценка его тяжести и прогноза с формированием на этой основе эмоционального и поведенческого типа реагирования.

**Уровни ВКБ (по Н.Н. Николаевой):**

· **чувственный уровень** - уровень ощущений;

· **эмоциональный** - связан с различными видами реагирования на симптомы, заболевание в целом и его последствия (в 1972 году В.В. Ковалёв выделил 6 типов переживания болезни: депрессивный, дистимический, ипохондрический, фобический, истероидный, эйфорически-анозогнозический);

· **интеллектуальный** (когнитивный) - собственная концепция больного по отношению к заболеванию (размышлениями о его причинах и возможных последствиях, прогнозе);

· **мотивационный** - изменение поведения и образа жизни в условиях болезни, актуализация деятельности по возвращению и сохранению внутренней картины здоровья.

Между этими компонентами возможны разные соотношения. Главное - преодолеть возникший диссонанс, вызванный болезнью в организме. Переживание болезни направлено на восстановление внутреннего мира, нарушенного болезнью

**ВКБ обуславливают факторы:**

1**. Характер заболевания:**

Определяет отношение и поведение к болезни.

А) Наличие или отсутствие боли;

Б) Наличие или отсутствие косметических дефектов;

В) Наличие или отсутствие ограничения подвижности;

Г) требуемое лечение;

**2. Обстоятельства, в которых протекает болезнь:**

А) Проблемы и ожидание (что будет с семьей (мать); кто будет приносить деньги (отец); что будет с домашним животным (бабушка); проблема с выбором больницы);

Б) Где протекает болезнь (стационар - дом);

В) Кто виновен в болезни:

Самообвинение;

Обвинение других;

Обвинение обстоятельств;

**3. Особенности личности до заболевания:**

А) возраст (чем моложе больной, тем более выражен чувственный компонент; в зрелом возрасте - опасения, связанные с последствиями; в пожилом возрасте - страх смерти, страх одиночества);

Б) Пороги чувствительности;

В) эмоциональная реактивность

Своеобразная окраска страха, жалости к себе, колебание надежд и безнадежности.

Г) Особенности характера и жизненные ценности;

Д) Тип отношения к болезни;

**4. Социальное положение больного;**

9. ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ПАЦИЕНТА

**Современный пациент** достаточно образован, часто имеет собственное представление об организме и его функциях, понимание своей болезни и поэтому склонен к самолечению. К медицине относится скептически, к врачам - с недоверием. Охотно пользуется всевозможными «народными», «магическими» и прочими методами лечения.

Речь идет о его некоторых **особенностях, выходящих за рамки какой-то одной определенной болезни.**

**. множественность болезней**. Старение населения неизбежно сопровождается прогрессирующим ростом количества хронических болезней.

**2. наличие у него в той или иной мере выраженных расстройств центральной нервной системы**. Растет количество людей, страдающих депрессией, неврозами. Над современным человеком довлеют неуверенность в завтрашнем дне и конкуренция, тяготят стрессы на работе, гнетет семейная дисгармония и т.п. Различные расстройства нервной системы стали медико-социальной проблемой нового века. Показательно, что во многих странах лечение пациентов не начинается без профессиональных рекомендаций медицинского психолога.

**3. аллергизация.** Причины этого явления очевидны, но практически неустранимы. Это, прежде всего, химические вещества, применяемые в быту, а также лекарства, в особенности используемые бесконтрольно.

**4. Пониженный иммунитет,** различные медикаменты и ряд других факторов привели к тому, что для сегодняшнего больного типично наличие хронических очагов инфекции, чаще в зубах, миндалинах, околоносовых пазухах.

**5. нередкое сочетание всех факторов,** о которых говорилось выше. Они сплетаются в клубок жалоб, ощущений, симптомов, обуславливают утрату болезнями своего классического лица, увеличивая трудности в распознавании и диагностике заболеваний.

Теперь о некоторых **психологических особенностях** сегодняшнего пациента.

В массе своей пациент образован и имеет доступ к самым разнообразным источникам информации. При этом он ищет в них сведения не о здоровье, а о болезнях. Пока человек здоров, медицина не вызывает у него особого интереса. Однако когда обстоятельства заставляют обратить внимание на свое здоровье, интерес современного человека немедленно фокусируется на методиках и последних достижениях медицинской науки.

. ЭТАПЫ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА НА БОЛЕЗНЬ

Разными авторами выделено большое число вариантов психологического и патологического реагирования личности на болезнь. **типы личностного реагирования на болезнь:**

· адекватная (гармоничная) реакция;

· преувеличение тяжести заболевания;

· недооценка тяжести заболевания, включая отрицание факта болезни (анозогнозию);

· осознанное искажение оценки болезни (аггравация, симуляция, диссимуляция).

**3 этапа формирования личностной реакции на болезнь** Сенсологический, оценочный и отношения к болезни.

**Сенсологический этап**

возникают неясные неприятные ощущения различной степени выраженности с неопределенной локализацией. Являясь ранними симптомами угрозы заболевания, они вызывают состояние, обозначаемое как **дискомфорт**.

Кроме неопределенных диффузных субъективных ощущений дискомфорта, возможен локальный дискомфорт, например, в области сердца, желудке, печени и т.д. Дискомфорт - ранний психологический признак морфофункциональных изменений. Он может перерасти в болевые ощущения.

**Боль** может иметь положительное и отрицательное значение. В положительном смысле боль рассматривается как важный и действенный сигнал опасности для организма (хирурги при «остром животе» не снимают боль до окончания обследования).

**компоненты:**

1) *дискомфортный компонент* (ощущение дискомфорта);

) *алгический компонент* (переживание боли);

) *дефицитарный компонент* (переживания чувств собственной неполноценности, ограничение своих возможностей).

**Оценочный этап**

Этот этап является результатом интрапсихологической переработки сенсологических данных.

Именно на этом этапе складывается **«внутренняя картина болезни»**.

Страх и беспокойство по поводу болезни, которая не представляет опасности с одной стороны и оптимизм и уверенность больного на наиболее опасной стадии инфаркта миокарда или эйфория, предшествующая смерти, говорят об этом.

Поэтому врачу (провизору в роли врача-парапрофессионала) нужно уметь соразмерять и согласовывать внутреннюю картину болезни с объективным состоянием пациента (клиента).

*Внутренняя картина болезни* **-** внутренний мир больного все, что испытывает и переживает больной, его представления и ощущения о болезни и ее причинах.

**Оценочный этап имеет следующую структуру:**

) витальный компонент (биологический уровень);

) общественно-профессиональный компонент;

) этический компонент;

) эстетический компонент;

) компонент, связанный с интимной жизнью.

**Этап отношения к болезни**

На этом этапе отношения к болезни проявляются у больного в виде переживаний, высказываний, действий, а также общего рисунка поведения, связанного с заболеванием. Основным критерием этапа является признание или отрицание болезни.

**1. *^ Премедицинская фаза***- характеризуется подозрением о возможном заболевании, сомнениями относительно необходимости обращаться к врачу, обвинениями себя в излишнем внимании к мелочам, страхом перед неизвестностью, боязнью того, что болезнь окажется действительно опасной. Попытки успокоить себя приемом седативных средств, обезболивающих и алкоголя, активное использование психологических защит оттягивают обращение к врачу и по существу увеличивают внутреннюю тревогу.

***2. Острая манифестация болезни*** *-* часто становится причиной неотложной госпитализации. Резкая боль, нарушение жизненно важных функций не оставляют сомнения в тяжести болезни. Страх и растерянность в этом случае поддерживаются тем, что врачи еще не имеют достаточной информации, чтобы точно определить свою тактику, они часто ограничиваются неопределенными замечаниями: «Получим результаты обследования - тогда скажем». Поступки пациента в этот период нередко бывают неосторожными и нелогичными. Так, больной с инфарктом миокарда начинает бегать по квартире, чтобы найти свой страховой полис.

***3. Период активной адаптации*** наступает не позднее чем на 5-й день лечения, он связан с купированием наиболее опасных проявлений болезни: исчезновение острой боли, восстановлением дыхания, исчезновением перебоев в работе сердца, снижением температуры и пр. Выраженное улучшение самочувствия вселяет в пациента надежду, не всегда обоснованную. Он начинает проявлять беспечность и излишнюю воодушевленность. Порой он забывает принимать антибиотики («Ведь температуры больше нет …»), пытается раньше времени начать проявлять активность (не соблюдает диету и постельный режим, пытается пользоваться сломанной конечностью).

**4.** Если заболевание продолжается достаточно долго, нередко приходится видеть признаки ***психической декомпенсации*.** На этом этапе пациент понимает, что успех, достигнутый в первые дни лечения, был неполным, а все последующие усилия не привели к окончательному восстановлению здоровья.

**5. При неизлечимых заболеваниях нередко наблюдаются *этап пассивной адаптации (капитуляции)***. Этот этап характеризуется лотереей надежды на выздоровление, снижением интереса к лечебным и реабилитационным мероприятиям. Больной привыкает быть больным и не стремится к здоровой жизни, потому что не верит в ее возможность. Этому соответствует ситуация «вращающихся дверей», когда пациент стремится вернуться в стационар уже через несколько дней после выписки. Основными его переживаниями становятся пессимизм и тоска (депрессия).

11. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТИПЫ РЕАКЦИИ ПАЦИЕНТА НА БОЛЕЗНЬ

Разными авторами выделено большое число вариантов психологического и патологического реагирования личности на болезнь. **типы личностного реагирования на болезнь:**

· адекватная (гармоничная) реакция;

· преувеличение тяжести заболевания;

· недооценка тяжести заболевания, включая отрицание факта болезни (анозогнозию);

· осознанное искажение оценки болезни (аггравация, симуляция, диссимуляция).

Такие формы реагирования как бы абсолютно неадекватны и самому раздражителю, то есть соматической болезни, и складывающейся в результате заболевания ситуации.

Если при нормальном типе реагирования на болезнь лечащему врачу удается без большого труда откорректировать возникшие у больного неправильные представления и его поведение, то этого не скажешь в отношении патологических форм реакций.

Чаще всего встречаются указания на **депрессивные**, **фобические, истерические**, **ипохондрические** (от греческих слов «фобос» - страх, «гипохондрион» - подреберье; в древности возникновение такого типа болезненных состояний связывали с расстройствами в подреберье) и **анозогнозические** типы реагирования.

При **депрессивной реакции** на первый план выступают тревога, угнетенность, резко сниженный фон настроения больного, переоценка им значимости всех симптомов болезни, иной раз чувство отчаяния, безнадежности, крушения жизненных планов.

**Фобические реакции** характеризуются наличием на первом плане чувству страха. Страхи бывают настолько навязчивыми, что больные, даже понимая их абсурдность или недостаточную обоснованность, тем не менее не могут избавиться от них. Чаще всего это вполне конкретные страхи. Например, страх смерти, возникнув впервые во время приступа стенокардии, затем как бы отъединяется от самих приступов, становится самостоятельным, возникая у больного уже словно и без всякого повода.

Часты так называемые **нозофобии**, то есть страх перед возможностью совершенно определенных форм соматических заболеваний. В настоящее время наиболее часто встречаются кардиофобии и канцерофобии. Кардиофобия, то есть страх заболеть тяжелым сердечным заболеванием, в частности инфарктом миокарда, может возникнуть у совсем молодых людей, у которых наблюдались боли в сердце отнюдь не органического, а невротического характера

**Истерический тип** реагирования характеризуется определенной театральностью, «игрой» в поведении больного. Он с удовольствием, красочно расписывает любые свои ощущения, значительно преувеличивает их, стараясь вызвать сочувствие у окружающих. Тут и искусственные слезы, и нарочито глубокие вздохи и т. п.

Что касается **ипохондрических реакций**, то они чаще всего наблюдаются при нетяжелых, но затяжных соматических заболеваниях. Именно затяжной тип течения болезни ведет к постепенному истощению нервной системы, к формированию неправильных представлений о характере заболевания, к неверию в выздоровление, да и в диагноз, который сообщается больному врачом.

**Анозогнозия** характеризуется совершенно противоположными явлениями: несмотря на довольно серьезную болезнь, больной или полностью отрицает ее наличие, или пренебрежительно, благодушно относится к ее проявлениям. Такие больные зачастую сами не обращаются к врачу, считая имеющиеся у них довольно грозные симптомы пустяками: «Подумаешь, очень похудел - так это потому, что много работал».

Отношение к заболеванию содержит (по Л.И. Вассерману) **когнитивный** (знание о болезни, понимание её роли, прогноз заболевания), **эмоциональный** (переживание болезни и всей ситуации) и **поведенческий** (стратегия поведения) компоненты.

Психологи выделяют **11** **типов реагирования на заболевание** (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов), которые условно разделяются на **3** блока:

I - **Социальная адаптация существенно не нарушена** (гармоничный, эргопатический, анозогнозический).

II - **Психическая дезадаптация** (интрапсихическая направленность) - тревожный, ипонондрический, невростенический, апатический). Характерны уход от борьбы, капитуляция перед заболеванием.

III - **Психическая дезадаптация** (интерпсихическая направленность) - сенситивный, эгоцентрический, паронояльный, эйфорический.

) **Гармоничный тип** - трезвая оценка заболевания, содействие успеху лечения, при неблагоприятном прогнозе - переключение интересов на другие области жизни, родственников, реализм, активность человека, нежелание заболевшего обременять других тяготами ухода за собой. В противовес принципу: «Сдаю организм как аппарат, машину, вещь в ремонт и пассивно ожидаю возврата вещи как новенькой».

) **Эргопатический тип** - «Уход от болезни в работу».

) **Анозогнозический тип** - отбрасывание мыслей о заболевании, его последствиях. Отрицание заболевания, отказ от обследования и лечения (например, алкоголизм).

) **Тревожный тип** - наиболее типичный, проявляется беспокойством, интересом к анализам и заключениям специалистов.

) **Ипохондрический тип** - отличает сосредоточение на субъективных, неприятных ощущениях, их детализация.

) **Невростенический тип** - поведение по типу раздражительной слабости, характерны вспышки гнева, которые чередуются со слезами, капризностью, требовательностью. Возможен обсессивно-фобический вариант - мнительность, вера в ритуалы, навязчивые мысли, опасения (например, расценка шансов своего излечения в зависимости от того, в каком порядке войдут в его палату врач и медсестра).

) **Апатический тип** - полное безразличие к своей судьбе и исходу заболевания.

) **Сенситивный тип** - чрезмерная озабоченность неблагоприятным впечатлением, которое может произвести на окружающих информация о болезни. Существенна не болезнь, а реакция на информацию о ней. Эти пациенты скромны по отношению к своему здоровью. Типично высказывание: «Зачем отвлекать медперсонал по пустякам».

) **Эгоцентрический тип** (он же истерический) - уход, «бегство» в болезнь. Выставление на показ своих страданий, желание полностью владеть вниманием родственников. Требование к ним об исключительной заботе.

) **Паронояльный тип** - пациенты считают, что заболевание - это результат чьего-то злого умысла. Характерна подозрительность к лекарствам и процедурам.

) **Эйфорический тип** - отличает повышенное, наигранное настроение. Пренебрежение болезнью и лечением.

12. ПОНЯТИЕ ПСИХОТЕРАПИИ

**Психотерапия (ПТ) - вид психологического воздействия (помощи) на пациента с целью устранения болезненных проявлений.** Это уже сфера медицинской деятельности:

сочетает психологические знания в отношении показаний и противопоказаний;

накладывает ответственность за неквалифицированное использование методов и способов ПТ (в том числе и уголовную).

Традиционно выделяют 3 подхода к ПТ: **психодинамический, поведенческий и феноменологический.** Цель ПТ в узком смысле слова - исцеление пациента от болезненных проявлений. Выбор методики определяется субъективными и объективными факторами. Из объективных выделяют:

· характер психопатологического (болезненного) синдрома;

· этиопатогенез (причину, развитие) психических расстройств;

· индивидуально-психологические особенности пациента.

Из субъективных выделяют: индивидуально-психологические особенности психотерапевта; широту его знаний и навыков; ситуационные моменты (наличие времени, места для ПТ). Ориентировка идёт на проявления болезни, эффективность при них отдельных методик, личного опыта психотерапевта.

В психотерапии существует понятие **«психотерапевтических отношения».** Они относятся к разряду «близких» отношений. От других отношений психотерапевтические отношения отличают следующие моменты: *время;цель;служба;деньги.*

Время психотерапевтических отношений заведомо задано. Как только работа будет выполнена, психотерапевт и клиент расстаются. Кроме того, обычно принято, что время отдельной психотерапевтической встречи также задаётся заранее.

В самом начале психотерапии врач должен знать цель, с которой обратился клиент. Терапия заканчивается, когда психотерапевт и клиент согласны, что эта цель достигнута. Цели в процессе психотерапии могут меняться, и это проговаривается.

*Служба* - исходит из того, что во время психотерапев процесса врач «служит» целям клиента. Клиент определяет цели, а мы даём некоторые гарантии, что эти цели будут достигнуты (если эта работа входит в нашу компетенцию). Во время психотерапии психотерапевт акцентирует своё внимание на проблемах клиента.

*Деньги* - указывает на факт, что психотер. отношения - это отношения за деньги. Деньги - это гарантия того, что психотерапевт будет достаточно внимателен к проблемам клиента. Цена должна быть достаточной, чтобы психотерапевт был заинтересован в работе с проблемами клиента. Она не должна быть слишком высокой, чтобы чрезмерно напрягать психотерапевта выполнять нереальные цели. Психотерапевт не должен чувствовать, что должен «отдаться» клиенту полностью.

Деньги стимулируют клиента выносить для психотер. работы важные проблемы, а не просто болтать о незначительных вещах. Работа за деньги - это гарантия, что клиент не должен быть с психотерапевтом «хорошим мальчиком или девочкой». Он не обязан его любить. Т.е. оплата гарантирует, что врач можем работать не только с положительными переживаниями, но и со злостью, агрессией, другими различными «запретными» чувствами, в том числе по отношению к психотерапевту.

13. ОБЩАЯ И ЧАСТНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

**Психотерапия** (от греч. psyche - душа и therapeia - лечение), система психических воздействий, направленных на лечение больного.

**Цель психотерапии** - устранить болезненные отклонения, изменить отношение больного к себе, своему состоянию и окружающей среде.

Теоретическое обоснование и практическая разработка специальных методов психотерапии связаны с деятельностью Ж.М. Шарко, В.М. Бехтерева и многие др.

Определенное влияние на развитие психотерапии оказал метод психоанализа, усиливший внимание к миру внутренних человеческих переживаний, к той роли, которую они играют в происхождении и развитии болезней; однако фрейдизму (а ранее - в 1-й половине19 в. - школе "психиков" рассматривавшей психические болезни как результат "гнета греха") присущ иррациональный подход к пониманию природы психических заболеваний.

психотерапия в СССР основывается на данных медицинской психологии и физиологии высшей нервной деятельности, клинико-экспериментальном методе исследования.

**Различают общую и частную, или специальную, психотерпию.**

**Под общей психотерапией** понимают комплекс психологических воздействий, укрепляющих силы больного в борьбе с заболеванием (взаимоотношения врача и больного, оптимальный психологический климат в учреждении, исключающий психическую травматизацию и ятрогенные заболевания, предупреждение и своевременное устранение вторичных невротических наслоений, которые могут вызываться основным заболеванием).

Общая Психотерапия - необходимый компонент лечебного процесса при всех формах заболеваний.

**Частная Психотерапия** - метод лечения больных с так называемыми пограничными формами нервно-психических расстройств (неврозы, психопатии и др.), использующий специальные способы психотерапевтического воздействия:

рациональную (разъясняющую) психотерапию,

внушение в состоянии бодрствования и в гипнозе, отвлекающую психотерапию,

аутогенную тренировку, коллективную психотерапию и др. (в сочетании с медикаментозным и др. методами лечения).

Психотерапия неосуществима без положительного эмоционального контакта с больным.

**Специальная, или частная, психотерапия** применяется в клинике таких заболеваний, при которых психические методы лечения выступают на первое место и составляют то основное лечение, которым пользуется врач.

С этой целью используются различные методики психотерапии. Б.Д. Карвасарский подразделяет психотерапию на:

) методы личностно-ориентированной психотерапии;

) методы суггестивной психотерапии;

) методы поведенческой (условно-рефлекторной) психотерапии.

Принято рассматривать психотерапию как симптомо-ориентированную и личностно-ориентированную. К первой традиционно относят гипнотерапию, аутогенную тренировку, различные виды внушения и самовнушения и др. Психотерапия, ориентированная на значительные личностные изменения, базируется на основных течениях современной психологии, и соответственно этому выделяются динамическое, поведенческое и гуманистическое направления.

Выбор конкретного метода психотерапии, постановка и реализация психотерапевтических целей и задач в случае медицинской ее модели определяются взаимовлиянием конкретных клинических показателей больного и болезни, особенностями его личности и других психологических характеристик, а также уровнем социально-психологической адаптации пациента, и структурно-организационной формой проведения психотерапии.

14. ВАРИАНТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА БОЛЬНОГО

1. Суггестивные (гипноз и другие формы внушения).

2. Психодинамические (психоаналитические).

. Поведенческие.

. Феноменологически-гуманистические (гештальт-терапия).

. Психосинтез.

**Суггестивные методы** - это прямое или косвенное внушение с целью создания у человека определённого состояния или побуждения к определённым действиям. Изменяется сознание и создаётся настрой для восприятия слов психотерапевта. Человек должен быть внушаем и гипнабилен.

**Внушаемость** - это способность некритично (без участия воли) воспринимать получаемую информацию и легко поддаваться убеждению.

**Гипнабельность** - это психофизиологическая способность легко и беспрепятственно входить в гипнотическое состояние (поддаваться гипнозу) с формированием переходных состояний между сном и бодрствованием.

**Выделяют 3 стадии гипноза**:

***1. Летаргическая*** (сонливость).

***2. Каталептическая*** (признаки каталепсии - «восковидной гибкости», ступора (обездвиженности), мутизма).

***3. Сомнамбулическая*** (полн. отрешённость от реальности, снохождение).

Гипнотерапия хороша при истерии, диссоциативных (конверсионных) и личностных расстройствах. Внушение может производиться другим лицом (гетеросуггестия), в виде самовнушения (аутосуггестия).

**Психодинамические методы.** Исходит из бессознательного механизма формирования психопатологической симптоматики. Направлена на перевод бессознательных влечений в сознание человека, их переработку и отреагирование.

Основная методика в классическом психоанализе - **метод свободных ассоциаций, реакции переноса и сопротивления** (человек продуцирует мысли из воспоминаний детства без критики и анализа, а психотерапевт сортирует их, стараясь выявить вытесненные детские переживания. Затем от пациента требуется отреагирование этих переживаний с целью избавления от их негативного влияния на псих. деятельность. Сходен анализ сновидений, ошибочных действий (описок) за которыми стоят символически обозначенные проблемы, вытесненные из сознания.

Основное показание для этого метода - **анализируемость** пациента, зависящая от личных особенностей, желания потратить время, возможность снять контроль над своими мыслями и чувствами. Нельзя проводить истерическим личностям.

**Поведенческая психотерапия** - это научение, это тренинг.

**Когнитивная терапия** - справедливее отнести к методам консультирования, чем к терапии. Так как личностная позиция формируется в большей степени методом диалога и партнёрства между пациентом и терапевтом.

**Феноменологически-гуманистические методы** - гештальт-терапия (близка к консультированию): упражнения, направленные на расширение осознания с использованием принципа «здесь и сейчас»; формирование завершённых гештальтов с помощью интеграции противоположностей, работа с мечтами и др.

**Психосинтез.** Автором психосинтеза является **Роберто Ассаджиоли** (1888-1976). Первоначально Ассаджиоли занимался психоанализом и Зигмунд Фрейд считал его одним из своих последователей в Италии. Позднее Ассаджиоли счёл, что предлагаемое психоанализом исследование глубин психики является недостаточным для гармонизации личности, хотя и позволяет познакомиться с «тёмными силами» подсознания, обуславливающими наши проблемы, страхи, внутренние конфликты.

Ассаджиоли определил **психосинтез** *«как динамическую, даже драматическую концепцию нашей психической жизни, предстающей как непрерывное взаимодействие и борьба множества разных, в том числе противодействующих, сил с объединяющим центром, который постоянно пытается управлять ими, согласовывать их между собой и использовать».* Психосинтез нацелен в первую очередь на развитие и совершенствование личности, а затем - на гармонизацию её отношений с «Я», всё более полное объединение с ним.

В отличие от предшествовавших психологических школ, например психоанализа, психосинтез сосредотачивается прежде всего на положительных чертах человека, таких как радость, любопытство, любовь. Он стремится получить доступ к этим качествам, необходимым для того, чтобы иметь дело как с личным страданием человека, так и со страданием общества, планеты, мира. Психосинтез сосредотачивает внимание не на проблеме человека, а на его цели, на его позитивной мотивации, на том, к чему он хотел бы прийти.

Основная трудность психосинтеза, так же как и психоанализа, состоит в том, что работа с пациентом в основном идёт на уровне его бессознательного.

Ассаджиоли ввёл концепцию о структуре личности, которая отличается от подобных концепций Фрейда и Юнга. Она состоит из низшего бессознательного, среднего бессознательного, высшего бессознательного, поля сознания, сознательного «Я», высшего «Я» и коллективного бессознательного. Упрощённо говоря, в центре структуры среднего бессознательного находится наше сознательное «Я» (центр «чистого самоосознания»). В ходе повседневной деятельности мы испытываем разные эмоции (гнев, грусть, восторг), чувства, играем различные «социальные роли» - так называемые «субличности». Суть психосинтеза в том, что человек должен научиться осознавать эти «субличности» и управлять ими, а не наоборот. Например, часто можно услышать «Я совершил акт агрессии в порыве ревности….», т. е. «субличность» управляла сознательным «Я». Задача психосинтеза в том, чтобы сознательное «Я» осознавало и контролировало различные «социальные роли» человека.

Таким образом, основными задачами психосинтеза являются постижение своего истинного (высшего) «Я»; достижение на основании этого внутренней гармонии; налаживание адекватных отношений с внешним миром, в том числе и с окружающими людьми.

15. ОЩУЩЕНИЕ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, СВОЙСТВА, КЛАССИФИКАЦИЯ

медицинский психотерапевтический соматический болезнь

**Ощущение** - это простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств предметов и явлений внешнего мира, а также внутренних состояний организма при непосредственном воздействии раздражителей на соответствующие рецепторы.

) пространственные; временные; пространственно-временные.

) высшие и низшие.

3)От места рецептора и источника раздражения:

экстерорецепторы - рецепторы внешней среды ;

- проприорецепторы - рецепторы, отражающие движение и положение тела в пространстве;

интерорецепторы - рецепторы внутренних органов

**Основные свойства ощущений:**

модальность (главная особенность: зрительная, слуховая)

качество (представлены в каждой модальности: например, яркость, контрастность в зрительной модальности; интенсивность; временная характеристика (длительность);

пространственная характеристика.

16. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ НАРУШЕНИЯ ОЩУЩЕНИЙ

**Основные виды нарушения ощущений**

1. **Анестезия** (утрата чувствительности) - потеря способности ощущать различные виды ощущений.Она может захватывать как отдельные виды чувствительности **(парциальная анестезия),** так и все виды чувствительности **(тотальная анестезия).** Возможна диссоциированная анестезия (отсутствие болевой и температурной чувствительности при сохранении осязания, например - при лепре). Довольно часто встречается так называемая **истерическая анестезия -** исчезновение чувствительности у больных с истерическими невротическими расстройствами (например - истерическая глухота, анестезия кожи в виде «чулок» и «перчаток»).

. **Гипоестезия** - снижение чувствительности к различным видам раздражителей. При гипоэстезии больной как бы нечётко воспринимает окружающий мир (при зрительной гипоестезии предметы для него лишены красок, выглядят бесформенно).

. **Гиперестезия** - повышение чувствительности к различным видам раздражителей (часто признак астении). Онаобычно захватывает все сферы (наиболее часто встречается зрительная и слуховая). Например, такие больные не переносят звук обычной громкости или не очень яркий свет (например, при менингите).

. **Синестезия** - возникновение ощущения в одном из анализаторов после раздражения другого анализатора (укол ощущается в симметричной уколу точке, цветовые зрительные ощущения при воздействии музыки).

. **Парестезия** - появление неприятных ощущений (покалывания, онемения, жжения) в разных частях тела, с тенденцией к перемещению, гиперестезией при касании одежды, постельного белья при отсутствии раздражителей. При парестезии у больных отмечается тревожность и суетливость, а также повышенная чувствительность к соприкосновению кожи с постельным бельём, одеждой и т. д.

*Разновидностью парестезии является* ***сенестопатия -*** *появление довольно нелепых, неприятных ощущений в различных частях тела (например, чувство «переливания» внутри органов). Такие нарушения обычно возникают при психических нарушениях, например, при шизофрении. Парестезии же чаще встречаются при соматических и неврологических заболеваниях. Сенестопатии следует дифференцировать с парестезиями и галлюцинациями.**Сенестопатии носят мигрирующий характер и сопровождаются трудностями их описания самим пациентом. Их, в отличие от парестезий, можно рассматривать в рамках не только расстройств восприятия, но и мыслительных нарушений.*

*Галлюцинации, в отличие от сенестопатий, имеют предметные галлюцинаторные образы (например, тактильные галлюцинации описываются больным как ползание червей или иных живых существ внутри кожи, в голове и т.д.). Сенестопатии аморфны, больной не может конкретно определить источник неприятных ощущений (например, в мозге переливается жидкость при наклонах).*

6. **Полиестезия** - ощущение нескольких уколов в окружности точки, где сделан укол.

17. ВОСПРИЯТИЕ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРИНЦИПЫ, СВОЙСТВА И ВИДЫ

**Восприятие** - это наглядно-образное отражение действующих в данный момент на органы чувств вещей, предметов, а не отдельных их свойств и признаков.

**Основные свойства восприятия:**

**.) предметность** - способность воспринимать мир в виде отделенных предметов, обладающих определенными свойствами;

**2) целостность** - способность мысленно достраивать воспринимаемый предмет до целостной формы, если он представлен неполным набором элементов;

**3) константность** - способность воспринимать предметы постоянными по форме, цвету, консистенции и величине независимо от условий восприятия;

**4) категориальность** - способность обобщать и относить воспринимаемый предмет к определенному классу.

Основные **виды восприятия** выделяются в зависимости от органа чувств (как и ощущения):

) зрительные;

) слуховые;

) вкусовые;

) осязательные;

) обонятельные.

Одним из наиболее значимых видов восприятия в клинической психологии <http://bookap.info/> является восприятие человеком времени (оно может значительно изменяться под влиянием различных заболеваний). Большое значение придается также нарушениям восприятия собственного тела и его частей.

**Основные принципы восприятия:**

- принцип близости (чем ближе друг к другу в зрительном поле располагаются элементы, тем с большей вероятностью они объединяются в единый образ).

принцип сходства (похожие элементы стремятся к объединению).

принцип «естественного продолжения» (элементы, выступающие как части знакомых фигур с большей вероятностью объединяются именно в эти фигуры).

принцип замкнутости - элементы зрительного поля имеют тенденцию к созданию замкнутого изображения).

18. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ

К основным нарушениям восприятия относят:

**I) Иллюзии** - это искажённое восприятие реального объекта.

**1. Физические** *(мираж).*

**2. Физиологические** *(ощущение движения в поезде у пассажира).*

**3. Психические** *(парейдолические иллюзии - крик на улице - как оклик по имени; шум за дверью - как звонок в дверь).*

Первые 2 вида возникают и у здоровых людей. Иллюзии бывают **зрительные** (искажение зрительного образа - «пальто, висящее в шкафу, больной воспринимает как человека на основании схожести контуров»), **вкусовые** (видоизменение вкуса, появление «привкуса»), **обонятельные** (видоизменение запаха) и **слуховые**.

Выделяют также особый вид зрительных иллюзий, при которых существенно изменяется восприятие объектов.

· **Метаморфопсии:**

· ***макропсия*** - расстройство восприятия, которое характеризуется увеличением размеров окружающих предметов;

· ***микропсия*** - … уменьшением размеров окружающих предметов;

· ***дисмегалопсия*** - расстройство, которое характеризуется расширением, удлинением или перекрученностью вокруг собственной оси окружающих предметов;

· ***порропсия*** - расстройство, которое хар-ся изменением расстояния (предмет как бы отдаляется от больного при неизменных размерах самого объекта).

II) **Галлюцинации** - нарушения восприятия, возникающие без наличия реального объекта и сопровождающиеся уверенностью в том, что данный объект в данное время и в данном месте действительно существует.

Зрительные и слуховые галл-и обычно делят на две группы: простые и сложные.

**Простые:** а) **фотопсии** - восприятие ярких вспышек света, кругов, звёздочек; б) **акоазмы** - восприятие звуков, шума, треска, свиста, плача.

**Сложные** **галлюцинации** - относятся слуховые галлюцинации, которые имеют вид членораздельной фразовой речи и носят, как правило, приказывающий или угрожающий характер.

Кроме того, по механизму протекания галлюцинации делят на 2 группы: **истинные и псевдогаллюцинации** (можно дифференцировать только при зрительных и слуховых обманах восприятия):

· **истинные галлюцинации** (образы проецируются вовне; они яркие, громкие, интенсивные, звучные);

· **ложные галлюцинации или псевдогаллюцинации** (образы находятся «внутри головы больного»; они «сделанные», навязанные, тусклые, размытые, приглушённые; можно на время от них «заслониться»; образ имеет императивный или комментирующий характер; больные сознают их ложный характер, они в представлениях самих больных).

**III) Эйдетизм** - расстройство восприятия, при котором «след» только что закончившегося возбуждения в каком-либо анализаторе остаётся в форме чёткого и яркого образа. Это воспроизведение во всех деталях образов предметов, не действующих в данный момент на анализаторы (человек продолжает воспринимать предмет в его отсутствие). С точки зрения физиологии - это остаточное возбуждение анализатора.

**IV) Деперсонализационные нарушения восприятия.**

Под термином **«узнавание»** подразумеваютопознание воспринимаемого объекта как уже известного по прошлому опыту.

**Деперсонализация** **-** этоискажённое восприятие как собственной личности (искажается восприятие собственной личности, что проявляется чувством потери, раздвоения «Я», отчуждения «Я»), так и отдельных качеств и частей тела (при этом нет бредовых идей и полностью или частично сохранена критика). Бывает парциальная (часть тела) и тотальная (всё тело).

К нарушениям восприятия (узнавания) собственного тела относятся **соматоагнозии** - нарушение узнавания собственного тела (при поражениях ГМ, неврологических заболеваниях). Это неспособность узнавать и показывать пальцы на руке (пальцевая аутотопагнозия), позу (аутотопагнозия позы), половины тела (аутотопагнозия половины тела), дезориентировка в «правом» и «левом»; **нарушения схемы тела** - увеличение или уменьшение тела, отдельных частей, болезненное восприятие расположения отдельных частей тела - «уши на затылке»).

**V) Дереализация** - искажённое восприятие окружающего мира, «всё застыло, остекленело», «мир похож на декорацию»). В контексте дереализации следует рассмотреть и **нарушения восприятия времени:** у человека ощущение его остановки, растягивания, замедления, ускорения, «обратного» течения, утраты чувства времени (при поражении правого полушария ГМ).

**VI) Агнозия -** нарушение узнавания предметов, а также частей собственного тела, при сохранении сознания и самосознания. Это нарушения зрительных, слуховых и кинестезических восприятийпри локальных поражениях КГМ разного генеза (например, опухоль, воспаление, поражение сосудов). Возможно нарушение обобщённого восприятия предметов (не узнают стол, стул), не узнают знакомых, виденных ранее, пространства - *не находят свою палату, кабинет врача, туалет.*

Выделяют следующие типы агнозий:

· **Зрительные агнозии** - расстройства узнавания предметов и их изображений при достаточной остроте. Возникают при поражениях затылочных и нижне-задних отделов теменных долей ГМ.

· **Тактильные (осязательные) агнозии** - неузнавание предмета путём его ощупывания при сохранности тактильной чувствительности. Проявляются **астереогнозом -** при закрытых глазах, ощупывая какой-либо предмет (расчёску, карандаш) больные не узнают, не ощущают форму и величину, а видят предмет - узнают.

· **Слуховые агнозии** - нарушения способности узнавать звуки речи при отсутствии нарушений слуха. Характерны для поражения височных долей ГМ (больные не узнают звука самолёта, ветра, машины).

19. МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ ОЩУЩЕНИЙ И ВОСПРИЯТИЙ

**Экспериментально-психологические методы:**

· методики для исследования простых и сложных сторон деятельности анализаторов (Е.Ф. Бажин);

· предметное восприятие - наборы предметов и их изображений, в т. ч. искажённые фоном, наложением линий, сюжетных картинок, фотографий знакомых;

· методика «Классификация предметов», таблицы Поппельрейтера (изображения, наложенные друг на друга) - для выявления зрительной агнозии;

· таблицы Равенна - для исследования зрительного восприятия: 60 таблиц, 5 серий по 12, цель - вставить в таблицы «нужный» фрагмент по аналогии с её структурой;

· таблицы М.Ф. Лукьяновой (движущиеся квадраты, волнистый фон) - для исследования сенсорной возбудимости (у «органиков» ничего не получается). Сюда же можно отнести - счёт квадратиков на время, отдельное выделение из волнистых линий квадратиков, кружков и трёхугольников;

· тахистоскопический метод:

) идентификация прослушиваемых магнитофонных записей с различными звуками: звон стекла, журчание воды, шёпот, свист. Используется для исследования слухового восприятия;

) восприятие изображения на экране тахистоскопа (картин, предметов, букв, цифр) за доли секунды. Небольшое время затрудняет восприятие и позволяет выявить нарушения, которые не обнаруживаются при обычной экспозиции. Используется для исследования зрительного восприятия.

20. ВНИМАНИЕ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ОСОБЕННОСТИ, НАРУШЕНИЯ, ХАРАКТЕРИСТИКИ

**Внимание -** это психический процесс, который обеспечивает направленность и сосредоточенность психики на определенных предметах и явлениях внешнего мира, образах, мыслях и чувствах самого человека.

Это процесс сознательного или бессознательного отбора одной информации, поступающей через органы чувств, при одновременном игнорировании другой. Различие произвольного и непроизвольного внимания в степени контроля внимания человеком. Результатом внимания является улучшение психического действия, на котором оно сосредотачивается. Внимание необходимо при восприятии, мышлении, осуществлении действия.

**Виды внимания:**

**. Непроизвольное внимание** (является врождённым. Классический пример непроизвольного внимания у ребёнка - **ориентировочный рефлекс.** Из окружающей среды выделяется наиболее интенсивный (новый или биологически значимый) раздражитель, придающий поведению организованный характер. Например, предметный раздражитель (новая яркая игрушка)).

**2. Произвольное** (ориентировано на настоящее, обусловлено социальной и культурной средой. Оно формируется в процессе взаимодействия ребёнка со взрослыми, которые помимо предметного стимула, предъявляют ему речевые стимулы, связывая тем самым одно с другим. Произвольное внимание начинает формироваться к дошкольному возрасту. О его наличии говорится, если человек может ставить перед собой сознательные цели. Такое внимание является волевым, так как для сохранения объекта сосредоточения требуется усилие воли - поддержание определённой интенсивности сосредоточения внимания несмотря на посторонние действия. Особенность произвольного внимания - способность ориентироваться как на **прошлое,** так и на **будущее** (в виде сознательного ожидания вероятного события)).

**3. послепроизвольное**

Существует несколько **форм** внимания, соответствующих тем или иным психическим процессам:

*-сенсорное (например, визуализация объекта при сборе грибов);*

*двигательное (защитное напряжение пресса при ударе в живот);*

*эмоциональное (взгляд родителей с тротуара при переходе ребёнком дороги);*

*интеллектуальное (выбор книги по интересу в книжном магазине).*

**На процесс внимания влияют:**

*Темперамент (тип высшей нервной деятельности).*

*Навыки и умения в данной сфере.*

*Заинтересованность человека в деятельности, требующей сосредоточенности*

**Характерными особенностями внимания являются:**

**. Избирательность** (сосредоточенность, концентрация) - возможность концентрации внимания на определённой информации при игнорировании другой.

**2. Объём** - общая совокупность объектов (или количество информации), которые способны сохраняться в сфере внимания человека (одновременно). Средний объём внимания - 5-7 единиц информации;

3. **Устойчивость** - возможность длительное время концентрировать внимание и сохранять его интенсивность, не отвлекаясь и не ослабляя внимания.

. **Переключаемость** - возможность выполнять действия при смене целей или с учётом нескольких факторов при выполнении одной работы.

**5. Распределение внимания -** способность рассредоточить внимание на значительном числе предметов или деятельности, параллельно с одинаковой сосредоточенностью выполнять несколько видов деятельности (важно в работе врачей и СМП скорой медпомощи). На распределение внимания влияет фактор утомления.

21. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ НАРУШЕНИЯ ВНИМАНИЯ У РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ БОЛЬНЫХ

К **нарушениям** внимания относят:

ослабление внимания (уменьшение сосредоточения);

сужение объёма внимания (снижение числа объектов одновременного наблюдения);

снижение концентрации внимания (невозможность сосредоточения на определённой информации);

трудности переключения внимания (затруднения наблюдения при смене целей);

истощаемость внимания (снижение интенсивности внимания со временем наблюдения);

лабильность концентрации внимания (периоды сосредоточения внимания чередуются с его отсутствием).

Выделяют **2** **типа нарушений** внимания:

· **модально-неспецифические** нарушения (поражения ГМ - распространяются на любые формы и уровни);

· **модально-специфические** нарушения (больные игнорируют стимулы одной модальности).

К модально-специфическим расстройствам внимания относят нарушения:

*зрительного внимания;*

*слухового внимания;*

*тактильного внимания;*

*двигательного внимания;*

*интеллектуального внимания.*

**Особенности нарушения внимания при различных заболеваниях.** Иногда расстройства внимания наблюдаются у здоровых людей в состояниях аффекта, но чаще нарушения внимания возникают при различных соматических и психических заболеваниях.

**В.Б. Зейгарник** считает, что нарушения внимания являются частными нарушениями умственной работоспособности как следствие соматических и психических заболеваний:

· у больных шизофренией - в результате нарушений личностного компонента мышления;

· у больных с органическими поражениями ГМ - в результате нарушения его структуры;

· у больных психопатией - в результате изменений эмоциональной сферы;

· у больных эпилепсией - в результате ригидности мышления.

У больных с органическим поражениями ГМ имеют место трудности длительной концентрации и переключением внимания, характерны неустойчивость и быстрая истощаемость внимания, персеверации. При церебральном атеросклерозе - быстрая утомляемость, проявляется невозможностью сосредоточения и колебаниями внимания;

У больных неврозами отмечается снижение скорости переключаемости и устойчивости внимания, наблюдаются трудности с его длительной концентрацией.

При шизофрении отмечается снижение активного внимания (устойчивость и переключаемость).

При эпилепсии отмечаются трудности при переключении внимания, снижение его устойчивости.

При алкоголизации и диэнцефальном синдроме - снижение устойчивости внимания и его концентрации.

С локальными поражениями ГМ - персеверации и выраженные затруднения при переключении.

У некоторых соматических больных встречаются трудности с концентрацией и переключаемостью внимания. У них также наблюдается сужение объёма внимания и замедленное врабатывание.

22. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВНИМАНИЯ

**. Корректурные пробы, кольца Ландольта.** Применяется для исследования устойчивости внимания, способности к его концентрации. Используются бланки с изображением рядов букв, которые расположены хаотично. Испытуемый должен зачеркивать одну или две буквы по выбору экспериментатора. Для проведения исследования необходим секундомер. Смотри количество ошибок в последние минуты работы > повышенная утомляемость или истощаемость (неврозы, органики).

**2. Счёт по Крепелину: д**ля изучения особенностей переключения внимания, исследования работоспособности. Испытуемому предъявляются бланки с расположенными на них столбцами цифр. Нужно складывать или вычитать в уме эти цифры, а на бланке записывать результаты. После выполнения задания экспериментатор обращает внимание на следующие особенности выполнения счёта испытуемым:

количество ошибок: распределение ошибок; объём выполненного задания; темп выполнения счёта; способность переключаться.

Затем экспериментатор делает вывод о работоспособности (истощаемости, врабатываемости) и отмечает наличие или отсутствие расстройств внимания.

**3**. **Цифровые таблицы Шульте, Горбова.**

Для исследования используются специальные таблицы, где в случайном порядке расположены числа (от 1 до 25). Испытуемый должен указкой показывать числа по порядку и называть их. Экспериментатор учитывает время выполнения задания. Исследование с помощью таблиц Шульте помогает выявить особенности переключения внимания, истощаемость, врабатываемость, а также сосредоточенность или отвлекаемость.

**4**. Для исследования переключения внимания часто используется **модифицированная красно-черная таблица Шульте,** которая содержит 49 чисел (из них 25 черных и 24 красных). Испытуемый по очереди должен показывать цифры: черные - в порядке возрастания, красные - в порядке убывания. Эта таблица используется для исследования динамики мыслительной деятельности и способности быстро переключать внимание с одного объекта на другой.

. **Отсчитывание.** Испытуемый должен отсчитывать от 100 определённое число (одно и то же). При этом экспериментатор отмечает паузы. При обработке результатов исследуют: характер ошибок; следование инструкции; переключение; сосредоточенность; истощаемость внимания.

. Важно учитыватьособ-ти внимания в **разных формах деят-ти,** изменение его в зависимости от утомления и общего состояния, условий среды, отношения к деятельности, переживаний. Важен учёт пропусков в письме, ошибок в счёте!

.**Подсчёт кружков** и т.д. «Недостающие детали». «Шифровка».

. СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ КАК ОДИН ИЗ ВИДОВ НАРУШЕНИЙ ВНИМАНИЯ

В детской клинической психологии выделяется синдром дефицита внимания, который включает следующие признаки:

1. Беспокойные движения в кистях и стопах (сидя на стуле дети как бы «извиваются»).

2. Невозможность спокойно сидеть на месте, когда это необходимо.

. Нетерпеливость.

. Небольшая отвлекаемость на различные посторонние стимулы.

. Склонность отвечать быстро и не задумываясь, не выслушав до конца вопроса.

. Сложности сохранения наблюдательности при выполнении задания или во время игр.

. Сложности при выполнении заданий, не связанные с недостаточным пониманием.

. Перескакивание от одного незаконченного действия к другому.

. Невозможность тихо и спокойно играть.

. Склонность мешать другим и приставать к окружающим.

. Болтливость.

. Внешние проявления несосредоточенности.

. Склонность терять вещи (игрушки, учебники, карандаши).

. Частое совершение опасных действий вследствие недостаточного учёта их последствий.

СДВ начали описывать более десяти лет назад, вслед за появившимися работами европейских и американских исследователей.

Первоначально его рассматривали в сочетании с гиперактивным поведением ребенка, описывая характерное двигательное беспокойство ребенка и невозможность длительного сосредоточения на каком-либо объекте. Данный синдром был описан на детях с нормальным интеллектом. Дети этой категории, несмотря на хороший интеллект, часто оказывались неуспевающими в школе или относились к "детям с проблемами".

. ПАМЯТЬ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРОЦЕССЫ СТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, КЛАССИФИКАЦИЯ

1. **П** - псих процесс запечатления, сохранения и последующего воспроизведения прошлого опыта, того, что мы раньше воспринимали, переживали или делали.

. **П** - это процессы орг-ции и сохранения прошлого опыта, делающие возможным его повторное использование в деят-ти или возвращение в сферу сознания.

**Типы памяти.** По участию 1 и 2 сигнальных систем и степени участия отдельных анализаторов различают:

· **наглядно-образная** (конкретные образы запоминает)

· **словесно-логическая** (словесные обозначения, логические связи).

Кроме этого деления, выделяют также и другие виды памяти:

· **эмоциональная (**эта память прочная, детальная, отражает эмоционально значимые события жизни: получение диплома, свадьбу, рождение детей);

· **зрительная** (хорошо развита у художников, могут воспроизвести на холсте ранее виденные пейзажи, лица людей).

· **слуховая** (отличает музыкантов, которые играют без нот крупные по объёму музыкальные произведения).

· **двигательная (**отражает возможность воспроизведения двигательных навыков, приобретенных ранее, например, умеющий плавать поплывёт и через 10 лет отсутствия плавательной тренировки);

· **смешанная** (зрительно-слуховая).

В **структурной организации** памяти различают следующие процессы:

***запоминание*** (запечатление информации);

***сохранение*** (длительное удержание информации в памяти);

***воспроизведение*** (использование запечатлённой информации);

***забывание*** (утрата чёткости и уменьшение объёма закреплённого в памяти материала в сочетании с невозможностью его воспроизвести).

**Запоминание**

**Непроизвольное запоминание** - непреднамеренное запечатление воздействий без специальной цели их запомнить. Это первоначальная, биологически исходная форма запоминания, присуща как животным, так и человеку.

**Произвольное запоминание** - форма запоминания, характеризующаяся наличием определенной цели - запомнить, и специальных средств для ее осуществления. Представляет собой особую и достаточно сложную умственную деятельность, включает в себя разнообразные мнемотехнические действия.

**Законы памяти.**

**Закон осмысления** - чем глубже осмысление запоминаемого, тем лучше он сохраняется в памяти.

**Закон интереса** - интересное легко запоминается, потому что мы не тратим на это усилий.

**Закон усиления первоначального впечатления** - чем ярче первое впечатление от запоминаемого, тем прочнее само запоминание. Однако отрицательные эмоции, связанные с информацией, мешают запоминанию.

**Закон торможения** - всякое последующее запоминание тормозит предыдущее. Любая информация, чтобы быть запомненной, должна «отстояться».

**Закон края** - лучше запоминается то, что сказано (написано) в начале и конце информационного ряда и хуже - в его середине.

**Закон повторения** - повторение способствует лучшему запоминанию.

Если что-либо нужно запомнить надолго, то необходимы как минимум четыре активных повторения: первый раз - сразу после запоминания, второй - через 20-30 минут, третий - через день, четвертый - через две-три недели.

***Эффект Зейгарник*** - незавершённые действия запоминаются лучше завершённых!

Объём материала для запоминания прямо зависит от степени связи друг с другом отдельных частей, подлежащих запоминанию. Должен запомнить без *связи - механическое запоминание, со связью - логическое запоминание.* Человек запоминает при однократном предъявлении 7±2 (от 5 до 9) несвязанных «кусков материала». При наличии связи между фрагментами материала объём усвоения возрастает.

Объём материала для запоминания увеличивается, если человек использует *логические смысловые связи* между отдельными частями материала. Так мы можем запомнить большее количеству объектов, даже в сравнении с ***«магическим числом семь».***

Помогают запомнить лучше рифмование, искусственное установление связей в материале, несущественных с точки зрения содержания: 7-25-34 тел. - (7-2+5-3+4): ассоциация для запоминания с тремя семёрками.

**Сохранение в памяти.** Кратковременная память сохраняет информацию от секунд до 1-2 суток. Долговременная память - месяцы и годы.

**Воспроизведение.**

*Непроизвольное* (происходитбез цели что-либо вспомнить, непреднамеренно, например, человек идёт по знакомой улице, у него возникают образы людей, любимой, события) и *произвольное* (есть задача вспомнить, человек сознательно хочет вспомнить что-то).Воспроизведение - избирательно. У разных людей различно. С ним связано узнавание. При нём имеет место ощущение знакомости материала: например, приехав в другой город после перерыва вспоминаем, что эта улица нам знакома, пытается вспомнить и другие обстоятельства.

При психопатологии возможно ощущение знакомости в совершенно незнакомой для больного ситуации: *например, при эпилепсии в предприступном состоянии всё, что видит больной, кажется ему знакомым.* В ряде случаев бывает и наоборот, больной может не узнать знакомого человека.

При нарушениях воспроизведения человекне может извлечь из памяти информацию, не может сохранить её в ней. **Гипомнезия** - ослабление памяти, г**ипермнезия** - усиление памяти.

**Забывание.**

**Кривая забывания Эббингауза** - забывание особенно интенсивно происходит непосредственно после заучивания и не имеет линейной зависимости.

**Закон Рибо -** нарушение (утрата) памяти и её восстановление происходит в хронологическом порядке: в начале забываются наиболее сложные и недавние впечатления, затем - старые. Восстановление событий происходит в обратном порядке.

. ТИПЫ ПАМЯТИ. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ И ПАМЯТЬ

По участию 1 и 2 сигнальных систем и степени участия отдельных анализаторов различают следующие типы памяти:

· **наглядно-образная** (конкретные образы запоминает)..

· **словесно-логическая** (словесные обозначения, логические связи).

Кроме этого деления, выделяют также и другие виды памяти:

· **эмоциональная (**эта память прочная, детальная, отражает эмоционально значимые события жизни: получение диплома, свадьбу, рождение детей);

· **зрительная** (хорошо развита у художников, могут воспроизвести на холсте ранее виденные пейзажи, лица людей).

· **слуховая** (отличает музыкантов, которые играют без нот крупные по объёму музыкальные произведения).

· **двигательная (**отражает возможность воспроизведения двигательных навыков, приобретенных ранее, например, умеющий плавать поплывёт и через 10 лет отсутствия плавательной тренировки);

· **смешанная** (зрительно-слуховая).

**представление** - это психический процесс отражения предметов или явлений, которые в данный момент не воспринимаются, но воссоздаются на основе нашего предыдущего опыта.

В основе представления лежит восприятие объектов, имевшее место в прошлом. Можно выделить несколько типов представлений. Во-первых, это представления памяти, т. е. представления, которые возникли на основе нашего непосредственного восприятия в прошлом какого-либо предмета или явления.

**Представления имеют свои характеристики.**

**. наглядностью**. Представления - это чувственно-наглядные образы действительности, и в этом заключается их близость к образам восприятия. Представления - это воспроизведенные и переработанные образы объектов, которые воспринимались в прошлом. Поэтому представления никогда не имеют той степени наглядности, которая присуща образам восприятия, - они, как правило, значительно бледнее.

**2. фрагментарность**. Представления полны пробелов, отдельные части и признаки представлены ярко, другие - очень смутно, а третьи вообще отсутствуют. Например, когда мы представляем себе чье-то лицо, то ясно и отчетливо воспроизводим только отдельные черты, те, на которых**,** как правило, мы фиксировали внимание. Остальные детали лишь слегка выступают на фоне смутного и неопределенного образа.

**3. неустойчивость и непостоянство**. любой вызванный образисчезнет из поля вашего сознания, как бы вы ни старались его удержать. И придется делать очередное усилие, чтобы вновь его вызвать. Кроме того, представления очень текучи и изменчивы. На передний план по очереди выступают то одни, то другие детали воспроизведенного образа. Лишь у людей, имеющих высокоразвитую способность к формированию представлений определенного вида (например, у музыкантов - способность к формированию слуховых представлений, у художников - зрительных), эти представления могут быть достаточно устойчивыми и постоянными.

**Представления** - это воспроизведённые образы предметов и явлений, воспринимавшихся человеком в его прошлом опыте (проще говоря, образы не действуют на человека в настоящий момент). В отличие от восприятия, представления менее отчётливы, непостоянны, изменчивы. *При представлении самолёта человек менее чётко видит его детали, чем при непосредственном восприятии.* Физиологическая основа представления - оживление «следов» возбуждений в КГМ, которые возникают при восприятии. Представления могут вызываться как предметными раздражителями, так и словами.

**Представления бывают единичные и обобщённые** (например, единичное - конкретная ель или обобщённое - общие черты рода, например, самолёта: корпус, крылья, кабина пилота).

Воспроизведение связано с представлениями: художники рисуют «по памяти», писатели описывают своих знакомых в рассказах.

При поражении теменно-затылочных областей больному нельзя представить ранее воспринимаемые объекты: внешний вид животных, предметы домашнего обихода, цвет травы и т. д. (агнозия Шарко-Вильбрандта).

26. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ РАССТРОЙСТВ ПАМЯТИ

**Амнезии** - расстройства памяти в виде нарушения способности запоминать, хранить и воспроизводить информацию.

**Фиксационная амнезия** - нарушение запечатления получаемой информации, резко ускоренный процесс забывания. **Перфорационная амнезия (палимсесты)** - фиксация информации частичная, утрачивается способность запоминания отдельных деталей, эпизодов, относящихся к периоду интоксикации.

**Ретро-, антеро-, антероретроградная амнезия** - нарушение запечатления получаемой информации соответственно до эпизода нарушенного сознания; после него; до и после эпизода.

**Парамнезии** (конфабуляции и псевдореминисценции).

**Конфабуляции -** обманы памяти, при которых неспособность запечатлевать события и воспроизводить их приводит к воспроизведению вымышленных, не имевших место событий.

**Псевдореминисценции -** нарушение хронологии в памяти при котором отдельные, имевшие место в прошлом события, переносятся в настоящее (крайняя степень этого - **экмнезия:** «жизнь в прошлом».

**Криптамнезия -** расстройства памяти при котором присваиваются чужие мысли, действия. Например, чтение поэтом чужих стихов как будто они только что им написаны. У человека отношение к ним в виде «ощущения никогда не виденного ранее».

**Корсаковский амнестический синдром -** (при ЧМТ, опухоли, гематоме ГМ): фиксационная амнезия в сочетании с парамнезиями (конфабуляции, псевдореминисценции) и частым нарушением ориентировки во времени и пространстве.

**Выделяют несколько видов расстройств памяти:**

*непосредственной памяти; опосредованной памяти; динамики мнестической деятельности; мотивационного компонента памяти.*

**Нарушения непосредственной памяти.**

**Непосредственная память** - это способность воспроизводить информацию сразу же после действия того или иного стимула. (**Корсаковский синдром и прогрессирующая амнезия)**

**Корсаковский синдром -** это нарушения памяти на текущие события при относительной сохранности памяти на события прошлого. При этом отмечаются выраженные трудности при воспроизведении информации. У больных часто отмечаются конфабуляции (воспоминания о событиях, которых никогда не было.

При **прогрессирующей амнезии** расстройства памяти распространяются как на текущие события, так и на события прошлого. Больные путают прошлое с настоящим, искажают последовательность событий.

**Нарушение опосредованной памяти.**

Опосредованным является запоминание с использованием промежуточного (опосредующего) звена с целью улучшения воспроизведения. Нарушения опосредованной памяти наиболее часто встречаются при **олигофрении, эпилепсии, шизофрении, органических поражениях ГМ.**

**Нарушения динамики мнестической деятельности.**

Такие нарушения проявляются в том, что больные могут хорошо запоминать информацию и передавать её, но через какое-то временя не могут этого сделать.

Расстройства динамики мнестической деятельности наиболее часто встречаются при экзогенно-органических психических расстройствах:

· у больных с сосудистыми заболеваниями ГМ;

· у больных, перенесших травмы ГМ;

· при инфекциях и интоксикациях.

**Нарушение мотивационного компонента памяти.**

При анализе нарушений памяти следует учитывать личностно-мотивационный компонент. В чём же заключается роль мотивационного компонента памяти?

Для исследования нарушений мотивационной составляющей мнестической деятельности проводили эксперимент:

*Исследуемому давалось около 20 задач различных типов: сложить фигурку из спичек, нарисовать монограмму; написать стихотворение; нанизать бусы; вырезать спираль из бумаги; слепить коробочку из картона; нарисовать вазу; сложить из бумаги фигурки; сделать фигуру из проволоки; решить кроссворд; составить ландшафт (даются люди, животные, деревья, дома из цветного картона); умножить трёхзначные числа…*

По инструкции работу надо произвести побыстрее и точнее. Часть заданий испытуемый выполнял до конца, на части - экспериментатор прерывал его и предлагал начать делать другое. На вопрос: «Что делать с этим?» экспериментатор не отвечал, делая вид что чем-то занят. После выполнения последнего задания экспериментатор спрашивал: I) **«Скажите, какие задания Вы выполнили?».** Он записывает те задания, которые называет испытуемый в порядке их воспроизведения.

Испытуемый сначала называет плавно, затем - пауза… Он активно «отыскивает» в памяти нужную информацию. Вывод: **Испытуемые лучше запоминают незавершённые действия. ВН/ВЗ = 1,9** (где, ВН - воспроизведённые незаконченные действия, ВЗ - воспроизведённые законченные действия), т. е. незаконченные действия испытуемые воспроизводили на 90,0% лучше, чем законченные. Их и называли первыми.

Почему? У здорового человека при проведении исследования возникала цель, ради которой он выполнял задания - **«проверить себя», «проверить свои навыки»**. Когда действие оказывалось незавершённым, намерение оставалось неосуществлённым (мотивация неудовлетворённой). Создаётся **аффективная активность**, которая проявляется в другом виде деятельности - в воспроизведении.

При смене мотивации, скажем вопросом:

II) **«Опыт проводился для проверки памяти. Перечислите задания, которые Вы выполняли».** Воспроизводят «ВН» и «ВЗ» с одинаковой вероятностью. Т.е. меняли смысл мотивации > актуализировался новый мотив «проверю память», «покажу всем возможности своей памяти». Он выступал как побудительный и смыслообразующий мотив. Цель его - воспроизвести как можно больше законченных действий.

27. МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАМЯТИ:

· **следообразования** (сохранения материала);

· **воспроизведения (**непосредственного воспроизведения);

· **ретенции** (отсроченного воспроизведения).

**1. Опрос:** простые и сл. вопросы, о событиях, о нём, прошлые, что помнит.

**2. Наборы** для пересказа слогов, слов, цифр.

**3. Десять слов. З**ачитывают 10 простых слов, после чего повторить их в любом порядке 5 раз. Полученные результаты экспериментатор вносит в таблицу. Спустя 20-30 минут испытуемого снова просят воспроизвести эти слова.

4**. Метод пиктограмм. П**редлагается 15 слов для запоминания. Для облегчения этой задачи он должен сделать карандашом зарисовки. Записей или буквенных обозначений делать не разрешается. Испытуемого просят повторить слова после окончания работы, а затем ещё раз - через 20-30 минут. При анализе особенностей запоминания обращают внимание на то, сколько слов воспроизведено точно, близко по смыслу, неверно и сколько не воспроизведено вообще. Органики», олигофрены проще находят рисунки к словам с конкретным значением. Эпилептики - в рисунках эгоцентризм. Шизофреники - рисунки без конкретного содержания (стрелки, математические знаки).

. **Воспроизведение рассказов** (на логическую память). Зачитывают рассказ Затем он должен воспроизвести рассказ устно или письменно. При анализе результатов экспериментатор обязательно учитывает все ли смысловые звенья воспроизведены испытуемым, не наблюдается ли у него конфабуляций (заполнений пробелов в памяти несуществующими событиями.

6. **Исс-ние зрит памяти** (тест зрит ретенции А.Л. Бентона - отсроченного воспроизведения): Для проведения этого теста используют 5 серий рисунков. При этом в 3-х сериях предлагается по 10 карточек одинаковой сложности, в двух - по 15 карточек повышенной сложности. Испытуемому в течение 10 секунд показывают карточку, а затем он должен воспроизвести увиденные фигуры на бумаге. Анализ полученных данных проводится с помощью специальных таблиц Бентона. Тест позволяет получить доп. данные о наличии органических заболеваний ГМ.

. **Исследование интерференции:** 10 первых слов, затем 10 новых слов на запоминание, затем повтор старых, см. что из смеси новых и старых слов.

. **Проба на повышенную отвлекаемость внимания:** 10 слов, затем отвлечь разговором, затем попросить повторить эти слова.

.Методика **«Оперативная память»:** (для проверки кратковременной памяти) - зачитываются 10 рядов чисел по 5 в каждом ряду. Задача - запомнить их порядок и в уме сложить первую со второй, вторую с третьей, третью с четвёртой, четвёртую с пятой. Инвервал времени между зачтением рядов - 15 сек. Полученные 4 суммы чисел записываются. Из 40 возможных вариантов, норма 30 и более.

10. Методика **«Память на числа»:** (для оценки кратковрем зрит памяти, её объёма и точности)в течение 20 сек демонстрируется таблица с 12 двузначными числами, которые нужно запомнить и затем записать на бланке. Норма - 7 и более.

11. Методика **«Память на образы»:** (для изучения образной памяти)в течение 20 сек демонстрируется таблица с 16 образами *(«2»; пистолет; гриб; треугольник с кружком внутри; «В»; домик; ёлка; машина; топор; корабль; кошка; будильник; СО2; бабочка; топор; куб),* которые нужно запомнить и в течение минуты воспроизвести на бланке. Норма - 6 и более правильных ответов.

28. МЫШЛЕНИЕ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, МЫСЛИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ, СВЯЗЬ С ДР. ВИДАМИ ПСИХ ДЕЯТ-ТИ

форма отражения в сознании окружающей действ-ти с помощью которой устанавливается взаимосвязь, взаимозав-ть, общность и различия предметов и явлений;

**-** процесс отражения в сознании человека общих свойств предметов и явлений, а также связей и отношений между ними;

деятельность, опирающаяся на систему понятий, направленная на решение задач, подчинённая цели, учитывающая условия, в кот. эта задача осуществляется;

**-** познават. процесс, кот. заключается в опосредованном и обобщённом отражении связей и отн-ний между предметами и явлениями окруж. мира в сознании чел-ка.

Это опосредованное и обобщённое познание действительности. Ощущения, восприятия, представления > наглядно-образная форма.

Правильное мышление учитывает его стр-ть, продуктивн, целенаправ, темп.

**Стройность** - необходимость мыслить в соответствии с логическими требованиями, грамматически корректно формулировать мысли.

**Продуктивность -** мышление должно приводить к новым знаниям.

**Целенаправленность -** мышление осуществляется ради к-л реальной цели.

**Темп (скорость) -** скорость протекания ассоциативногопр-са (в ед-цу времени).

**Типы и виды мышления**.

По содержанию решаемых задач выделяют наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое мышление.

**1. Наглядно-действенное мышление** - вид мышления, опирающегося на непосредственное восприятие предметов, реальное преобразование в процессе действий с предметами.

**2. Наглядно-образное мышление** - вид мышления, характеризующийся опорой на представления и образы.

**3. Словесно-логическое мышление** - вид мышления, осуществляемый при помощи логических операций с понятиями.

**Различают**

теоретическое и практическое,

интуитивное и аналитическое,

реалистическое и аутистическое,

продуктивное и репродуктивное мышление.

**Теоретическое мышление** - это познание законов, правил. Основная задача практического мышления - подготовка физического преобразования действительности: постановка цели, создание плана, проекта, схемы.

Индивидуальные различия в мыслительной деятельности людей проявляются в разнообразных качествах мышления, к которым относятся: самостоятельность мышления, широта, глубина и гибкость ума, инициативность, быстрота, оригинальность, пытливость, критичность, торопливость.

**Формы мыслительного процесса**.

· формирование и усвоение понятий, суждений и умозаключений;

· решение мыслительных задач.

**Понятие** - это форма мышления, которая отражает существенные свойства, связи и отношение предметов и явлений. Например, в понятие «человек» входит много существенных признаков.

**Суждение** - это утверждение или отрицание чего-либо. Работа мысли над суждением, направленная на установление и проверку его истинности, называется рассуждением.

**Умозаключение** - форма мышления, при которой на основе нескольких суждений делается определенный вывод. К умозаключению можно прийти методами индукции (он частного к общему), дедукции (от общего к частному), аналогии (от частного к частному).

**Выделяют мыслительные операции:**

**Анализ** - расчленение целого на части.

**Синтез** - соединения частей в единое целое.

**Сравнение** - выделяет сходство и различие объектов.

На его основе происходит **обобщение** - объединение предметов и явлений друг с другом на основе выделения общих свойств и признаков.

**Классификация** - распределение объектов по отдельным группам на основе сравнения и обобщения.

**Абстрагирование** (отвлечение) - свойства предметов мыслятся отвлечённо от самих предметов со всеми их особенностями, своеобразный «уход от действительности»*.*

**Конкретизация** - переход от отвлечённых свойств к конкретной действительности.

29. СУЖДЕНИЯ, УМОЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИНТЕЛЛЕКТ

**Формы мыслительного процесса**.

· формирование и усвоение понятий, суждений и умозаключений;

· решение мыслительных задач.

**Понятие** - это форма мышления, которая отражает существенные свойства, связи и отношение предметов и явлений. Например, в понятие «человек» входит много существенных признаков.

**Суждение** - это утверждение или отрицание чего-либо. Работа мысли над суждением, направленная на установление и проверку его истинности, называется рассуждением.

**Умозаключение** - форма мышления, при которой на основе нескольких суждений делается определенный вывод. К умозаключению можно прийти методами индукции (он частного к общему), дедукции (от общего к частному), аналогии (от частного к частному).

Оно может формироваться либо при помощи **индукции**, либо - **дедукции.**

**Индукция** - вывод из частных суждений общего: вода кипит в кастрюле при 100 градусах, в миске также, умозаключение - температура кипения воды 100 градусов.

**Дедукция -** из общих суждений делаются выводы о частных случаях: зная температуру кипения воды делается умозаключение - в этом конкретном чайнике она закипит при 100 градусах.

Мышление тесно связано с ощущением, восприятием, памятью, а также с потребностями, мотивами и эмоциями человека. При разл псих заболеваниях расстройства мышления являются одним из наиболее часто встречающихся симптомов.

**По Б.Г. Зейгарник нарушения мышления можно разделить на 4 группы:**

Нарушения *операционной стороны* мышления (снижение или искажение уровня обобщения).

**Конкретность мышления** - расстройство мышления при котором утрачивается способность к абстрагированию.

**Искажение обобщения** - необоснованное теоретизирование по конкретным проблемам (клинически резонёрство).

Нарушения *личностного компонента* мышления (утрата целенаправленности мыслительного процесса): а) разноплановость, б) снижение критичности, в) снижение саморегуляции.

Нарушения *динамики* мыслительного процесса:

· лабильность (неустойчивость способа выполнения мыслительных операций, лёгкий переход от одной операции к другой);

· инертность (тугоподвижность, ригидность, трудности переключения).

Нарушения процесса *саморегуляции* познавательной деятельности (невозможность целенаправленной организации мыслительных действий).

**Интеллект -** приобретённые знания, опыт и способность к их дальнейшему накоплению и использованию в умственной деятельности. Он определяется кругом интересов, объёмом знаний. Интеллект и мышление не тождественны. Мышление - активная функция интеллекта и совершается по законам логики.Мышление - это интеллект в действии.Основные формы нарушения интеллекта - олигофрения (врождённое недоразвитие интеллекта) и деменция (приобретенное слабоумие). Слабоумие - диффузное и очаговое (при пред- и старческих формах слабоумия): не могут использовать опыт и знания, и приобрести новый, снижение памяти и критики к состоянию, изменения личности - снижение.

30. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

**I) Нарушения операционной стороны мышления -** это *снижение* уровня обобщения и *искажение* уровня обобщения.

**. Снижение уровня обобщения** (преобладание конкретики).

При снижении уровня обобщения у больных преобладают непосредственные представления о предметах и явлениях, т. е. вместо выделения общих признаков больные устанавливают конкретно-ситуационные связи между предметами и явлениями.

Подобные нарушения встречаются при олигофрении, эпилепсии, при тяжёлых формах энцефалита, при органических поражениях ГМ.

**2. Искажение процесса обобщения** (преобладает обобщение).

Больные с искажением процесса обобщения процесса обобщения, как правило, руководствуются чрезмерно обобщёнными признаками. У таких больных преобладают случайные ассоциации. Например, больной относит к одной группе ботинок и карандаш потому, что они «оставляют следы». Искажение процесса обобщения встречается у больных шизофренией.

**II) Нарушение личностной (мотивационной) стороны мышления.**

**Разноплановость мышления** - расстройство мышления, при котором отмечается формирование суждений исходя из разных принципов. Характеризуется отсутствием логич связей между разл мыслями. Суждения больных о том или ином явлении протекают как бы в разных плоскостях.

**2 Резонёрство -** это тенденция к непродуктивным многословным рассуждениям, склонность к так называемому «бесплодному мудрствованию» (рассуждение ради рассуждения). Они стремятся подвести любое явление (даже абсолютно незначительное) под какую-то концепцию.

**III) Нарушение динамики мышления.**

**. Непоследовательность суждений.** Для больных характерна неустойчивость способа выполнения задания. Уровень обобщения у них снижен. Они вполне успешно выполняют задание на обобщение и сравнение, однако правильные решения у них чередуются с конкретно-ситуационным объединением объектов в группу и с решениями, основанными на случайных связях.

**2. Лабильность мышления.** Нарушение динамики мышления характеризуется чередованием адекватных и неадекватных решений. Характерна лёгкость переключений, временное искажение хода суждений. Она не приводит к грубым нарушениям строения мышления, а лишь на какое-то время искажает правильный ход суждения больных.

**3. Инертность мышления.** Инертность мышления характеризуется выраженной затруднённостью переключения с одного вида деятельности на другой. Данное нарушение мышления является антиподом лабильности мыслительной деятельности. В этом случае больные не могут менять ход своих суждений. Такие трудности переключения, как правило, сопровождаются снижением уровня обобщения и отвлечения. Тугоподвижность мышл-я приводит к тому, что испытуемые не могут справиться с прост заданиями, требующими переключения. Встречается у больных эпилепсией, с травмами ГМ и УО.

**IV) Нарушения процесса саморегуляции познавательной деятельности.**

**. ментизм** - непроизвольный, непрерывный и неуправляемый поток мыслей (следствие эйфории).

**2. Обстоятельность мышления** - мыслительный процесс становится вязким, малоподвижным, способность выделять главное утрачивается.

**3. Разорванное мышление** - погружение человека в свой внутренний мир, ослабевание контактов с действительностью.

**3. Бред, или интеллектуальная мономания**, для которого характерны рассуждения, не соответствующие действительности. Наиболее распространенным считается «бред преследования»: с человеком якобы плохо обращаются на службе, издеваются, угрожают, начинают преследовать и т.п. Удивительное сходство бредовых идей во все времена подтверждает тот факт, что психическая жизнь людей подчиняется единым закономерностям.

31. МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ

1. **Беседа** (темп мышления, активность выполн мыслит операций, обнаруживают ускорение мышления, повышенная отвлекаемость, поверх-ть ассоциаций, замедление мышления в виде «застревания», трудности ассоциаций, переключения на другую тему).

2. Методика **«Классификация предметов»**. Стимульный материал - набор карточек с изображением предметов, растений, животных, людей. Иногда вместо рисунков используют надписи. Если на последнем этапе человек выделяет две-три группы, можно говорить о наличии у него высокого уровня обобщения.

3. Методика **«Исключение лишнего».**

. Методика **«Образование аналогий».** Испытуемому предъявляют пары слов, между которыми существуют определнные смысловые отношения. Задача испытуемого - выделить пару слов по аналогии.

. Методика **«Сравнение и определение** понятий». Стимульный материал представляет собой однородные и разнородные понятия. Пример однородных понятий: танк - трактор. Пример разнородных понятий: ботинок - карандаш. Используется для исследования искажения процесса обобщения.

. **Толкование переносного смысла пословиц и метафор** (для проверки абстрагирования). Стимульный материал представляет собой набор распространённых пословиц и метафор. Существует 2 варианта данной методики: 1) предлагается просто объяснить смысл, 2) найти соответствующую по значению фразу.

7. **Методика пиктограмм** (для изучения операционной стороны мышления). Задача испытуемого - запомнить 15 слов и словосочетаний. Для их лучшего запоминания он должен сделать простой рисунок. Затем анализируется характер выполненных рисунков. Обращается внимание на связь между стимульным словом и рисунком испытуемого. Методика пиктограмм - одна из наиболее часто используемых методик для изучения нарушений операционной стороны мышления.

. **Пересказ содерж-я** прочитан рассказов, книг. Дача определения понятий.

. **Решение задач** - на логику. Нарушается послед-ть мыслит операций. «7 яблок и 3 груши стоят 50 копеек. Груша стоит 5 копеек. Сколько стоит 1 яблоко?».

**10. Изучение ответов о возможности поведения в различных ситуациях**:пожар в театре, несчастный случай на улице, **понимание законов и норм** …

**12. Психологические пробы**:. Матрицы Равена. Шкалы Векслера.

Тест Векслера (или Шкала Векслера) является одним из самых известных тестов для измерения уровня интеллектуального развития. Тест основан на иерархической модели интеллекта Д.Векслера и диагностирует общий интеллект и его составляющие - вербальный и невербальный интеллекты.

Тест Векслера состоит из 11 отдельных субтестов, разделенных на 2 группы, - б вербальных и 5 невербальных. Каждый тест включает от 10 до 30 постепенно усложняющихся вопросов и заданий. К вербальным субтестам относятся задания, выявляющие общую осведомленность, общую понятливость, способности, нахождение сходства, воспроизведения цифровых рядов и т. д. К невербальным субтестам относятся следующие: шифровка, нахождение недостающих деталей в картине, определение последовательности картин, сложение фигур. Выполнение каждого субтеста оценивают в баллах с их последующим переводом в унифицированные шкальные оценки, позволяющие анализировать разброс.

32. ИНТЕЛЛЕКТ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ФОРМЫ, СТРУКТУРА, ОРГАНИЗАЦИЯ, СПОСОБЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ

**Интеллект -** приобретённые знания, опыт и способность к их дальнейшему накоплению и использованию в умственной деятельности.

Интеллект и мышление не тождественны. Мышление - активная функция интеллекта и совершается по законам логики. **Мышление - это интеллект в действии.**

**Интеллект** - система всех познавательных способностей индивида (в частности - способность к познанию и решению проблем, определяющих успешность любой деятельности).

Выделяют **3 формы организации интеллекта**:

**1. Здравый смысл** - процесс правильного отражения реальной действительности, основанный на анализе мотивов поведения людей и использующий рациональный способ мышления.

**2. Рассудок** - процесс познания реальной действительности и способ деятельности, основанный на использовании знаний, мотивов деятельности участников коммуникации.

**3. Разум** - высшая форма организации интеллектуальной деятельности, при которой мыслительный процесс способствует формированию теоретических знаний и творческому преобразованию действительности.

Интеллектуальное познание может использовать следующие способы:

**- рациональный** (требует применения логических законов, выдвижение гипотез и их подтверждение).

**- иррациональный** (опирается на неосознаваемые факторы, не имеет строго заданной последовательности, не требует использования для доказательства истинных логических законов).

**Интеллект** это:

система всех познавательных способностей индивида (в частности, способность к познанию и решению проблем, определяющих успешность любой деятельности);

**-** понятие, объединяющее в себе способность человека к рациональному познанию, суждениям, умозаключениям, анализу и синтезу, отделению главного от второстепенного, накоплению знаний и их практическому применению, умение адаптироваться в новой ситуации. Для количественного анализа интеллекта используют понятие IQ (ай-кью) - коэффициент умственного развития.

**Выделяют 3 формы интеллекта:**

1. **Вербальный интеллект** (запас слов, эрудиция, умение понимать прочитанное).

2. **Способность решать проблемы.**

3. **Практический интеллект** (умение адаптироваться в окружающей обстановке).

В клинике важен практический интеллект. Он может изменять поведение человека и нарушать его адаптацию. В его структуру входят:

· *процессы адекватного восприятия и понимания происходящих событий;*

· *адекватная самооценка;*

· *способность рационально действовать в новой обстановке.*

Интеллектуальная сфера включает в себя некоторые познавательные процессы. Интеллект не их сумма. Предпосылками интеллекта являются внимание и память, но не только они составляют содержание интеллекта. Интеллектуальная деятельности также не может быть заменена мыслительной.

С интеллектом связаны понятия: антиципационная способность и рефлексия. **Антиципационная способность** - способность предвосхищать ход событий и планировать свою деятельности так, чтобы избежать нежелательных последствий и переживаний. **Рефлексия** - создание представления об истинном отношении к субъекту со стороны окружающих. Об интеллекте судят по способности решать задачи и проблемы, а также по мыслительной деятельности.

**Нарушения интеллекта** описывают на основании различной степени снижения способностей к решению проблем и задач, снижению мыслительных способностей. Наиболее ярко снижение интеллекта проявляется при деменции и умственной отсталости.

**Деменция -** психопатологический синдром, вкл сниж интеллекта в силу нарушения корковых функций, памяти, внимания, мышления и проявляется нарушениями ориентировки, способности к обучению.

**Умственная отсталость** - состояние задержанного или неполного развития психики, которая характеризуется нарушением способностей, обеспечивающих общий уровень интеллектуальности (когнитивных, речевых, моторных и социальных).

33. ЛИЧНОСТЬ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

**Человек** - это биосоциальное существо, обладающее членораздельной речью, сознанием, высшими психическими функциями, способное создавать орудия, пользоваться ими в процессе общественного труда.

**Индивид** - отдельный человек, взятый в совокупности всех присущих ему качеств.

**Индивидуальность** - неповторимость, уникальность сочетания различных свойств и качеств человека.

**Личность - э**то интегративная система, которая обеспечивает целостность и постоянство поведения индивида.

**Личность** - это человек, взятый в системе таких его психологических характеристик, которые социально обусловлены, проявляются в общественных по природе связях и отношениях, являются устойчивыми, определяют нравственные поступки человека, имеющие существенное значение для него самого и окружающих.

Наиболее обоснованную и развернутую структуру личности предложил К.К. Платонов. На основе критерия соотношения социального и биологического в структуре личности выделены **четыре подструктуры**:

**направленность личности**. Включает в себя характеристики - интересы, склонности, идеалы, моральные свойства, мировоззрение, убеждение. Подструктура формируется в процессе обучения;

**особенности психических процессов**. Включают в себя характеристики - волю, чувства, восприятие, мышление, ощущения, эмоции, память. Подструктура формируется в процессе упражнений;

**биопсихические свойства**, объединяющие темперамент, половые и возрастные свойства личности. Активность этой подструктуры зависит от свойств нервной системы и мало поддается коррекции.

**опыт** - Привычки, умения, навыки, знания.

На приведенные выше подструктуры накладывается еще две подструктуры: характер и способности.

**Способности** - это то, что не сводится к знаниям, умениям и навыкам, но объясняет (обеспечивает) их быстрое приобретение, закрепление и эффективное использование на практике.

Ядро психической индивидуальности - **темперамент** (биологическая составляющая психической деятельности).

**Темпераментом** называют совокупность свойств, характеризирующих динамические особенности протекания психических процессов и поведения человека, их силу, скорость, возникновение, прекращение и изменение

На его основе формируется **характер** - психологическая составляющая психической деятельности.

**Характер** - совокупность индивидуальных особенностей личности человека, устойчиво проявляющихся в деятельности и общении, в его отношении к себе, людям, объектам реального мира и обусловливающих типичные для него формы поведения в схожих ситуациях.

Говоря об особенностях характера человека, часто имеют в виду черты его личности. **Черты личности** - это особенности поведения человека, проявляющиеся систематически в различных ситуациях.

**Черты личности можно классифицировать по различным критериям:**

**по отношению человека к себе** (самоуверенность, неуверенность в себе, самокритичность, самолюбие);

**- по отношению к труду, делу, собственности** (трудолюбие, аккуратность, бережливость, пассивность, ответственность);

**- по отношению человека к другим людям и обществу в целом** (патриотизм, космополитизм, правдивость, лживость, общительность, открытость, замкнутость, эгоизм).

Затем происходит становление личности (социальная составляющая психической деятельности).

Человек в различных фрустрирующих ситуациях (болезнь, конфликт) реагирует темпераментом, характером или личностью.

Исходя из этого существует **3 способа мотивации поведения человека** - на биологическом, психологическом и социальном (личностном) уровнях.

В зависимости от способа мотивации в дальнейшем строится и тактика лечебного воздействия.

В структуре индивидуальности личность занимает высшую ступень иерархической лестницы. В отличие от типов темперамента и черт характера, являющихся практически неизменными параметрами психической индивидуальности, качества личности могут изменяться в течение жизни.

Для становления и проявления личностных качеств значимо общество (социум). Качества личности нельзя проявить вне общения с людьми или иными живыми существами. Нельзя смешивать личностные качества и индивидуально-психологические («личность» и «индивидуальность»). Основные отличия в степени волевой регуляции поведения, использовании нравственных оснований, мировоззренческих установок, склонностей и социальных интересов при выборе поступков.

Особенности личности каждого человека определяется как его генами, так и множеством внешних влияний: взаимоотношениями с другими людьми, воспитанием в семье, социальным опытом, случайными жизненными ситуациями.

. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА И ЛИЧНОСТИ

**Основные формы нарушения интеллекта** - олигофрения (врождённое недоразвитие интеллекта) и деменция (приобретенное слабоумие).

Большое влияние на степень и характер нарушения интеллекта, слабоумия оказывают различные психологические факторы. Уровень интеллектуального развития родителей, отношения между ними и, в свою очередь, отношение родителей к детям оказывают существенное влияние на их психическое развитие.

**Выделяют 3 вида расстройств личности:**

· *нарушение опосредованности и иерархии мотивов;*

· *нарушение смыслообразующей и побудительной функций мотивов;*

· *нарушение подконтрольности и критичности поведения.*

**Нарушение опосредованности и иерархии мотивов.**

Изменения в мотивации - один из видов нарушения личности. Анализ деятельности человека может быть проведен через изучение его мотивов поведения. Основными характеристиками мотивов являются:

· их опосредованный характер;

· иерархичность построения.

У детей эти процессы формируются в дошкольном возрасте. В течение жизни они усложняются. Одни мотивы подчиняются другим: какой-либо один общий мотив (например, овладеть определённой профессией) включает в себя ряд частных мотивов (овладеть знаниями, усвоить определённые навыки и т. п.). Деятельность человека побуждается несколькими мотивами, определяемыми не одной, а рядом потребностей. Ведущий мотив придаёт поведению некий смысл. Дополнительные - стимулируют человеческое поведение. Деятельность утрачивает личностный смысл при отсутствии ведущего мотива.

**Нарушение смыслообразующей и побудительной функций мотивов**

Сознательно регулируемая деятельность возможна лишь при слиянии этих 2-х функций.

«Смещение» смыслообразующей функции мотивов у больных является причиной нарушения их деятельности, поведения, деградации личности. Выделяется несколько видов смысловых нарушений:

«парадоксальная стабилизация» - какой-то круг смысловых образований становится стабильным: *1) «больной отказывается получать зарплату, так как пренебрегает земными благами». 2) «больной годами живёт на иждивении престарелой матери, говоря при этом, что «хорошо относится к ней»;*

сужение круга смысловых образований - значительное число явлений после возникновения болезни для больного теряет смысл: *у больного* *изменяется отношение к работе, учёбе, друзьям и увлечениям.*

**Нарушение подконтрольности и критичности поведения**

Сбой подконтрольности поведения - один из образов нарушения личности. Он проявляется:

неправильная оценка больным своих действий;

отсутствие критичности к своим болезненным переживаниям.

Некритичность в любых формах свидетельствует о нарушениях деятельности в целом. **Критичность** - вершина личностных качеств человека. Нарушения критичности проявляются в неумении:

· обдуманно действовать;

· проверять свои действия;

· исправлять их в соответствии с действительностью.

**Н. Пезешкиан** с научной целью наблюдал более 20 культур. Автор выделил две принципиально различные по ориентационным приоритетам культуры: западную и восточную. Приоритеты (ценности) человека или культуры (этноса) могут быть сосредоточены в 4-х областях (сферах):

**1. Тело/ощущение** - физическое и психическое самочувствие, внешняя привлекательность, сексуальность, удовлетворённость количеством и качеством сна, принятия пищи. При развитии этого приоритета воспитанием вырабатываются черты характера: чистоплотность, сексуальность, качество физического и психического комфорта.

**2. Деятельность (достижения)/работа** - ценность труда, отношение к работе, её престижности, карьерные ценности. На этой основе форм-ся пунк-ность, орган-ность, послушание, надёжность, бережливость.

**3. Контакты** - ценность контактов, на этой основе формируется любовь, терпение, доверие.

**4. Фантазии/будущее** - ценность религии, творчества, интуитивные способы жизни.

Жизненные ценности этих сфер закрепляются в процессе воспитания человека с помощью **концепций-девизов** (житейских мудростей), которые определяют взаимоотношения в семье, этносе. По данным Н. Пезешкиана в Европе и Сев Америке на первом месте стояли ценности из области «тело», «деятельность», на Востоке - «контакты», и «фантазии». Т. о. для западной модели характерны: здоровье, внешняя привлекательность, сексуальность, карьеризм; для восточной - контакты между людьми, близкие эмоциональные отношения, поиск смысла в жизни.

Признаки ясности и помрачения сознания были введены К. Ясперсом и являются определяющими до настоящего времени. Критерии помрачённого сознания, которые оцениваются вместе:

1. дезориентировка в пространстве, времени и ситуации;

2. бессвязность мышления;

. нечёткое восприятие окружающего;

. трудность воспоминаний о произошедших событиях.

В мед псих имеет значение проблема сна и бодрствования. **Сон** - физиологическое состояние, при котором сознание отсутствует частично (сновидение, могу рассказать, восприятие речи во сне) или полностью.

Потеря сознания по продол-ти возможна от секунд (обморок) до суток (сумеречное состояние сознания, истерическая летаргия, амбулаторный автоматизм). Сознание может выключаться **(**состояния **«выключенного сознания»** - по глубине) и расстраиваться (состояния **«расстроенного сознания»** - по качеству):

**С**остояния **«выключенного сознания»:**

**Обнубиляция** - (лат. облако) - затуманивается, ориентировки сохранены, всё помнит.

**Сомналенция** (лат. сонливость) - дремота, ориентировки сохранены, всё помнит.

**Оглушение** - лёгкое, среднее, глубокое - сонлив или спит, на вопросы с задержкой.

**Сопор** - не отвечает ни на какие раздражители.

**Кома** - полное выключение сознания.

При этом повышается порог для всех раздражителей. У больных замедляются движения, они безучастны к окружающему. Обнубиляция, сопор и кома отличаются лишь степенью дезориентировки в окружающем (при коме сознание утрачивается полностью).

**С**остояния **«расстроенного сознания»:**

**1. Делирий** (во времени, месте не ориентирован, в «Я» ориентирован, бред, галлюцинации - «белая горячка»; имеется ложная ориентировка, как правило, возникает вечером, а ночью усиливается; причина: после ЧМТ у «органиков», при инфекционных, алкогольных и наркотических интоксикациях, после выхода из делирия больные могут вспоминать отдельные фрагменты событий).

**2. Онейроид** (ложная ориентировка в пространстве, времени и частично в собственной личности + фантастические сноподобные переживания - межпланетные путешествия, общение с жителями Марса, галлюцинации с характером громадности: «гибель города», «как раскалывается земной шар», «как проваливается метро»…; после обычно не могут вспомнить детали, лишь содержание своих грёз. Чаще при шизофрении и эпилепсии).

**3. Сумеречное состояние** **сознания** (дезориентировка в пространстве, времени и в собственной личности; сужение сознания, хотя внешне больной упорядочен; приходит внезапно и внезапно заканчивается, могут быть устрашающие галлюцинации, бредовые идеи и немотивированные поступки - бегство, нападение; воспоминания о периоде помрачения отсутствуют). Возможно у больных эпилепсией, при патологическом опьянении.

35. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА И ЛИЧНОСТИ

*Методы исследования интеллекта:*

1) Вопросы на интеллект: знание политической жизни, истории, географии, литературы; понимание законов и норм.

) Методика «Исключение разнородных понятий».

) Методика «Выделение существенных признаков».

) Методика «Простые аналогии».

) Методика «Сложные аналогии».

) Ассоциативный тест.

) Методика «Незаконченные предложения».

) ШТУР - школьный тест умственного развития.

) Тест Равена, пробы Бине-Симона, Векслера.

) Изучение ответов о возможности поведения в различных ситуациях: пожар в театре, несчастный случай на улице…

*Методы исследования личности:*

1) MMPI (одна из модификаций метода - ММИЛ).

*Методы исследования сознания.*

1. Уточнение ориентировки в пространстве, времени, ситуации и собственном «Я».

2. Определение характера мышления (связности).

. Уточнение характера восприятия окружающего.

. Изучение воспоминаний о произошедших событиях.

36. ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Сегодня в психиатрии существует **принцип «презумпции психической нормальности»,** который опирается на следующие моменты:

) Никто не может быть признан психически больным до постановки диагноза заболевания;

) Никто не обязан доказывать отсутствие у себя психического заболевания. Вместе с тем, крайне важным представляется процесс своевременного выявления болезненных изменений психики - диагностика.

**ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ**, или расстройства психической деятельности человека, какой бы природы они ни были, всегда обусловлены нарушениями работы головного мозга. Но не всякое нарушение приводит к психическим эаболеваниям. Известно, например, что при некоторых нервных заболеваниях, несмотря на то, что повреждающий процесс локализуется в головном мозге, психических расстройств может и не быть.

**При психических заболеваниях** преимущественно нарушается адекватное отражение действительности. Так, если человек не узнает привычной обстановки, принимает ее за нечто другое, а окружающих его людей рассматривает как злоумышлеников или врагов, если этот человек наряду с реальным восприятием находится во власти зрительных и слуховых галлюцинаций, если его охватывает без видимой причины страх или состояние безудержного веселья, то налицо искаженное отражение реального мира и соответственно этому неправильное поведение - бегство от мнимых врагов, агрессивное нападение на воображаемых противников, попытки к самоубийству и т. п.

Это примеры выраженного психического заболевания, при котором нарушена способность правильной оценки происходящего вокруг больного и с ним самим.

**Психические заболевания многообразны** по своим формам и степени выраженности. Наряду со случаями, когда психически больной не сознает своей болезни, могут быть другие варианты: критическая самооценка утрачивается лишь частично, или наблюдается двойственное отношение к своему страданию («я болен, но в то же время и здоров»), или при наличии достаточной критики у человека выявляются неправильные, не вытекающие из ситуации формы поведения.

**Психические заболевания весьма распространены**, число психически больных на всем земном шаре достигает 150 млн., причем в связи с увеличением продолжительности жизни отмечается тенденция к росту этого числа.

Выясняя причины возникновения психических заболеваний, необходимо усвоить, что наиболее серьезное значение в их развитии имеют:

**- патологическая наследственность** (например, при шизофрении, олигофрении, эпилепсии);

**- поражение головного мозга** (например, при черепно-мозговой травме, заболеваниях головного мозга, мозговых опухолях различной этиологии, нарушениях мозгового кровообращения и кровоизлияниях в головной мозг, атеросклеротических изменениях сосудов головного мозга);

**- психотравмирующие потрясения в семье и обществе**, значимые для человека, затрагивающие его личную честь, достоинство, социальный престиж, карьеру, связанные с угрозой личному благополучию, здоровью и жизни;

**- острые и хронические интоксикации** спиртосодержащими и наркотическими веществами или их суррогатами, никотином, лекарственными препаратами, промышленными ядами;

**перенесенные острые и хронические инфекционные заболевания**;

**- аутоинтоксикация** (самоотравление) как результат нарушения обмена веществ при острых и хронических заболеваниях (например, диабете);

**- нарушение генетического механизма** (например, при облучении).

**Внутриутробные повреждения** плода в связи с болезнью и травмами матери во время беременности могут быть причиной задержки психического развития ребенка, эпилепсии и других психических болезней.

**Пол и возраст также** имеют определенное значение в развитии психических болезней. Так, например, психические расстройства у мужчин встречаются чаще, чем у женщин. При этом у мужчин чаще наблюдаются травматические и алкогольные психозы, у женщин - маниакально-депрессивный психоз и инволюционные (предстарческие) психозы, депрессии.

Частота ряда заболеваний, напр. шизофрении, достигает максимума в возрасте от 20 до 35 лет и явно падает к старости.

Возникновению и прогрессированию психических нарушений способствуют определенные условия, в которых пребывает человек в семье, коллективе и обществе. Эти расстройства усиливаются также при астенических состояниях после длительной умственной или физической работы, перенесенного заболевания, нервно-психического перенапряжения, вынужденной бессонницы, психического потрясения (стресса).

Особенности внутренней и внешней среды в зависимости от конкретной ситуации и обстоятельств в значительной степени могут способствовать или, наоборот, затруднять патологическое развитие психических расстройств у человека (например, во время Великой Отечественной войны, когда в обществе преобладала идея победы над врагом, снизилось число психических заболеваний).

Установлено, что элементы психических расстройств в зачаточной форме заложены в психике каждого, но они слабо выражены, не дифференцированы, только обозначены. Нужны определенные причины и условия, при которых эти нарушения проявились бы в виде душевного заболевания.

**По течению различают острые и хронические психические заболевания.**

**К острым психическим заболеваниям** относят заболевания (расстройства, нарушения, психозы), развивающиеся быстро, скоротечно и обычно заканчивающиеся выздоровлением (например, алкогольные психозы, исключительные состояния);

**к хроническим - психические заболевания** (расстройства, нарушения) с длительным течением, которые отличаются постепенным нарастанием клинических проявлений (прогредиентностью), а затем спадом остроты психопатологических симптомов и синдромов и появлением более или менее длительной и устойчивой ремиссии, то есть они характеризуются определенной динамикой (стадийностью) болезненного процесса.

При этом выделяют следующие **стадии течения психического заболевания**:

**- дебют (манифестная**) - это острая фаза собственно заболевания или рецидива (обострения психической болезни), которая развивается постепенно или, наоборот, быстро и остро. Дебют заболевания характеризуется такими симптомами, как бред, галлюцинации, речедвигательное возбуждение или торможение. В дальнейшем на этой стадии наблюдается развернутая клиническая картина болезни с определенной закономерностью течения и темпом нарастания болезненных симптомов, который может быть быстрым, злокачественным или медленным, длительным, хроническим с постепенным расширением патологических проявлений, обычно приводящих к психическому дефекту в виде слабоумия (например, это типично для шизофрении, эпилепсии и др.);

**- исход (постманифестная**), при котором возможны: выздоровление (характерно для острых психозов, исключительных состояний); ремиссия (улучшение клинического состояния в виде различной по времени и степени компенсации болезни); дефектное состояние (преобладает вялотекущее течение болезни, она как бы останавливается, но стойкие необратимые изменения личности и характера, явления нарастающего слабоумия остаются); летальный исход (смерть пациента наступает в результате соматических осложнений).

От психических заболеваний с прогрессирующим течением (например, шизофрении) необходимо отличать болезненные нарушения психики, при которых нет прогрессирования болезненного процесса и нарастания патологических расстройств. К таким заболеваниям относятся олигофрения, иногда последствия черепно-мозговой травмы. В то же время психиатры отмечают, что эти состояния у психически больных в течение жизни могут изменяться в основном в сторону ухудшения (как правило, под воздействием психогенно обусловленных коллизий, алкоголизации, наркотизации, соматических заболеваний).

Как многообразно действие причинных факторов, так многообразны **формы и типы психических заболеваний.**

Одни из них возникают остро и носят преходящий характер (острые интоксикационные, инфекционные и травматические психозы).

Другие же развиваются исподволь и протекают хронически с нарастанием и углублением тяжести нарушения (некоторые формы шизофрении, старческие и сосудистые психозы).

Третьи, обнаруживаясь в раннем детстве, не прогрессируют, вызванная ими патология устойчива и в течение жизни больного существенно не изменяется (олигофрения).

Ряд психических заболеваний протекает в форме приступов или фаз, оканчивающихся полным выздоровлением (маниакально-депрессивный психоз, некоторые формы шизофрении).

**Симптомы психических болезней**

Наиболее частыми симптомами психических 6олезней являются галлюцинации, бред, навязчивые состояния, аффективные расстройства, расстройства сознания, расстройства памяти, слабоумие.

37. ШИЗОФРЕНИЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Шизофрения** (*с греч. шизо - расщепляю, френио - душа*) - психическое заболевание, которое протекает с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа (снижение энергетического потенциала, прогрессирующая интравертированность, эмоциональное оскудение, искажение псизхических процессов).

Это наследственно-конституциональное психическое заболевание, характеризующееся рядом патогномоничных психопатологических симптомов и синдромов.

**Шизофрения -** самое известное психическое заболевание. Часто итогом данного заболевания является разрыв прежних социальных отношений больного и значительная дезадаптация больных в обществе. К ней склонны люди любого возраста, но наиболее часто в возрасте с 15 до 25 лет. Чем раньше проявляется данное заболевание, тем более неблагоприятным является его прогноз.

**«Симптомы 1-го ранга» (по Курту Шнайдеру):**

· комментирующие и императивные вербальные псевдогаллюцинации;

· чувство «изымания» или «вкладывания» посторонними людьми мыслей в голову пациента;

· убеждённость в том, что мысли пациента известны окружающим и передаются другими людьми как по радио;

· «вкладывание» в сознание пациента ощущений других людей, их бредовые идеи воздействия.

**формы течения шизофрении:**

· непрерывно текущая шизофрения;

· приступообразно-прогредиентная (шубообразная);

· рекуррентная (периодическое течение).

**По темпу течения процесса:**

· малопрогредиентную:

· среднепрогредиентную;

· злокачественную.

**Выделяют различные формы шизофрении:**

1. Шизофрения с навязчивостями.

2. Паронояльная шизофрения (отмечается бред преследования, ревности, изобретательства).

. Шизофрения с астеноипохондрическими проявлениями (психическая слабость с болезненной фиксацией на состоянии здоровья).

. Простая шизофрения.

. Галлюцинаторно-параноидная.

. Гебефреническая (отмечается дурашливое, речевое и двигательное возбуждение, повышенное настроение, разорванность мышления).

. Кататоническая (характеризуется преобладанием двигательных нарушений).

**Психологическая характеристика больного шизофренией.**

Познавательные процессы:

· **ощущение и восприятие -** характерно обострение восприятия, наличие галлюцинаций, усиление яркости, насыщенности образов зрительного и слухового анализаторов. При шизофрении пациент не способен сортировать и интерпретировать поступающие сигналы, а также правильно реагировать на них;

· **внимание** - свойственны различия пассивного и активного внимания, нарушен механизм фильтрации и механизм настройки фильтра, имеется дефект в переработке информации;

· **память** - память в норме, кривая запоминания 10 слов в виде «плато»;

· **мышление -**разорванность, резонёрство. Характерно искажение процессов обобщения - соскальзывание, разноплановость, конкретность, а также патологический полисемантизм (слова приобретают множественные значения, «расшатывается» смысловая структура слова. В начале шизофрении (малый дефект) наибольшее количество ошибок шизофренического типа определяет методика **«Классификация»,** методика **«Исключения понятий»** отклонений не находит. По мере углубления дефекта значимость методик уравнивается.

**«Амотивационный синдром»** - нарушение побуждений и мотивации. У больных теряется личностный смысл предметов и явлений (нет мотивации!), он не совпадает с общепринятым и реальной ситуацией. Амотивационное мышление приводит к распаду мышления.

· **эмоции -** преобладают негативные симптомы: уменьшение выраженности эмоциональных проявлений, снижение дифференцировки эмоциональных реакций, апатия, неадекватность эмоциональных переживаний - неадекватные аффекты, безразличное отношение к членам семьи, потеря интереса к окружающему;

· **воля и мотивация -** негативные симптомы волевых нарушений: абулия, снижение контроля двигательных актов, амбитендентность и аутизация, кататонический синдром, импульсивные действия, стереотипии, каталепсия;

· **интеллект** - сохранён, нарушения нетипичны, страдает процесс селективности получаемой информации;

· **сознание и самосознание** - нарушение сознания при шизофрении проявляется лишь одной формой - онейроидным расстройством сознания. При некоторых формах шизофрении нарушается самосознание;

Т. о. при шизофрении нарушаются восприятие, мышление, эмоционально-волевая сфера. Расстройства памяти и интеллекта нетипичны.

**Для исследования больных шизофренией используются**: «Классификация предметов», «Исключение предметов», «Образование аналогий», «Сравнение и определение понятий», толкование переносного смысла пословиц и метафор, пиктограмма, решение задач.

38. МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ (МДП БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО), ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

**МДП -** это заболевание, для которого характерно наличие депрессивных и маниакальных фаз. Фазы разделены периодами (интермиссиями) с полным исчезновением психических расстройств. МДП чаще встречается у женщин, чем у мужчин. **Выделяют следующие формы МДП:**

1. Циклофрения (выраженная форма).

2. Циклотимия (мягкая, ослабленная форма).

**Депрессивные фазы протекают в несколько раз чаще, чем маниакальные.**

Для **депрессивной фазы** характерны следующие симптомы:

· подавленное настроение (депрессивный аффект);

· интеллектуальное торможение (заторможенность мыслительных процессов);

· психомоторное и речевое торможение.

Для **маниакальной фазы** характерны следующие симптомы:

· повышенное настроение (маниакальный аффект);

· интеллектуальное возбуждение (ускоренное протекание мыслительных процессов);

· психомоторное и речевое возбуждение.

Проявления МДП могут встречаться в детском, подростковом и юношеском возрасте. В каждом возрасте при МДП имеются свои особенности.

**У детей до 10 лет в** **депрессивной фазе** отмечаются: *вялость, медлительность, малоразговорчивость, пассивность, растерянность, усталый и нездоровый вид, жалобы на слабость, боли в голове, животе, ногах, низкая успеваемость, трудности в общении, нарушения аппетита и сна.*

**У детей в** **маниакальной фазе** наблюдаются: *лёгкость появления смеха, дерзость в общении, повышенная инициативность, отсутствие признаков усталости, повышенная подвижность.*

**В подростковом и юношеском возрасте депрессивное состояние** проявляется *заторможенностью моторики и речи, снижением инициативы, пассивностью, утратой живости реакций, чувство тоски, апатии, скуки, тревоги, забывчивостью, склонностью к самокопанию, повышенной чувствительностью к отношению со стороны ровестников, суицидными мыслями и попытками.*

**В подростковом и юношеском возрасте маниакальное** состояние проявляется *расторможенностью, развязностью, дурашливостью, нереалистичностью стремлений и действий, частой сменой увлечений.*

**Для исследования больных с МДП** используются: MMPI, тест Кетелла, шкалы Спилбергера-Ханина, Тейлора, Шихана, опросник Бека, тест Люшера.

39. ЭПИЛЕПСИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Эпилепсия** - заболевание, характеризующееся разнообразными судорожными и бессудорожными пароксизмами и нарастающими изменениями личности.

Характерны частые нарушения сознания и настроения. Эпилепсия постепенно приводит к личностным изменениям. Играют роль наследственность и экзогенные факторы (например, внутриутробные повреждения ГМ).

**Основной признак заболевания** - судорожный припадок, который начинается, как правило, внезапно. Иногда за несколько дней до припадка появляются предвестники: **плохое самочувствие, раздражительность, головная боль.**

Припадок обычно длится около 3-х минут. После него больной вял и сонлив. Припадки могут проявляться с различной частотой, от нескольких раз в день до нескольких припадков в год.

***У больных бывают атипичные припадки:***

1. Малые припадки (потеря сознания на несколько минут без падения).

. Сумеречное состояние сознания.

. Амбулаторные автоматизмы, в том числе сомнамбулизм (лунатизм).

**Характерными чертами больных эпилепсией являются:**

1. Тугоподвижность, замедленность всех психических процессов.

. Сочетание аффективной вязкости и эксплозивности (взрывчатости).

. Педантизм в отношении одежды, порядка в доме.

. Инфантилизм, незрелость суждений.

. Слащавость, утрированная любезность.

. Сочетание повышенной чувствительности и ранимости со злобностью.

Лицо больных эпилепсией малоподвижно, маловыразительно. Отмечается сдержанность в жестах. Во время исследования больных эпилепсией психолог изучает мышление, память и внимание.

**Психологическая характеристика больного эпилепсией.**

Познавательные процессы:

· **ощущение, восприятие, память, внимание** диагностически незначимы;

· **мышление** - характерны обстоятельность, вязкость, тугоподвижность, чрезмерная детализация, невозможность отличить главное от второстепенного, снижение уровня обобщения, инертность, конкретность, непонимание юмора;

· **эмоции** - аффективная ригидность (длительное доминирование какого-либо аффекта и фиксация на нём), дисфория (склонность к злобно-тоскливому настроению, злопамятность, эксплозивность, взрывчатость, вспышки гнева, дисфорические эпизоды).

· **воля и мотивация** - налицо механизм «сдвига на цель», что ведёт к сужению деятельности, сосредоточению её на отдельных деталях, со временем формируется феномен «сокращения смысловых единиц деятельности»;

· **интеллект** - для речи характерна олигофазия, употребление уменьшительно-ласкательных слов: ложечка, кроватка…

· **сознание** - характерны частые нарушения сознания.

**Для исследования больных с эпилепсией** используются: таблицы Шульте, «Классификация предметов», «Исключение предметов», «10 слов».

40. ОЛИГОФРЕНИЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Олигофрения** (*термин в переводе с греч. малоумие*) означает психическое недоразвитие, слабоумие.

**По степени тяжести выделяют 3 группы олигофрении:**

**1. Идиотия** - глубокая степень (характеризуется практически полным отсутствием речи и способности к самообслуживанию).

**2. Имбецильность** - средняя степень (характеризуется косноязычием, небольшим словарным запасом; иногда больные вспыльчивы, агрессивны).

**3. Дебильность** - лёгкая степень (характеризуется недостаточной критичностью в отношении своих возможностей; отмечаются затруднения в абстрагировании и обучении).

Чем сильнее выражено слабоумие, тем ниже способность к обучаемости.

**При этом заболевании отмечаются:**

· недоразвитие моторики;

· нарушения мышления;

· нарушения восприятия;

· узкий объём внимания;

· неустойчивость внимания;

· преобладание механической памяти;

· ограниченность словарного запаса.

**Психологическая характеристика больного олигофренией.**

Познавательные процессы:

· **ощущение и восприятие -** недостаточная дифференцированность и неподвижность зрительных образов, восприятие недостаточно активное, глобальное - без деталей объекта;

· **внимание -** узкий объём, неустойчивость внимания**,** если предлагаемый для исследования материал доступен, то относительная норма;

· **память -** возможно сужение объёма кратковременной памяти, непродуктивность заучивания, снижение опосредованной памяти;

§ **мышление** - конкретность, непоследовательность суждений, инертность, примитивность, неспособность к абстрагированию;

§ **эмоции** - иногда проявляют вспыльчивость и агрессивность;

§ **воля и мотивация** - сужение круга интересов, недоразвитие моторики;

§ **интеллект** - снижен, характерен «дефицит интеллекта»;

· **сознание** - нарушения не типичны.

**Для исследования больных с олигофренией** используются: школьный тест умственного развития (ШТУР), «Классификация предметов», «Исключение предметов», «Образование аналогий», «Сравнение и определение понятий», тест Векслера, тест Равена.

41. ОРГАНИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Согласно МКБ-10 к ним относятся: 1) деменции при атрофических процессах ГМ, связанные с болезнями Альцгеймера, Пика; 2) сосудистые деменции; 3) психические расстройства различной степени выраженности, обусловленные органическими (непсихогенными) причинами (ЧМТ, инфекции и интоксикации ГМ, опухоли).

При органических заболеваниях ГМ чаще отмечаются следующие признаки: повышенная истощаемость; снижение памяти; инертность мышления; снижение уровня интеллектуальных процессов; пассивность; сужение круга интересов.

**Наиболее часто встречаются:**

**1. Церебральный атеросклероз*.*** При данном заболевании отмечается повышенная истощаемость психических процессов, которые бывают 2-х типов:

- **гиперстенический тип** (смена быстрого темпа его снижением), встречается на начальных стадиях заболевания;

**гипостенический тип** (понижение темпа и качества выполнения задания с ходом времени), характерен для поздних стадий заболевания.

У больных с церебральным атеросклерозом наблюдаются следующие признаки: *нарушения памяти; инертность психической деятельности; повышенная истощаемость; снижение уровня обобщения, нарастание расстройств речи.*

**2. Старческое (сенильное) слабоумие.** Возникает у пожилых людей (после 65 лет) в результате атрофического процесса в головном мозге. У больных отмечаются следующие личностные особенности: *грубость, подозрительность, чёрствость, скупость, замкнутость, эгоцентризм, резкое сужение круга интересов.*

**Существует несколько форм старческого слабоумия:**

простая;

**-** конфабуляторная (суетливость, эйфория, наличие конфабуляций);

**-** делириозная (характеризуется помрачением сознания).

**3. Болезнь Альцгеймера.** Является атипичной формой старческого слабоумия, так как начинается в более раннем возрасте (40-45 лет). В данном случае атрофический процесс захватывает теменно-затылочные, височные, лобные отделы левого полушария ГМ. На начальной стадии болезни отмечаются: *расстройства внимания; интеллектуально-мнестическое снижение; нарушение письменной речи и чтения.*

В последней стадии наступает психический распад. При этом он является более глубоким, чем при старческом слабоумии. Больные беспомощны, неспособны обслуживать себя и нуждаются в постоянном уходе.

**4.** **Болезнь Пика.** Причиной данного заболевания является атрофия лобных, височных или теменных участков ГМ. У больных отмечаются следующие изменения личности: *снижение инициативы; вялость; пассивность; повышенное настроение; половая распущенность.* В конце заболевания отмечается безразличие к окружающему и распад речи.

**Психологическая характеристика больного с органическим психическим расстройством.**

Познавательные процессы:

· **ощущение и восприятие -** недостаточная дифференцированность и неподвижность зрительных образов, восприятие недостаточно активное, глобальное - без деталей объекта;

· **внимание -** страдает активное внимание, его концентрация, объём, распределение. Имеются трудности с переключением внимания, характерны повышенная отвлекаемость, неустойчивость и истощаемость внимания;

· **память -** «плато» из 10 слов, предложенных для запоминания: после каждого повторения пациент называет не более 2-3 слов из прочитанных 10. Имеет место фиксационная амнезия;

· **мышление** - характерны снижение уровня обобщения, нарушения операционной и целенаправленности мышления, инертность, ригидность, истощаемость, нарушения его динамики, трудности в подборе антонимов;

· **эмоции - аффективная лабильность, нарушение самоконтроля;**

· **воля и мотивация - сужение круга интересов;**

· **интеллект - снижен, имеет место распад имевшихся сведений и знаний,** снижение процессов умственной работоспособности. **Х**арактерны расстройства речи. Для болезни Пика типичными считаются - «стоячие обороты»: стереотипно повторяемые больным слова, обрывки фраз («симптом грамофонной пластинки»). Для болезни Альцгеймера - семантическая афазия;

· **сознание -** нарушения не типичны.

**Для исследования больных с органическими психическими** расстройствами используются: «Исключение предметов», «Классификация предметов», «Сравнение и определение понятий», корректурная проба, счёт по Крепелину, таблицы Шульте.

42. НЕВРОЗЫ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Понятие «неврозы» введено с 1776 года. Для невроза характерны следующие **особенности:**

· патологические нарушения являются обратимыми независимо от длительности;

· психогенное происхождение;

· наличие эмоционально-аффективных и соматовегетативных нарушений;

· всегда сохраняется критическое отношение к болезни.

**Причины неврозов:**

· чувством вины,

· фрустрацией,

· агрессией,

· недостатком или избытком информации,

· определяться характером профессии, с

· событиями в жизни общества.

Имеется определённая связь и с генетическим фактором.

**ФОРМЫ НЕВРОЗОВ**:

1. неврастения,

2. истерия,

. невроз навязчивых состояний.

**1.Неврастения** (*от греч. asthenos - слабый)* - слабость нервов. **Имеет 3 стадии:**

1) Нарушение активного торможения (проявляется в виде раздражительности и возбудимости).

2) Появление лабильности возбудительных процессов (раздражительная слабость).

) Преобладание слабости, истощаемости, вялости, апатии, пониженного настроения, сонливости.

Слабость при неврастении выражается в постоянном чувстве усталости. При этом у больного возникает ощущение, как будто он совершал физическую работу. Появляются жалобы на головную боль, учащённое сердцебиение, боли в животе, расстройства половой сферы.

У больных отмечаются следующие признаки: нарушения сна, раздражительность, злоба, чувство «исчерпанности», вспышки гнева. Считается, что неврастенией чаще страдают люди, занимающие руководящие должности, так как на работе они пребывают в постоянном напряжении.

**2. Истерия** (*от греч. hystera - матка*). По МКБ-10 - диссоциативное (конверсионное) расстройство. Во времена Платона считалось, что эта болезнь связана с хождением матки по телу женщины (повод: значительно чаще истерия встречается у женщин). Однако, в дальнейшем те же симптомы были обнаружены и у мужчин. **При истерии отмечаются**: головная боль, сердцебиения, эмоциональная возбудимость, припадки, напоминающие эпилептические.

**Выделяют симптомы истерии:**

· **двигательные симптомы** (выражаются в размашистых движениях различного рода и функциональных параличах);

· **сенсорные симптомы** (отсутствие болевых реакций, истерическая слепота и глухота, отсутствие осязания, потеря вкуса или наоборот гиперестезии, зрительная или слуховая гиперчувствительность, непроходящая боль, перчаточная или чулочная гиперчувствительность, а также спастическое зажмуривание век, истерическая беременность, потеря голоса);

· **психические симптомы** (состояние возбуждения или апатии, гипермнезия или амнезия, экстазы, припадки, исступленность, истерический ступор, сумеречное состояние).

**3. Невроз навязчивых состояний.** По МКБ-10 - обсессивно-компульсивное расстройство. Его особенность в принуждении (чем больше больной сопротивляется этому принуждению, тем сильнее проявляются симптомы).

**Невроз навязчивых состояний проявляется:**

· беспокойством (Закрыл ли двери квартиры?);

· стремлением к порядку (нарушение порядка вызывает беспокойство, а ритуалы снижают тревогу);

· строгим выполнением общественных обязательств (или у больных появляется чувство вины);

· применением разных оберегов для снижения уровней тревоги и страха.

**Симптомы:** навязчивые мысли, навязчивые действия, навязчивые страхи (фобии). Чаще других встречаются страх перед биологической или психологической смертью, перед загрязнением, боязнь острых предметов. Предпосылками страхов могут быть сексуальная неудовлетворённость, скрытая агрессивность, аморальное поведение.

**Невротические расстройства -** функциональные расстройства психической деятельности, возникающие как реакция на психотравмирующие события (конфликты) и обусловленные несовершенством механизмов психологической защиты и адаптационной несостоятельностью.

**Психологическая характеристика больного неврозом.**

Познавательные процессы:

· **ощущение и восприятие -** нарушения неспецифичны;

· **внимание** - специфических нарушений нет, возможны нарушения концентрации и устойчивости внимания, быстрая истощаемость и замедленность переключения внимания;

· **память** - нарушения неспецифичны, возможны нарушения механического запоминания, воспроизведения, страдает процесс забывания;

· **мышление** - нарушения неспецифичны, как правило, ассоциации не нарушены;

· **эмоции -** нарушения в виде депрессии, астении и слабодушия, страхов и фобий, ангедонии, тоски и тревоги, эмоциональные феномены чаще представлены обидой, разочарованием, аффектом недоумения, гневом;

· **воля и мотивация - преобладают** аномальные потребности невротика. K. Horney выделяет десять, вот некоторые из них: ***потребность в любви и одобрении*** («всеядность» в отношении объекта любви - желание быть любимым всем и каждым при полном безразличии к партнёру); ***потребность в поддержке, стремлении иметь сильного партнёра, который избавит от страха и одиночества*** (невротик не уверен, что его любят и стремится заработать любовь, отсюда повышенная зависимость от объекта любви); ***потребность властвования, доминирования, лидерства*** (распространяется на все сферы жизни, хотя невротик объективно не обладает для этого всеми данными, при этом он хочет «всё выше, и выше, и выше…, но боится ответственности за бремя власти); ***потребность в публичном признании, восхищении***, которые ошибочно становятся мерилом самоценности). В рамках мотивационного аспекта в развитии невроза можно указать на диссонанс между прогнозируемым и реальным результатами, что сначала ведёт к интрапсихическому конфликту, затем - к неврозу;

· **интеллект** - нарушения неспецифичны, характерно, что у людей со средним интеллектом неврозы реже, чем у лиц с отклоняющемся от среднего уровнем интеллектом, в сторону более высокого и более низкого интеллекта;

· **сознание и самосознание** - сознание при неврозах всегда в норме. «Я» концепция характеризуется полярными качествами: ригидностью или нестабильностью образа «Я» и самооценок, низким уровнем самоуважения и самоприятия.

У невротиков, как правило, внешний локус контроля. Они чрезвычайно зависимы от мнения и оценок значимых других, повышенно тревожны и уязвимы в ситуации неуспеха, даже в случае успеха избирают стратегию низких или средних целей, успех приписывают везению. Невротики не способны влиять на ход событий, что ввергает их в депрессию.

Для невротика характерен эгоцентризм и «потребительская» ориентация. Иными словами потребности невротика не опредмечены, а существуют в форме навязчивого влечения.

Для невротика характерна трансформация (защитная мимикрия) - угроза фрустрации или нежелательных социальных санкций порождает потребности **«перевёртыши»**, например, потребность в любви может выступить в сознании в виде враждебности, отвержения.

Для исследования больных используются: личностный опросник Айзенка, MMPI, тест Кетелла, Розенцвейга, исследование уровня притязаний.

43. ЭМОЦИИ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ВИДЫ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**. Эмоции -** это переживание человеком действительности.

**2. Эмоции** - это «интегральное выражение изменённого тонуса нервно-психической деятельности, отражающееся на всех сторонах психики и организации человека».

**Классификация эмоций:**

- эмоциональные реакции (кратковременные ответные переживания на стимулы);

эмоциональные состояния (состояния, сопровождаемые изменением нервно-психологического тонуса;

эмоциональные отношения (чувства) - связь конкретных эмоций с определёнными объектами.

Виды нарушений при психических заболеваниях.

**алекситимия** - невозможность назвать свои эмоциональные переживания или весомые затруднения при их описании;

**ангедония** - полное потеря интереса к окружающему, утрата чувства радости, удовольствия.

**эмпатия** (эмоциональная отзывчивость) - способность точно распознать эмоциональное состояние собеседника и сопереживать ему (это способность является очень важной для эффективного лечения).

**Аффекты** - это явные эмоциональные состояния человека, которые характеризуются существенными изменениями в поведении.

**Страсти** - это своеобразные **сплавы эмоций и чувств**, сконцентрированных на определённом виде деятельности. Наиболее распространённые эмоциональные феномены (виды настроения):

**- депрессия** - пониженное настроение, двигательная заторможенность, замедленное мышление;

**- мания** - повышенное радостное настроение (эйфория), двигательное возбуждение, ускоренное мышление;

**эйфория** - повышенное, неадекватно весёлое настроение;

**- дисфория** - злобно-гневливое настроение;

**- апатия** - состояние безразличия;

**- слабодушие** - несдержанность эмоций;

**- паротимия** - неадекватный аффект, не соответств. вызвавшей его причине;

**- тоска** - чувство напряжения, граничащее с болью, которое больные локализуют в области сердца;

**- беспокойство** - чувство напряжённого беспредметного ожидания надвигающегося несчастья;

**амбивалентность** - одновременное сосуществование противоположных эмоций;

**страх** - чувство внутренней напряжённости, которое связано с ожиданием конкретных угрожающих событий или действий; проецируется вовне;

**тревога** - чувство внутр. напряжённости, кот. связано с ожиданием угрожающих событий; обычно не проецируется во вне;

44. ВОЛЕВАЯ СФЕРА: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ВИДЫ НАРУШЕНИЙ У ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

**Воля** - способность регулировать поведение, управлять собой.

**Волевое усилие -** достижение сознательно поставленной цели.

Структуру сложного волевого действия составляют три звена:

1. осознание и постановка цели,

2. планирование и

. исполнение.

К волевым качествам относят: целеустремленность, самостоятельность, решительность, настойчивость, выдержку (самообладание), инициативность, дисциплинированность, мужество. Воля тесно связана с другими сторонами психики: потребностями, интересами, способностями, мировоззрением, убеждениями, процессами мышления, чувствами.

Мотивационная сфера включает широту, гибкость, иерархизированность.

К **парабулиям** (болезненным потребностям и Мотивам) относят следующие нарушения:

. **Анорексия** - подавление желания есть, отсутствие аппетита.

. **Булимия** - болезненное желание часто, постоянно и много есть.

. **Дромомания** - патологическое непреодолимое влечение к бродяжничеству.

. **Пиромания** - к поджогам.

. **Клептомания** - к воровству ненужных данному человеку предметов.

. **Дипсомания** - к запоям.

. **Онихофагия** - непреодолимое желание грызть ногти.

. **Арифмомания** - непреодолимое желание считать ступени лестницы, окна в домах…

. **Суицидальное поведение.**

Наиболее ярко нарушения двигательно-волевой сферы представлены в **кататоническом синдроме**:

**стереотипии** - частое и ритмичное повторение одних и тех же движений;

**- импульсивные движения** - внезапные, бессмысленные и нелепые двигательные акты без достаточной критической оценки;

**- негативизм** - беспричинное отрицательное отношение к любым воздействиям извне в виде сопротивления и отказа;

**- эхолалия и эхопраксия** - повторение больным отдельных слов или действий, которые от видит или слышит в данный момент;

**- каталепсия** («симптом восковой гибкости») - застывание больного в одной позе и сохранение этой позы в течение длительного времени.

**Нарушения волевой деятельности:**

**- нарушение структуры иерархии мотивов** - отклонение формирование иерархии мотивов от естественных и возрастных особенностей человека (в 60 лет решил стать олимпийским чемпионом по бегу);

**парабулия** - формирование патологических (болезненных) потребностей и мотивов;

**гипербулия -** нарушение поведения в виде двигательной расторможенности (возбуждения).

**- гипобулия** - нарушение поведения в виде двигательной заторможенности (ступора).

45. СОЗНАНИЕ И САМОСОЗНАНИЕ:ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ВИДЫ НАРУШЕНИЙ

**Сознание -** высший уровень психической деятельности, проявляющийся способностью отдавать себе ясный отчёт об окружающем в настоящем и прошлом времени, позволяющий предвидеть будущее и управлять, в соответствии с этим, своим поведением.

**Сознание** - есть высшая форма отражения действительности, способ отношения к объективным закономерностям.

**Самосознание** - это осознание человеком собственной личности.

**Сознание человека оценивается** на основании:

· осознания им себя;

· осознание пространства (места, в котором он в данный момент находится);

· осознание времени.

К. Ясперсом выделены **критерии помрачённого сознания,** которые оцениваются вместе:

дезориентировка в пространстве, времени и ситуации;

бессвязность мышления;

нечёткое восприятие окружающего;

трудность воспоминаний о произошедших событиях.

Сознание может выключаться **(**состояния **«выключенного сознания»** - нарушения по глубине) и расстраиваться (состояния **«расстроенного сознания»** - нарушения по качеству):

**I) Состояния «выключенного сознания»:**

**. Обнубиляция** - (лат. облако) - затуманивается, ориентировки сохранены, всё помнит.

**2. Сомналенция** (лат. сонливость) - дремота, ориентировки сохранены, всё помнит.

**3. Оглушение** - лёгкое, среднее, глубокое - сонлив или спит, на вопросы с задержкой.

**4. Сопор** - не отвечает ни на какие раздражители.

**5. Кома** - полное выключение сознания.

**II) Состояния «расстроенного сознания»:**

**. Делирий** (во времени, месте не ориентирован, в «Я» ориентирован, бред, галлюцинации - «белая горячка»; имеется ложная ориентировка, как правило, возникает вечером, а ночью усиливается; причина: после ЧМТ у «органиков», при инфекционных, алкогольных и наркотических интоксикациях, после выхода из делирия больные могут вспоминать отдельные фрагменты событий).

**2. Анейроид** (ложная ориентировка в пространстве, времени и частично в собственной личности + фантастические сноподобные переживания - межпланетные путешествия на Марс, галлюцинации с характером громадности: «гибель города», «как раскалывается земной шар».Чаще при шизофрении и эпилепсии).

**3. Сумеречное состояние** **сознания** (дезориентировка в пространстве, времени и в собственной личности; сужение сознания, хотя внешне больной упорядочен; приходит внезапно и внезапно заканчивается, могут быть устрашающие галлюцинации, бредовые идеи и немотивированные поступки - бегство, нападение; воспоминания о периоде помрачения отсутствуют). Возможно у больных эпилепсией, при патологическом опьянении.

Один из видов сумеречного состояния сознания - **состояние амбулаторного автоматизма** (протекает без бреда и галлюцинаций):

*а) больные, выйдя из дома с определённой целью, неожиданно для себя оказываются в другом конце города или даже в другом городе, при этом они механически переходят улицы, едут в транспорте…*

*б) снохождение - это сомнамбулизм, лунатизм.*

46. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭМОЦИЙ И ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

**Методы исследования эмоций.**

Наиболее часто для исследования эмоциональной сферы применяются следующие методики:

1. Клиническое наблюдение.

2. Тест Люшера.

. ТАТ (тематический апперцептивный тест).

. Шкалы Тейлора, Спилбергера-Ханина - для исследования уровня тревожности.

. Исследование кожно-гальванического рефлекса (связь эмоций с вегетативной НС).

. Запись биотоков мозга.

При использовании всех вышеперечисленных методик необходимо обращать внимание на эмоциональные проявления испытуемых в ходе психодиагностики.

**Методы исследования двигательных актов и воли.**

1. Наблюдение действий и движений.

. 3апись движений на кимографе.

. Электромиография (запись электропотенциалов мышц).

. Эргография (запись работоспособности мышц).

. Изучение способности пациента к саморегуляции, к управлению собой.

. Исследование соотношения выполнения задания и сопутствующих вегетативных реакций.

47. ЯЗЫК И РЕЧЬ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ВИДЫ И КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ, МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Язык -** система средств общения, способов выражения мысли. Язык - это способ обобщения человеческих знаний. С ним связаны письмо и счёт. Язык возникает и развивается у ребёнка в ходе общения.

**Речь** - это высшая форма передачи информации с помощью различных сигналов и знаков. Основной функцией речи является обеспечение общения. Речь - «высший регулятор» поведения человека.

**Традиционно выделяют следующие виды речи:**

· **устная** (произносимая вслух): характеризуется содержанием, темпом, ритмом, выразительностью, плавностью.

В устной речи выделяют **автоматизированную речь** (перечисление месяцев года), **отражённую** (повторение слов другого), **называние,** **диалогическую** и **повествовательную.**

Современные лингвисты выделяют **2 вида речи**:

**1. экспрессивная** - **громкая выразительная речь**; она проходит несколько стадий: 1) стадию мотива и замысла, 2) стадию внутренней речи и 3) стадию высказывания; разновидностью экспрессивной речи является письменная речь.

**2. импрессивная** - так называемая **«понимающая» речь**; она проходит следующие стадии: 1) стадию восприятия речевого высказывания посредством слуха или зрения (чтения), 2) стадию декодирования (выделение информативных компонентов) и 3) стадию формирования во внутренней речи общей смысловой схемы сообщения (она включается в определённый смысловой контекст, без которого невозможно понимание даже грамматически правильных высказываний).

**Нарушения речи**

**I. Афазии -** системные расстройства речи, которые появляются при глобальных травмах коры левого полушария (у правшей).

**Дизартрии** - **нарушения артикуляции** без нарушений понимания речи, письма и чтения. Дизартрии - это нарушения произношения отдельных речевых звуков (смазанность, неясность, носовой оттенок речи).

**Алалия** - недоразвитие речи в детском возрасте.

**Аномия** - трудности в назывании стимулов определённой модальности, которые возникают вследствие нарушения межполушарного взаимодействия.

**Классификация нарушений речи** *(по А.Р. Лурия):*

**1. Сенсорная афазия** - нарушение фонематического слуха. Либо больные не понимают обращённую к ним речь, либо не понимают речь в усложнённых условиях.

. **Акустико-мнестическая афазия** (нарушение слухо-речевой памяти) выражается, что больной понимает обращённую речь, но не способен запомнить даже небольшой речевой материал.

. **Оптико-мнестическая афазия** выражается в том, что больные не могут правильно назвать предмет, а пытаются описать предмет и его функцион. назначение.

. **Афферентная моторная афазия** связана с нарушением поступления ощущений от артикулярного аппарата в кору больших полушарий во время речи. У больных наблюдаются нарушения произношения.

. **Семантическая афазия** характеризуется нарушением понимания предлогов, слов и словосочетаний, в которых отражаются пространственные отношения.

. **Моторная эфферентная афазия** выражается в том, что больной не может произнести ни слова или в устной речи больного остаётся одно слово, которое применяется в качестве замены всех остальных слов.

. **Динамическая афазия** проявляется в бедности речевых высказываний, отсутствии самостоятельных высказываний и односложности в ответах на вопросы.

**II. Мутизм -** это нарушение, которое наблюдается, как правило, в картине ступора и заключается в активном и пассивном отказе от речи. Данное нарушение характеризуется полным отсутствием способности к речевой деятельности при сохранённой способности к её восприятию. Это временное состояние.

**III. Речевая бессвязность -** выражается в том, что больные строят грамматически правильные высказывания, но которые не содержат никакого смысла.

IV. **Бедность словарного состава речи**. Бывает при олигофрении, атеросклерозе.

Производные речевых расстройств могут быть представлены сл. феноменами:

. **Дислексия (алексия)** - расстройства чтения.

. **Аграфия (дисграфия)** - нарушение способности правильно по форме и смыслу писать.

. **Акалькулия** - нарушение счётных операций.

**Другие нарушения речи:**

**Парафазия** - замена некоторых слов другими, не имеющими отношения к смыслу высказывания.

**Вербигерация** - многократное повторение отдельных слов или слогов.

**Брадифазия** - замедление речи.

**Дизартрия** - смазанная, как бы «спотыкающаяся» речь.

**Заикание** - нарушение плавности речи,

**Логоклония** - спастическое повторение отдельных слогов произносимого слова.

**Олигофазия** - обеднение словарного запаса.

**Шизофазия** - бессмысленный набор отдельных слов, которые объединены в грамматически правильные предложения.

**Криптолалия** - создание собственного языка или особого шифра, называемого криптографией.

**Эхолалия** - постоянное повторение одних и тех же услышанных слов.

Методы исследования речи:

. Беседа.

. Проверка автоматизированной речи (предложить перечислить названия дней недели, месяцев, цифровой ряд).

. Предложить назвать предметы, повторить слова и предложения.

. Проверка артикуляции: оценивается произношение поговорок.

. Проверка повествовательной речи - пересказ картин, рассказов, книг.

. Понимание речи - выполнение инструкций, задавание ? различной сложности.

. Запись речи пациента на магнитофон - анализируются громкость, тембр, набор слов и т. д.

48. ВИДЫ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ, МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нарушения произвольных движений и действий относятся к сложным двигательным расстройствам, которые в первую очередь **связаны с поражением коркового уровня двигательных функциональных систем.**

Этот тип нарушений двигательных функций получил название **апраксий***.*

**АПРАКСИИ -** такие нарушения произвольных движений и действий, которые не сопровождаются четкими элементарными двигательными расстройствами - параличами и парезами, явными нарушениями мышечного тонуса и тремора, хотя возможны сочетания и сложных, и элементарных двигательных расстройств.

**Апраксиями обозначают прежде всего *нарушения произвольных движений и действий, совершаемых с предметами.***

История изучения апраксий насчитывает многие десятилетия, однако до настоящего времени эту проблему нельзя считать решенной окончательно. Сложности понимания природы апраксий нашли отражение в их классификациях.

**КЛАССИФИКАЦИЯ АПРАКСИЙ:**

**1. идеаторную,** предполагающую распад «идеи» о движении, его замысла (связан с диффузным поражением мозга);

**2. кинетическую***,* связанную с нарушением кинетических «образов» движения (с поражением коры в нижней премоторной области);

**3. идеомоторную,** в основе которой лежат трудности передачи «идей» о движении в «центры исполнения движений» (с поражением коры в нижней теменной области)

Другие исследователи выделяли формы апраксий в соответствии с пораженным двигательным органом (оральная апраксия, апраксия туловища, апраксия пальцев и т.п.) или с характером нарушенных движений и действий (апраксия выразительных движений лица, объектная апраксия, апраксия подражательных движений, апраксия походки, аграфия и т.д.).

**ЧЕТЫРЕ ФОРМЫ АПРАКСИЙ (А.Р.ЛУРИЯ)**

**.кинестетическая апраксию -** В этих случаях нет четких двигательных дефектов, сила мышц - достаточная, парезов нет, однако страдает кинестетическая основа движений. У больных нарушаются движения при письме, возможность правильного воспроизведения различных поз руки (апраксия позы); они не могут показать без предмета, как совершается то или иное действие (например, как наливают чай в стакан, как закуривают сигарету и т.п.).

. **Пространственная апраксия, или апрактоагнозия***, -* возникает при поражении теменно-затылочных отделов коры.

Основой данной формы апраксий является расстройство зрительно-пространственных синтезов, нарушение пространственных представлений («верх-низ», «правое-левое» и т.д.). Во всех случаях у больных наблюдаются апраксия позы, трудности выполнения пространственно-ориентированных движений (например, больные не могут застелить постель, одеться и т.п.).

К этому типу расстройств относится и *конструктивная апраксия -* трудности конструирования целого из отдельных элементов (кубики Кооса и т.п.). При левостороннем поражении теменно-затылочных отделов коры нередко возникает *оптико-пространственная аграфия* из-за трудностей правильного написания букв, различно ориентированных в пространстве.

**3. Кинетическая апраксия** *-* связана с поражением нижних отделов премоторной области коры больших полушарий.

Проявляется в виде нарушения последовательности движений, временной организации двигательных актов. Для этой формы апраксии характерны двигательные персеверации проявляющиеся в бесконтрольном продолжении раз начавшегося движения*.*

**4. Регуляторная, или префронтальная апраксия** *-* протекает на фоне почти полной сохранности тонуса и мышечной силы. Она проявляется в виде нарушений программирования движений, отключения сознательного контроля за их выполнением, замены нужных движений моторными шаблонами и стереотипами. (подражательные повторения услышанных слов или фраз).

Такие больные после письма под диктовку на предложение нарисовать треугольник обводят контур треугольника движениями, характерными для письма и т.п.

**Методики исследования**

**Праксис позы -кисти руки** - **Тест на кинестетическую организацию предметных действий**. Вытянуть вперед 2-й и 5-й пальцы (коза), 2-й и 3-й (ножницы), 2-й палец. Сделать кольцо из1-го и каждого следующего пальца - По образцу - «делай как я" (Первичные ошибки - не дифференцируются 1-й и 5-й пальцы, трудности при попытке сделать кольцо, поиски поз, перебор пальцев в поисках нужной позы, ухудшение выполнения проб с закрытыми глазами)

По словесной инструкции - «вытяни 2-й и 5-й пальцы" и т.д. - говорит о дисфункции кинестетического анализатора, теменных отделов мозга.

**Динамический праксис** - Тест на динамическую организацию двигательного акта

Кулак - ребро-ладонь - По образцу: "Посмотри, как делаю я и повтори" По словесной инструкции: Первичные ошибки: а)персеверации; б) трудности переключения с одного элемента на другой. в) замедленность выполнения действия трудности запоминания программы

**Пространственный праксис**

Тест на пространственную и сомато-пространствен-ную организацию движений рук. Пробы Хэда Одноручные пробы: 1) кисть руки к подбородку, пальцами касаясь подбородка; 2) пальцами наружу. Двуручные пробы: кисть руки накладывается тыльной на тыльную сторону кисти другой руки; 3) к вертикально стоящей ладони одной руки приставить перпендикулярно ладонь другой руки, сме на рук - По образцу «Делай как я» Ошибки:

) Замена правой руки на левую; 2) Ошибки пространственного расположения рук; 3) Путание левой и правой стороны и др. - связаны с дефектами движений рук в пространстве, с нарушением пространственного гнозиса: дисфункция теменно-затылочных отделов мозга.

И др.

49. СУИЦИД, ПАРАСУИЦИД, СУИЦИД РИСК: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Впервые определение самоубийства дал Эмиль Дюргейм в 1897 году, называл им всякий случай смерти, который являлся результатом положительного или отрицательного поступка, совершённого самим пострадавшим, если последний знал об ожидавших его результатах.

ВОЗ «Это действие с фатальным результатом, которое было намеренно начато и выполнено умершим в осознании и ожидании фатального результата, посредством которого умерший реализовал желаемые им изменения».

**Самоубийство** - быстрое, намеренное и осознанное лишение себя жизни.

**Парасуицид** (суицид попытка) - несмертельное, намеренное с/повреждение или с/отравление, нацеленное на реализацию желаемых субъектом изменений за счёт физ последствий. Цель - не обязательно смерть, часто к-т личная цель. Самоубийство может быть как активным (намеренное членовредительство, влекущее за собой смерть), так и пассивным (саморазрушающее поведение: потребление табака, больших доз алкоголя, наркотиков). Соотношение с/у и попыток с/у среди населения составляет **1:8.** Каждый четвёртый суицидент повторяет суицидальную попытку, а каждый 10-й погибает от повторного суицида.

**С/у риск** - потенциальная готовность лич-ти совершить с/у, который может быть оценен как соотношение суицидальных и антисуицидальных факторов личности.

Рубрика МКБ-10 - Z 91.5 «самоповреждение в личном анамнезе». Самоповреждение - это не всегда наличие психического расстройства! В этих случаях существует **проблема постановки психического диагноза.**

Суицидальные тенденции реализуются через суицидальное поведение. Оно не такая уж редкость среди психически нормального населения. Например, в США из всех врачей, психиатры являются наиболее опасной группой по риску суицида. Здесь играет роль характер профессии, личностные особенности, а также формирующийся со временем «синдром эмоционального выгорания». Чувство ревности, мести, агрессии свойственно каждому человеку и никто не гарантирован от того, что когда-либо они проявятся суицидальным поведением. Эта проблема не менее актуальна и для лиц с психическими аномалиями. Недаром профилактика суицидального поведения является одним из приоритетов деятельности ВОЗ. Суицидальное поведение, как правило, следствие психической дезадаптации.

**Что же способствует росту самоубийств в наше время?**

1. Снижение уровня жизни с одновременным ростом социальной напряжённости и преступности (отмечено увеличение суицидов с ростом безработицы).

2. Интенсивное социально-имущественное расслоение общества, невозможность обеспечить достойный уровень жизни себе и своей семье. Доказано, что самоубийства чаще связаны с изменением социального статуса индивида (потерей, снижением), чем со статусом (положением в обществе) как таковым.

. Нарастающее разобщение общества, обостряющее у человека чувство одиночества;

. Рост психической заболеваемости при относительном смягчении законодательных мер по учёту и лечению лиц с психическими отклонениями, в том числе алкоголизма и наркомании.

*Прямой связи между количеством выпитого и тяжестью суицидального действия нет, здесь многое зависит от личности человека, внешних обстоятельств, скажем близости оружия, верёвки и т.д.). 50% самоубийц при жизни злоупотребляли алкоголем. Отмечается явное увеличение суицидов в праздники, когда алкоголь играет троякую отрицательную роль: а) оглушающего фактора, усиливая дезадаптацию; б) пускового фактора, облегчая реализацию суицида; в) фактора, усиливающего переживания, что приводит к идее о самоуничтожении.*

5. Снижение деторождаемости и увеличение количества разводов (суициды обратно зависят от первого и прямо от второго).

**Способы суицида среди населения по убыванию выглядят следующим образом**:

. повешение 2. огнестрельные ранения 3. отравление химическими веществами и медикаментами 4. падение с высоты, под проходящий поезд или автотранспорт 5. прочее.

Существуют повышенная вероятность суицидов при наличии определённых обстоятельств. К ним можно отнести наличие семьи и детей, семейные неурядицы, состояние алкогольного опьянения, выходные дни (по некоторым данным-42% суицидов совершается именно в эти дни), нахождение по месту жительства, свободное от работы время, время суток: 0-6 часов.

**Выделяют 3 основных свойства личности суицидента:**

§ стремление непременно достичь поставленной цели;

§ повышенная потребность в эмоциональной близости;

§ низкая способность к приспособлению, неумение ослабить последствия психо-эмоционального напряжения:

Играют роль также особенности личности человека, его интеллекта (чаще суицид совершают лица, которым свойственны максимализм, категоричность, незрелость суждений), характерно неумение общаться, неправильная оценка личных возможностей, слабость личной психологической защиты, снижение или утрата понимания ценности жизни.

На сегодняшний день теории суицидального поведения нет, существуют лишь концепции. По первой из них, ранее считалось, что самоубийцы-психически больные люди, их поведение-проявление психических расстройств. Сегодня большинство признаёт, что самоубийства могут совершать как психбольные, так и практически здоровые люди, по отдельным оценкам которые могут составлять **70,0-75,0%.** По второй - ведущую роль в возникновении суицидальных действий следует отдавать психологическому фактору. Ещё Фрейд рассматривал суицидальное поведение, как проявление «инстинкта смерти», который может выражаться аутоагрессией. По его мнению, самоубийство - преобразованное (направленное на себя) убийство. В свою пользу он приводит следующие доказательства: а) в ряде стран имеет место обратное численное соотношение самоубийств и убийств; б) уменьшение уровня самоубийств во время войн. Иногда суицидальные действия носят характер любовного влечения, человек надеется соединиться с любимой на небесах. По третьей - уровень суицидов зависит от степени интеграции (адаптации, качества социальных связей) человека в обществе. В основе суицидального поведения, по их мнению, лежит дезадаптация в условиях микросоциального конфликта. Это ситуация, когда конфликт является кризисным, т.е. превышает порог дезадаптации.

. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ, ТИПОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДА

**Классификация суицидального поведения:**

-внутренние формы суицидального поведения (СП);

внешние формы суицидального поведения.

**Внутренние формы СП:**

1) Антивитальные переживания (нет смысла жизни);

) Пассивн С мысли (фантазии на тему смерти - конкретной идеи нет);

) С замыслы и намерения: разработка плана суицида, определённые волевые усилия для его реализации.

***Внешние формы СП:***

1) Суицидальная попытка (парасуицид);

) Самоубийство. Гамицид - смерть от убийства извне (не сам), суицид - убийство самим.

***Типология суицидального поведения* по А.Г. Амбрумовой**

1. Протест, месть.

. Призыв (крик о помощи) - попытка привлечь внимание.

**3.** Избегание (страдания, наказания): с. поведение - попытка избежать душевной боли, причины которой различны.

**4.** Самонаказание Совесть и чувство вины - это регулятор чел отношений в об-ве. С. в обществе больше, чем убийств. Человек убивая себя, реализует чувство вины. Эта реализация может идти двояко: 1) попросить прощения, что не всегда возможно; 2) себя наказать (совершить суицид).

**5.** Отказ - встречается редко (отказ от жизни как такой, встречается при наличии каких-то экстремальных ситуаций: концлагерь, плен, пытки, некурабельная патология). Эвтаназия: это умерщвление больного с помощью врача, но решение уйти из жизни принимает сам пациент.

*С/у поведение* чаще связано с расстройствами адаптации, депрессивными эпизодами, зависимостью от алкоголя и наркотиков, но встречается и у здоровых лиц.

Выделяют следующие 2 группы факторов риска суицида: базовые, тригерные.

Базовые факторы риска суицида:

) Фактор наличия психического расстройства.

) Социально-демографические факторы:

· Возраст (чаще суициды совершают, подростки, пожилые лица - старше 45 лет, пики парас/у - до 30 лет). Опасен интервал возраста для мужчин 40-60 лет.

· Образование - попытки суицида чаще у лиц, не имеющ высш образования.

· Семейное положение (одиночество, развод, бездетность, вдовство).

· Религиозные взгляды (по убывающей уровень суицидов распределяется в зависимости от религии так: 1- страны, проповедующие атеизм; 2 - буддизм (спокойное отношение к смерти); 3) христианство; 4) мусульманство. Вера во что-то придаёт жизни смысл, уход в религию часто спасает от суицида.

· Фактор изоляции (физической, духовной - «эмоц одиночество»).

· Стиль жизни - стабильный образ жизни может стать фактором риска, когда есть все социальные блага и есть что терять. Но чаще - суицид следствие социальной нестабильности, потрясений.

) Биографические факторы:

имели место парасуициды (с каждой попыткой - увеличивается на 32,0%);

недавняя потеря близких;

переживание тяжёлых эмоциональных травм: терроризм, плен, война;

модели суицидального поведения в прошлом (у родителей имелись элементы суицидального поведения, которые видели дети)

ранняя потеря родителей (до 13 лет).

) Факторы, связанные с соматической патологией (телесными болезнями):

· тяжёлые соматич больные, ВИЧ-инф, при потере органа или его функции, при возникновении или наличии уродств, слепоте,

· частый и длительный приём медпрепаратов > депрессия > суицид.

**Тригерные** факторы риска суицида (разрешающие, «спусковой крючок»):

реальный триггер - реальный конфликт;

псевдореальный триггер - бредовые идеи преследования (например, при шизофрении).

*В последнее время предпринимаются попытки найти биологические факторы риска суицида - «маркёр» суицидального поведения:*

*(1) Генетические исследования в области суицидологи показали, что существует генетическая предрасположенность к суициду, специфических генов не выявили, но утверждают, что наследуются психические свойства (расстройства). Высок рост самоубийств у лиц, чьи родственники совершали суициды или их попытку.*

*(2) Маркёры суицида (пока не находят применения в клинике): углевод-дефицитный трансферрин; интерлейкин (белок, характеризует активность иммунной системы, повышается после парасуицидов); холестерин - коррелирует с депрессией, низким уровнем серотонина, суицидальным поведением: низкий уровень холестерина увеличивает возможность суицида; концентрация моноаминоксидазы В (содержится в тромбоцитах), снижена при парасуицидах; 5-ГИНУК (гидрооксииндолуксусная кислота) - уменьшается концентрация в моче после попытки суицида; увеличение количества серотониновых рецепторов (25 мл этанола снижает концентрацию серотонина в ГМ на 20,0%); снижение концентрации метаболитов дофамина; положительный дексаметазоновый тест (на кортизол, используют для определения депрессии) может указывать на возможность суицида. Серотонин считают биологическим маркёром депрессии и суицидальности.*

. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

**Оценка риска суицида учитывает:**

1. Базовые и тригерные факторы риска.

2. Степень суицидальных интенций или тяжести суицидальной попытки.

. Тяжесть психического расстройства.

. Тяжесть кризисной ситуации.

. Наличие социальной поддержки.

. Желание пациента принимать помощь.

Суицидальные интенции:

· необычное поведение;

· признаки прощания *;*

· суицидальные фантазии, мысли;

· суицидальные высказывания: прямые и косвенные,

· суицидальные попытки;

· степень планирования суицида (чем детальнее план, тем выше риск);

· наличие средств суицида (накапливание медпрепаратов, орудий…).

Шкалы:

1) Шкала суицидальных интенций, оценивает уровень уже совершённой суицидальной попытки (Арон Бек, 1973): 15 пунктов, пункт оценивается от 0 до 2 баллов, максимум баллов - 30.

2) Шкала суицид мыслей, оценивает возм-сть С на данный момент.

) Шкала безнадёжности (надежды - это проекции на будущее).

) Шкала оценки риска суицида (Патерсон, 1983). Оценивается значение нескольких факторов, наличие фактора - 1 балл. От суммы зависит тактика:

0-2: отправить домой;

3-4: пристальное наблюдение;

5-6: рекомендовать госпитализацию;

7-10: госпитализация (при отказе - принудительная).

Тяжесть психического расстройства.

Оценивается клинически и посредством шкал (например, уровень депрессии по опроснику Бека, Гамильтона, тревоги - по шкале Шихана…).

Тяжесть кризисной ситуации учитывает:

· степень зависимости от объекта потери;

· степень погружённости в ситуацию конфликта (затянувшийся конфликт снижает адаптивные возможности организма)

· длительность кризиса;

· возможность негативного исхода кризиса.

Наличие социальной поддержки.

Социальная поддержка - это то, что удерживает в жизни, связывает с миром людей. Например, семья, религия, работа, друзья, общение с животными.

. КРИЗИСНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ, ТАКТИКА ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТОМ, ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ

Кризисное вмешательство медикаментозные + немедикаментозные методы коррекции. Оно проводится непосредственно при наличии мед показаний и вкл поддерживающее лечение, направленное на профилактику суицида в будущем.

**I) Как проводить?**

1) Неотложно (здесь и сейчас!).

2) Эмпатично (доброжелательно

) Ни в коем случае не обманывать пациента.

) Диалог вне моральных оценок ситуации (не стыдить, это грех и т. д.).

) Избегать патернализма («Я наблюдатель, ты - эпилептик..»

) Следует разделить ответственность, но не решать проблему за пациента.

) Проявлять нейтральность по отношению к болезни (не диагноз, а человека).

) Врачу необходимо воспринимать кризис серьёзнее пациента.

) Крит-ки отн-ся к успеш-ти. Вн успеш- 1-го диалога может быть обманчива.

**Кризисное вмешательство.**

**II) Что предпринимать?**

1) Максимально собрать и уточнить информацию о кризисе и ситуации, предшествовавшей суициду, определить внутрен смысл кризиса, что движет человеком.

2) «Выключить» пациента (изолировать) из ситуации стресса.

) Устранить состояние «шока», аффекта (лучше лекарствами, но рядом чел-к).

) Внимательно слушать жалобы пациента, можно прямо спрашивать о суицидальных намерениях. Не отговаривать от попытки совершить суицид.

) Преодолеть исключительность ситуации .

) Обеспечить психологическую поддержку и активизировать собственные ресурсы человека (надо дать понять пациенту, что медперсонал его поддерживает).

) Прояснить дальнейшие суицидальные намерения.

) Уточнить наличие иррациональных (неразумных) представлений о смерти.

9) Прояснить смысл суицидальных намерений. **Важно в итоге высказать сомнения, что вряд ли суицид реализует поставленную цель!!!**

10) Разрушить дихотомию мышления («либо смерть, либо жизнь»

) Проясни степень безнадёжности, укажи, что не всё потеряно

) Девальвируй значимость проблемы (умер не ты, а умерла только часть тебя, остальная часть хочет жить и видеть жизнь во всех красках).

) Обрати пациента к опыту удачного решения таких же или других проблем.

) Предложи план терап мер-тий (продлит жизнь на пару дней, пройти анализы).

) Аппелируй к антисуицидальным факторам

) Заключи «антисуицидальный контракт»: можно на бумаге, обязательства врача, обязательства пациента.

) Разработать ясный план действий (что будет делать пациент после).

) В конце беседы следует проиграть поведение человека в будущей кризисной ситуации или в неразрешённой настоящей.

) При лечении больных с суицид поведением не следует назначать токсичных медикаментов, не давать большие количества медпрепаратов, обязательно - контроль родственников.

*ВОЗ также рекомендует меры по профилактике суицидов:*

*наглухо закрывать выходы на крыши высотных зданий;*

*максимально закрывать проходы к рельсам на станциях метро;*

*запретить продажу оружия населению;*

*упорядочить продажу и реализацию сильнодействующих медпрепаратов.*

Таким образом, суицидальное поведение представляет собой сложный феномен, связанный с многими факторами социальной, психологической и биологической природы. С точки зрения социологии, суицид - устойчивое явление, связанное с социально-демографическими и экономическими процессами в обществе. С точки зрения здравоохранения, суицид-индикатор психического здоровья нации. С точки зрения психологии, суицид-проявление личностного кризиса. Сложность явления предполагает необходимость комплексного подхода к его профилактике и терапии.

*Уменьшению риска самоубийства способствует проведение ряда организационных и психотерапевтических мероприятий:*

§ тщательный медико-психологический отбор лиц для работы в условиях хронического психо-эмоционального напряжения;

§ использование людей с учётом их психологических особенностей, установок и состояния их нервно-психического здоровья;

§ формирование сплочённых коллективов - мощного фактора профилактики самоубийств (*«Доброе братство - милее богатства»*);

§ своевременное разрешение конфликтных ситуаций в семье, на работе;

§ обучение простейшим приёмам по снятию последствий психо-эмоционального напряжения, правильной оценке личности в обществе в плане самореализации;

§ культивирование здорового образа жизни;

§ раннее выявление лиц с психической неустойчивостью, отнесение их к группе «риска» с последующим динамическим наблюдением;

§ обследование и лечение в соответствии с медпоказаниями.

§ применение адаптированных образовательных программ, повышающих информированность «группы потенциальных самоубийц» о факторах риска суицида, профилактике и диагностике суицидального кризиса и суицидальной опасности, применение алгоритма кризисного вмешательства;

§ работа с родными и близкими лиц, страдающих расстройствами, связанными с высоким риском суицидального поведения;

§ повышение освещённости и открытости темы суицидов с целью формирования адекватных, лишённых «романтической ауры» общественных представлений о суицидальных действиях;

§ приобщение людей к вере, религии.

53. ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ВРАЧА

**Деонтология в медицине** - это наука о должном поведении мед работника.

· это учение о нравст основах поведения человека в условиях леч-диагностического взаимодействия;

· это совокупность этич норм и принципов повед медработника при выполн им своих профобязан.

**Принципы медицинской этики.**

**Принцип автономии** предполагает: анализ личности, ее выборов и действий; провозглашает право автономного индивида не подпадать под контрольные ограничения со стороны др лиц; содержит обязанность не ограничивать автоном действий.

Выделяются ***семь основных аспектов автономии***:

*1) уважение личности пациента;*

*2) оказание пациенту психологической поддержки в затруднительных ситуациях*

*) предоставление ему необходимой информации;*

*) возможность выбора из альтернативных вариантов*

*) самостоятельность пациента в принятии решений;*

*6) возможность осуществления контроля за ходом исследования*

*) вовлеченность пациента в процесс оказания ему медицинской помощи.*

**Принцип** **благодеяния** провозглашает обязанность помогать пациентам в осуществлении их важнейших и законных интересов.

*1) лицо, которому мы должны помочь, находится в опасности или под угрозой серьезного ущерба;*

*) врач располагает реальными средствами для предотвращения этой опасности или ущерба;*

*) действия врача, вероятнее всего, предотвратят опасность или ущерб;*

*) благо, которое лицо получит в результате действий врача, перевешивает ущерб, а сами действия представляют минимальный риск.*

***Принцип*** ***справедливости*** *призывает прежде всего к распределению ресурсов здравоохранения в соответствии со справедливым стандартом*. Этот стандарт может иметь сравнительный х-р, и тогда блага, приобретаемые пациентом, определяются путем сравнения его потребностей с потребностями других членов общества.

**Нормы медицинской этики.**

Норма ***правдивости*** *предполагает обязанностью психолога и пациента говорить правду.*

*. Обязанность говорить правду есть проявление нашего уважения к другим. В медицине оно находит выражение в уважении к автономии, являющемся основанием стандарта информированного согласия.*

*. Будучи вовлечен в исследовательские отношения, пациент становится участником своего рода социального договора, дающего особое право на правдивые сведения о результате исследования.*

*. Правдивые отношения необходимы для успешного взаимодействия и сотрудничества в ходе лечебно-диагностического процесса.*

Норма ***приватности*** *подразумевает обязанность не вторгаться в сферу личной жизни пациента.*

во-первых, о недопустимости бесцеремонного вторжения в эту сферу без согласия пациента, что не исключает возможности деликатного проникновения в мир сугубо интимных отношений;

во-вторых, о сохранении за пациентом права на личную жизнь даже в условиях, стесняющих его свободу. Нарушение приватности, не продиктованное строгой медицинской необходимостью, квалифицируется как *неоправданный патернализм.*

***Конфиденциальность*** *- это доверительность отношений, основанная на неразглашении информации*. Это означает, что информация, предоставляемая пациентом мед психологу или полученная мед психологом в результате обследования, не может быть передана другим лицам без разрешения пациента.

Норма конфиденциальности:

*- оправдана как с точки зрения принципа автономии, который она выражает, так и с точки зрения производимых ею последствий;*

*она дает возможность удовлетворить потребность пациента в защите информации от третьих лиц;*

*повышает уровень доверия психологу;*

*способствует более полному предоставлению необходимых сведений, реализации требования взаимной честности и достижения целей диагностики и лечения.*

***Лояльность*** - *верность долгу, добросовестность в исполнении явных или подразумеваемых обещаний способствовать благополучию пациента.*

Основой для нормы ***лояльности*** являются принципы уважения автономии и позитивного благодеяния. Лояльность психолога проистекает из ролевых отношений, которые устанавливаются между врачом и пациентом. Конфликтные ситуации возникают тогда, когда в этих отношениях появляются интересы третьих лиц: родителей (при лечении детей и подростков), социальных институтов (например, правоохранительных органов), студентов (в процессе обучения в клинике). В этих случаях этическое решение зависит от значимости тех или иных отношений.

Норма ***компетентности*** *заключает в себе адресованное мед психологу требование овладеть спец знаниями и практ навыками.* Без этого условия его деятельность недопустима и вредна, какими бы благими намерениями она ни оправдывалась. Нельзя быть профессионально некомпетентным.

Анализ ***этических принципов*** и ***норм*** показывает, что они составляют определенную систему, элементы которой иерархически организованы, сбалансированы и логически не противоречивы. Поэтому и использоваться они должны именно как система с учетом их взаимодействия, а не в качестве изолированных фрагментов, выбираемых специалистом в зависимости от его вкуса. Охватывая максимально широкое поле медицинской практики, они, вместе с тем, носят достаточно общий характер и задают лишь направления моральной ориентировки врача. Вот почему традиционно этические принципы и нормы составляют основу кодексов медицинской этики.

54. ОСНОВЫ ПСИХОГИГИЕНЫ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

***Психогигиеной*** называют науку об обеспечении, сохранении и поддержании психического здоровья, иными словами, *систему мероприятий, направленных на сохранение и укрепление психического здоровья человека*.

Психогигиена со времени ее зарождения была непосредственно связана с *психопрофилактикой -* предупреждением возникновения, формирования и развития психических болезней. Она также «переплетается» с *психотерапией*, поскольку последняя содержит многие приемы и методы, способствующие коррекции качеств нормальной индивидуальности или лечению возникших заболеваний.

Сегодня выделяют возрастную психогигиену, психогигиену физического или умственного труда, психогигиену обучения, психогигиену быта, психогигиену семьи и половой жизни, психогигиену больного человека, специальные разделы психогигиены типа космической, инженерной и др.

Наиболее полной систематикой разделов психогигиены может быть лишь такая, которая *строго учитывает сравнительно-возрастные особенности формирования психики на разных этапах жизни человека*.

Кроме того, условно психогигиену можно разделить на психогигиену лечащего и больного. Замечательный врач-психиатр ещё в начале 20 века **Е. Блейер** говорил: *«Цельного человека должен понимать и лечить только цельный врач».* **Психогигиена медработников включает**:

*-удовлетворение содержанием и результатами своей деятельности;*

*оптимальные условия труда;*

*возможность релаксации в течение работы (сон, отдых в течение рабочего дня, индивидуальные способы расслабления и концентрации);*

*распределение ответственности между всеми членами коллектива;*

*комфортный микроклимат в коллективе, когда взаимоотношения с коллегами определяются общей целью, доверием, взаимопомощью.*

**Психогигиена больного** зависит от многих моментов. Так, **В. Вондрачек** указывает: *«Лечение не должно быть более неприятным, чем сама болезнь».* Не менее существенную роль играет прошлый опыт пациента, его личностная установка к медработникам и медицине. В общении с пациентом важны корректные вопросы. Нельзя сознательно пугать пациента вопросами типа:

*1.Почему Вы не пришли раньше? Разве можно так запускать болезнь?*

*.Если Вы не будете выполнять все предписания, Вы никогда не поправитесь!*

**Гарди** указывает на свой подход к проблеме «правды» в отношениях врач-больной: *«правда по чайной ложке».* По его мнению, надо применять формулировки, которые приближают «сообщение» к «правде», практически не скрывая её. Например, *«Это опухоль, но если своевременно начнём лечение, то возможно полное выздоровление».*

**Пс.профилактика** - раздел общей проф-ки, кот. вкл. мероприятия, направл. на предупреждение псих. заболеваний.

Между психикой человека и соматическим состоянием имеется тесная связь. Устойчивость псих. состояния оказывает влияние на телесные кондиции. Состояние сомат. здоровья также определяет состояние психики человека. Оно может вести к возникновению тех или иных расстройств. ***Задачами профилактики являются***:

) предотвр. действия на организм болезнетворн. причины;

) предупрежд. разв-я забол. путем ранн. диагн-ки и леч-я;

) предупредит. лечение и мер-я, предотвращ. рецидивы болезни и переход их в хронические формы.

В пр-ке псих. заболеваний большую роль играют общепрофилакт. меропр-я.

**Первичная** **псих. проф-ка *-*** система мер-й, направленн. на изучение псих. воздействий на человека, свойств его психики и возможностей предупреждения психогенных и психосоматических болезней.

Все мероприятия должны способствовать повышению выносливости психики к вредным воздействиям. Это:

правильное воспитание ребенка;

борьба с дет. инфекц. заб-ями и психогенными возд-ями, кот могут вызвать задержку псих раз-я, сделать психику неустойчивой к внешним воздействиям.

Первичная психопрофилактика включает:

-охрану здоровья будущих поколений;

изучение и прогнозирование наследственных заболеваний;

гигиену брака и зачатия;

охрану матери от возможных вредных влияний на плод и организацию качественного родовспоможения,

раннее выявление пороков развития у новорожденных;

своеврем примене методов леч-пед коррекции на всех этапах развития.

**Вторичная ПП -** система мероприятий, направленных на предупреждение опасного для жизни или неблагоприятного течения уже начавшегося псих. или другого заболевания.

Вторичная психопрофилактика включает:

раннюю диагностику, прогноз и предупреждение опасных для жизни больного состояний;

раннее начало лечения и применение адекватных методов коррекции с достижением наиболее полной ремиссии, длительной поддерживающей терапии, исключающей возможности рецидива болезни.

**Третичная психическая профилактика** - это система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инвалидности при хронических заболеваниях. В этом большую роль играют правильное использование лекарст. и др. средств; применение лечебной и пед. коррекции; систематическое использование мер реадаптации.

Т.о, психопрофилактика - это предупреждение развития психических заболеваний. Это профилактика личностных и профессиональных кризисов, являющихся следствием деформирующего влияния профессиональной деятельности (для врача) и деформированного специалиста (для больного).

55. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

**Под психотическими расстройствами (или психозами) понимают** самые яркие проявления психических заболеваний, при которых наблюдается:

•**грубая дезинтеграция психики** - психическая деятельность больного не соответствует окружающей действительности, отражение реального мира в сознании резко искажено; возникает неадекватная реакция на события, факты, ситуации, предметы, людей, а также на самого себя, наблюдается появление несвойственных в норме патологических симптомов и синдромов (галлюцинации, бред);

•**исчезновение критики** - невозможность осмысления происходящего, реальной ситуации и своего места в ней, прогнозирования особенностей ее развития, в том числе, в связи с собственными действиями; больной не осознает свои психические (болезненные) ошибки, наклонности, несоответствия;

•**исчезновение способности произвольно руководить** собой, своими действиями, памятью, вниманием, мышлением, поведением, исходя из реальных потребностей, желаний, мотивов, оценки ситуаций, своей морали, жизненных ценностей, направленности личности.

Острые состояния в психиатрии, в значительном большинстве случаев, протекают с быстро наступающей, резко выраженной дезорганизацией поведения. Подобные состояния часто достигают степени возбуждения, которое называют психомоторным, т. е. возбуждением в психической и двигательной сферах. В его возникновении, развитии и продолжительности несомненную роль играют эндогенные факторы, например, при шизофрении или экзогенные вредности (интоксикации и инфекции). В ряде случаев наблюдается сочетание этих факторов или воздействие иных причин, включая психогении.

Возбужденный больной обычно совершает множество ненужных действий, не поддается уговорам, сопротивляется попыткам его успокоить. Поступки таких больных неожиданны, непоследовательны, часто нелепы. Двигательному возбуждению обычно сопутствует речевое возбуждение, когда больные много говорят, иногда кричат; Под влиянием бреда, галлюцинаций или в связи с расстройством сознания они совершают действия, которые представляют большую опасность, как для них самих, так и для окружающих.

Остро возникшее **психотическое состояние***,* обусловленное соматическим или иным заболеванием, как правило, сопровождается изменением сознания и такими продуктивными симптомами, как галлюцинации, бред, изменение поведения, нарушение ориентировки в окружающем.

**Острые психозы**, особенно интоксикационной природы, как правило, имеют свои предвестники, знание которых дает возможность своевременно распознавать болезнь, создать необходимые условия для предупреждения опасных действий больного и начать лечение. В терапевтическом, инфекционном и хирургическом отделениях можно наблюдать острое психотическое состояние с делириозным помрачением сознания, которое нередко возникает у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

**Предвестниками делириозного помрачения сознания *м***огут быть расстройства сна, тревожное настроение, понижение порога на действие всех раздражителей. Больные предъявляют жалобы, что им неудобно лежать, раздражает прикосновение белья, мешает свет. У некоторых перед засыпанием появляются наплывы необычных картин. Больной говорит, что стоит только закрыть глаза, как появляются какие-то "рожи", страшные фигуры, вследствие чего он боится закрыть глаза и уснуть, а если и засыпает, то сон у него поверхностный, с обилием неприятных сновидений. Часто больной утрачивает четкую границу между сновидениями и событиями, происходящими наяву. Если врачу удается выявить эти симптомы, то он может путем назначения соответствующей терапии смягчить или даже предупредить развитие продуктивных расстройств, предотвратить опасные последствия заболевания.

Надо помнить, что не каждый больной склонен рассказать о своем состоянии, поэтому врач должен активно расспрашивать его об этом, интересоваться характером сна, переживаний, содержанием сновидений. Также следует собирать сведения о поведении больного с признаками развивающегося психоза у других пациентов, соседей по палате, медицинского персонала. Необходимо поручить дежурному персоналу особенно тщательно наблюдать за состоянием такого больного и в случае неадекватного поведения вызывать дежурного врача или бригаду скорой психиатрической помощи.

При неотложной госпитализации больного в психиатрическую больницу из соматического стационара или поликлиники следует придерживаться **принципа "не обманывать больного",**приложив все усилия, чтобы уговорить его дать согласие.

**Приведенные ниже признаки начинающегося психотического состояния могут появляться все одновременно либо по отдельности.**

**Проявления слуховых и зрительных галлюцинаций**:

•Разговоры с самим собой, напоминающие беседу или реплики в ответ на чьи-то вопросы.

•Смех без видимой причины.

•Внезапное замолкание, как-будто человек к чему-то прислушивается.

•Встревоженный, озабоченный вид и невозможность сосредоточиться на теме разговора или определенной задаче.

•Впечатление, что пациент видит или слышит то, что вы воспринять не можете.

**Появление бреда можно распознать по следующим признакам**:

· Изменившееся поведение по отношению к родственникам и друзьям, появление необоснованной враждебности или скрытности.

· Прямые высказывания неправдоподобного или сомнительного содержания (например, о преследовании, о собственном величии, о своей неискупимой вине.)

· Защитные действия в виде зашторивания окон, запирания дверей, явные проявления страха, тревоги, паники.

· Высказывание без явных оснований опасений за свою жизнь и благополучие, за жизнь и здоровье близких.

· Отдельные, непонятные окружающим многозначительные высказывания, придающие загадочность и особую значимость обыденным темам.

· Отказ от еды или тщательная проверка содержания пищи.

· Использование в речи часто повторяющихся сочетаний со словом «специально» («…Они специально меня…») или обобщений «все» («…Они все ко мне плохо относятся…»)

Что касается расстройств настроения депрессивного спектра в рамках психотического состояния, то в данной ситуации **у пациентов могут возникать мысли о нежелании жить**. Но особенно опасны депрессии, сопровождающиеся бредом (например, виновности, обнищания, неизлечимого соматического заболевания). У этих больных на высоте тяжести состояния практически всегда возникают мысли о самоубийстве и суицидальная готовность.

56. ПРОБЛЕМА ПСИХОПАТОЛОГИИ В ОБЩЕСТВЕ И МЕДИЦИНЕ

**Психопатоло́гия** раздел психиатрии, занимающийся изучением расстройств психики с точки зрения медицины. Основные методы - клиническое наблюдение и беседа.

**Область исследования психопатологии** - это все, что относится к области психического и может быть выражено с помощью понятий, имеющих постоянный и, в принципе, понятный смысл.

**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.

**Общая психопатология** - изучает основные, свойственные многим психическим болезням, закономерности проявления и развития патологии <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F> психической деятельности, общие вопросы этиологии <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D1%82%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F> и патогенеза <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D0%B7>, природу психопатологических процессов, их причины, принципы классификации <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%84%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F>, методы исследования и лечения <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5>.

**Частная психопатология** - изучает отдельные психические заболевания <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5\_%D0%B7%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F>, их этиологию, патогенез <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D0%B7>, клинику, закономерности развития, способы лечения и восстановления трудоспособности.

Оценка состояния больного начинается с квалификации симптомов. Однако следует помнить, что симптом, несмотря на необходимость его четкого определения, приобретает значимость в совокупности с другими симптомами.

Основной структурной единицей в П. является синдром, представляющий собой закономерную совокупность отдельных признаков психической болезни. Без четкого определения синдрома невозможно правильно установить диагноз заболевания. Синдромы отражают глубину и объем поражения психической деятельности. Выделяют позитивные (продуктивные) и негативные синдромы Позитивные синдромы включают широкий круг расстройств.

Так, развитие астенических, аффективных и неврозоподобных синдромов свидетельствует о неглубоком поражении психической деятельности; развитие галлюцинаторных, галлюцинаторно параноидных, парафренных синдромов - о более глубоком поражении; кататонические нарушения и состояния помрачения сознания рассматриваются как наиболее тяжелые психопатологические синдромы. Негативные синдромы проявляются истощением психической деятельности, изменением склада личности снижением энергетического потенциала регрессом психической деятельности, парциальным и (или) тотальным слабоумием.

Нередко одно и то же расстройство может оказываться позитивным и негативным (например астения при экзогенных типах реакций и астения при шизофрении).

Каждому заболеванию свойствен определенный круг синдромов, однако в конкретном случае могут наблюдаться лишь некоторые из них Необходимо помнить, что смена синдромов нередко является опорным пунктом диагностики того или иного заболевания.



57. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ВЗГЛЯДОВ НА ВЗАИМОСВЯЗЬ «ПСИХИЧЕСКОГО» И «СОМАТИЧЕСКОГО»

**Психосоматические расстройства** - это большой круг псих. расстройств, объединяющий в себе сомат. нарушения. В генезе психосом нарушений велика роль эмоций, настроения. Депрессия является осн факторов развития психосом расстройств.

Реакцией личности на стресс могут быть невротич. расстройства, при кот. преобладают псих или психопатологич проявления, и психосом расстройства, которые проявляются **«соматич. эквивалентами»** псих. расстройств.

Психосом. расстройства имеют свою историю. Ещё в Месопотамии применялось психолог. воздействие в «магическом оформлении» для лечения больных. Маги использовали особенности личности, воздействуя на неё психологич, помогали избавляться от недугов.

**Аристотель** и **Гиппократ.** Именно Гиппократ объединял психич. и соматич. в своих трудах; говоря о меланхолии, он указывал: *«меланхолики страдают не только плохим настроением, но и испытывают боли в животе».*

**Цицерон** говорил, что физ. здоровье может находиться под влиянием эмоцион. проявлений. Вследствие этого Цицерона называют «первым психосоматиком».

**Авиценна** использовал психолог. подход в лечении больных. Он описал болезни, связанные с теми или иными душевными проявлениями.

В XVII веке **Э. Штааль** сказал, что *«излечение тела зависит от души»*.

**Б. Спиноза** «О происхождении и природе аффектов» подчеркнул единство телесного и эмоционального.

Все описанное выше относят к домедицинским исследованиям. Позже, в начале XIX века, в решением проблемы отношения души и тела занялись врачи.

Дальнейшее изучение влияния психических расстройств на организм продолжилось уже не в медицине, а в психологии. **У. Джеймс** и **Н. Ланге** считали, что за впечатлением следует телесная реакция, а уже потом - эмоции. В противовес им, другие психологи выдвигали обратный тезис: впечатление > эмоции > телесные изменения. Психологи обратили внимание, что часто эмоции сопровождаются телесными нарушениями: положительные эмоции ведут к выздоровлению, а отрицательные - снижали сопротивляемость организма.

Психиатры рассматривали роль эмоций с точки зрения отрицательного их влияния на физическое состояние организма. В основе их взглядов была работа **З. Фрейда** ***«Печаль и меланхолия»****,* в которой описывались психогенные депрессивные состояния. В ***«Исследование истерии»*** обосновывалась конверсия (перенос) психического в соматическое.

Психоаналитики указывали, что в основе соматических нарушений лежат эмоциональные нарушения. **Ф. Александер** в Чикагском институте психоанализа, занимаясь проблемой психосоматики, описали несколько *«стереотипов реакции личности»* на различные события, с развитием соответствующих соматических заболеваний.

Психоанал. **F. Dunbar** выдвинула теорию возн-ния психосом. расстройств, выделив 11 типов личности*,* предрасположенных к определённому телесному «дефекту».

Теория акцентуации личности **К. Леонгарда** и **А.Е. Личко**, позволившая понять связь между изменениями личности и соматическими нарушениями.

Существует также теория ***«утраты значимых для индивида объектов»*** **(H. Freyberger**), которая подчёркивала роль психотравмы в генезе соматических расстройств.

Теория ***«десоматизации»*** объясняет возникновение психосоматических нарушений применительно к детскому возрасту. В раннем детстве ребенок на психотравмирующее воздействие чаще реагирует соматически за счет недостаточности «Я», а с возрастом роль «Я» возрастает и у взрослого соматовегетативное реагирование встречается реже. Здесь речь идёт об «изживании» отрицательных эмоциональных проявлений в виде соматических расстройств в ходе индивидуального развития. Обратная картина связана с теорией **«ресоматизации».** При «ресоматизации» нарушения индивидуального развития (психосоциального, органического, генетического) способствуют возврату на более ранний тип реагирования (взрослый реагирует как маленький ребёнок - капризничает, требует неположенного), что часто приводит к соматическим расстройствам.

В последнее время получила развитие теория ***алекситимии***. Это теория «недостаточной вербализации эмоций». Больные, страдающие психосоматическими расстройствами, не могут полно описать свои эмоциональные состояния и проявления болезни. Чаще всего психосоматические нарушения связывают с депрессией, которая сопровождается замедленностью мышления. При депрессии осмысление тех или иных фактов, событий, переживаний может быть несколько затруднено.

Наряду с работами психологов и психиатров в разработку проблемы психосоматозов внесли физиологи, нейрофизиологи, невропатологи и вегетологи. Примерно в одно время, параллельно с разработками психологов, велись работы, подводившие физиологическую базу под эмоциональные проявления. **И.П. Павлов** на основе теории рефлексов **И.М. Сеченова** описал центральную регуляцию работы пищеварительной, сердечно-сосудистой систем. Что касается эмоций и их «физиологического оформления», то И.П. Павлов подчеркивал *«наша задача ѕ переводить язык психогений на язык физиологии».* В дальнейшем физиологи установили, что в подкорковых образованиях (гипоталамусе) формируются эмоции и регулируется эмоциональное поведение человека.

**В. Кеннон** в начале века в опытах на животных описал физиологию эмоций, в частности, он отметил учащение сердцебиения, выделение адреналина у собак, испытывающих страх. Им указывалось на повышение у них уровня сахара в крови, повышение артериального давления в экстремальных ситуациях.

Уже в первых учебниках по психиатрии к. XIX и н. XX века соматические симптомы часто отмечались в структуре тяжелых психических заболеваний. Впервые стали определенно связывать соматические расстройства с психическими нарушениями при разработке проблемы маниакально-депрессивного психоза. Так, была описана **триада Протопопова**: сердцебиение, расширение зрачков и склонность к запорам, что фактически являлось признаками повышенного тонуса симпатической нервной системы.

К взаимовлияниям психического и телесного в организме прямое отношение имеет теория **гомеостаза** (сбалансированного воздействия на организм двух отделов вегетативной нервной системы: симпатического и парасимпатического). Она основывалась на срединном положении нормально функционирующего организма между этими системами. *«Организм всегда стремится к середине, но никогда практически ее не достигает».*Большую роль в восстановлении гомеостаза и регуляции внутренних органов играет соотношение ***“сон ѕ бодрствование”***. Сон - единственная возможность восстановления гомеостаза. Во сне организм налаживает разрушенные связи, восстанавливает нормальное функционирование.

**Ю.В. Каннабих** высказал мысль, что многие соматические симптомы, наряду с психическими, являются проявлением одного и того же патологического процесса Учёный писал: *«Позволительно высказать гипотезу, что многие случаи истерических головных болей должны быть отнесены к категории слабо выраженных депрессий».* Интернист **Д.Д. Плетнев** описал язвенную болезнь как проявление циклотимии и утверждал, что по одним соматическим симптомам можно судить о психических нарушениях.

Многие исследования психиатров посвящены маскированной (скрытой, ларвированной, соматизированной) депрессии. Её называют ещё «депрессия без депрессии». Суть её - телесно-вегетативные нарушения маскируют эмоциональную патологию. Установлена следующая закономерность *«чем слабее выражен депрессивный компонент, тем массивней телесная симптоматика».*

При изучении проблемы психосоматики психоаналитики, в основном, учитывали личностные особенности пациентов. Вместе с тем, **I.A. Mirsky** ввёл понятие **“Х-фактор”,** который, наряду с личностными особенностями, способствует возникновению нарушений в той или иной (определенной) системе. **S. Wolf** считал, что существует генетически обусловленное изменение клеток и тканей, которые реагируют своеобразно на психотравму, что может привести к психосоматическому расстройству.

В 1970 году в **Базеле** состоялся **6-ой семинар ВОЗ** по вопросам диагностики, номенклатуры и классификации психических заболеваний, который подвел итоги изучения роли психических расстройств в возникновении соматических заболеваний. Как основной вариант психосоматических расстройств он выделил ***«психофизиологическое сопровождение эмоций».*** Было указано, что эмоции имеют двойное выражение: **психологическое** (состояние удовольствия - неудовольствия, хорошее - плохое настроение) и **вегетативное,** которое играет важную роль энергетического обеспечения жизнедеятельности.

В первой отечественной монографии, посвященной психосоматическим расстройствам, **В.Д. Тополянского и М.В. Струковской**, прямо подчеркивается роль эмоций, вернее, депрессии, в возникновении психосоматических расстройств, описываются психосоматические нарушения в соответствии с **локализационным принципом,** т.е. по различным органам и системам.

Т.о. история разработки психосоматических расстройств показала, что они являются расстройствами функций органов и систем, обусловленных психическими нарушениями.

. ФЕНОМЕН «ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ»

**П р** - расстройства функций органов и систем, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов.

**П р** - симптомы и синдромы нарушения соматической сферы, обусловленные индивидуально-психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутриличностного конфликта.

Теоретики православной психиатрии - психосоматические расстройства - это соматические проявления греха.

Психосом. заболевания считаются разновидностью психосом. расстройств. Попытка дать определение психосом. заболеваниям была впервые предпринята ещё психоаналитиками. **S.L. Halliday** указывал: *«****Психосом заболеванием*** *следует считать такое, природа которого может быть понята только из установления несомненного влияния эмоционального фактора на физическое состояние».*

**В.И. Гарбузов** - *«****Психосоматические заболевания*** *ѕ это болезни души и тела».*

Согласно определению **Д.А. Уинтера** *психосом.* считается *заболевание,* которое:

1. носит функциональный, а не структурный характер, хотя впоследствии оно может стать причиной структурных изменений в организме;

2. вызывается неадекватным стимулом;

. представляет неадекватную реакцию организма на этот стимул (завышенную);

. зарождается в момент происшествия, вызвавшим крайне болезненные чувства;

. основывается на механизме фиксированных реакций (реакция организма на стимул всегда неизменна, т.е. в ответ на психическую травму могут повторяться функциональные изменения в одной из систем);

. характеризуется временным сдвигом сознания (система координат «здесь и сейчас» отходит на второй план, больной живет собственным прошлым).

***Психосоматические взаимовлияния***, так же как психосом. болезни, *представляют собой объективную реальность*. Необходимо правильно понять их механизмы, многие из которых не раскрыты наукой до сих пор.

Клинические наблюдения, которые послужили крупнейшему советскому терапевту ***Г.Ф. Лангу*** основанием для утверждения значения псих. перенапряжения, угнетения психики в патогенезе стенокардии и гипертонической болезни, нашли эксперим. подтверждение на разных опытных моделях.

Крупнейший сов. клиницист - ***А.Л. Мясников*** называл гипертонич. болезнь «неврозом мозг. сосуд. центров», желая тем самым подчеркнуть ее психогенное происхождение.

В результате новых исследований удалось установить ***связь между особенностями характера, типами личностного реагирования и метаболизмом биологически активных веществ*** - между явлениями псих. и соматич., идеальными и обеспечивающими их материальными, социальными и биологическими, как у практически здоровых лиц, так и при нервно-психических расстройствах.

Психосоматич. взаимовлияния иногда властно преображают привычную деятельность человека, вступая в противоборство даже с ***инстинктом самосохранения***.

***Сила творческого воображения*** настолько велика, что может приводить к сложнейшим телесным изменениям, отчетливо фиксируемым и точно идентифицируемым воображением человека. Известно, как французский писатель ***Флобер*** в пылу творческого вдохновения, охваченный описанием отравления героини своего романа мышьяком, так ярко вообразил появление признаков отравления, что многие из них возникли у него самого.

**Модели форм-я психосом. расстройств:** а) психофизиологическая, б) психодинамическая, в) системно-теоретическая, г) социопсихосоматическая.

**Психофизиологическая (И.П. Павлов)**. Безусловные рефлексы являются врождёнными. Условные - формируются при научении, с целью адаптации к окружающему миру. Далее **Cannon** обнаружил, что экстремальные ситуации готовят организм к «борьбе или бегству». Эта готовность к переживанию превращается в готовность к физическим действиям. Основываясь на данных Cannon, **Selye** описал стресс, введя понятие **адаптационного синдрома** - неспецифической реакции организма из 3-х фаз: тревога-сопротивление-истощение > соматические изменения.

**Психодинамическая -** отправная точка психосоматики (**З. Фрейдом**) конверсионные синдромы при истерии (слепота, глухота).

**Системно-теоретическая** - человек - это открытая система в ряду других систем. В системе - уровни организма: физиологический, когнитивный, эмоциональный и трансактный.

**Социопсихосоматическая** - следствия неправильного развития отношений между индивидом и социальными структурами, в которые он включён. Как показали исследования, *соматические проявления психогенных расстройств* наиболее часто возникают *у определенного типа личностей*: прямолинейных и ригидных, бескомпромиссных, следующих формально «долгу и правилам», не умеющих проявлять гибкость и дифференцировать ситуации, особенно будущие.

59. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ

1. Чаще всего эти расстройства поражают не один орган, не одну систему, а, как правило, несколько органов и систем ѕ от 2 до 5 (в 80%).

2. У большинства детей чаще отмечаются психосоматические состояния, относительно редко встречаются психосоматические реакции (20%), которые кратковременны и плохо фиксируются *(например, у ребенка боли в животе, а при ультразвуковом исследовании данных за какие-либо изменения органов нет).* Эти функциональные нарушения всегда обратимы *(у 90% детей боли в животе имеют психогенный (психосоматический) характер).*

. Редко отмечаются выраженные реакции, приводящие к психосоматическим заболеваниям, например, к тотальной алопеции.

. Психосоматические расстройства чаще встречаются у девочек, чем у мальчиков: соотношение ѕ 1,5 : 1,0.

. Психосоматические состояния характеризуются большей протяженностью во времени, те или иные функциональные нарушения длятся от нескольких дней до нескольких лет.

. Психосоматические заболевания, встречающиеся примерно у 14,0-15,0% детей (например, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, которая отмечается у детей после 12 лет).

. КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**Психокоррекционная работа** с детьми, имеющими особенности развития, может проводиться в индивидуальной или групповой форме.

**Индивидуальная форма работы** применяется преимущественно по отношению к детям, имеющим общее психическое недоразвитие, тяжелые недостатки сенсорики и моторики, выраженные эмоционально-волевые нарушения.

**Групповая форма** работы является более распространенной. Она применяется в отношении детей с разнообразными нарушениями при условии, что они способны к совместной игровой деятельности. Численность психокоррекционной группы обычно составляет от 4-х до 12-ти человек. Регулярность занятий - 2-3 раза в неделю.

Еще одна распространенная форма психологической работы с нестандартными детьми - **консультативные занятия в присутствии родителей**. На этих занятиях родители, наблюдая за психологом, обучаются специальным упражнениям с детьми, цель которых подготовить психику ребенка к целенаправленному коррекционному воздействию.

В настоящее время существует множество коррекционных программ и техник, способствующих оптимизации развития психики нестандартных детей.

**Психокоррекционное воздействие может оказываться на различные уровни психики: от нейропсихологического до личностного.**

**Цель -** оптимизация, исправление и приведение в норму психических функций человека. Выделяют 5 видов ПК по Ю.С. Шевченко:

1. ПК отдельных психических компонентов психики (внимание, память, мышление…), либо коррекция личности.

2. Директивная или недирективная стратегия психокоррекционного воздействия.

. Коррекция, направленная на индивида или сконцентрированная на семье.

. ПК в форме индивидуальных или групповых занятий.

. ПК как компонент клинической психотерапии.

Тренинг -выработка адекватных, выгодных навыков. Человек вручает себя психологу, который восполняет недостатки, устраняет отклонения и прививает новые навыки.

ПК - это **научение** принимать себя и реальность.

**Основные методы ПК:** манипулирование, формирование и управление человеком.

Заданы эталоны (идеалы). Человек - материал из которого лепится идеальный (для человека и общества) образ. Ответственность исключительно на психологе. Классическим является спектр манипулятивных методик: от Д. Карнеги до НЛП, других тренингов (женского обояния, личностного роста, сексуальный тренинг).

Чаще ПК используется при проблемах, связанных с личностными особенностями, невротических психосоматических расстройствах.

Виды тренингов:

· аутотренинг; поведенческая (бихевиоральная) терапия; НЛП; психодрама; трансактный анализ (Е. Bern).

**Аутотренинг.** Цель - овладеть навыками психической саморегуляции с помощью релаксационных способов. Релаксация (расслабление) - состояние бодрствования, характеризующееся пониженной психофизиологической активностью, ощущаемое во всём организме, либо в любой его системе. Снятие эмоционального напряжения достигается контролем за состоянием мышц и вызыванием релаксации. Вырабатывается «привычка отдыхать».

**Поведенческая психотерапия.** Вырабатывается условный рефлекс с целью снятия болезненных признаков или навыков адекватных привычек взамен неадекватным. Наиболее известны для ПК навязчивых страхов:

· **методика систематической десенсибилизации** (погружение человека в ситуацию, вызывающую страх с формирование новой адекватной реакции на ситуацию и затуханием старой, болезненной);

· **методика парадоксальной интенции** (переворачивание ситуации и доведение её до абсурда (при эрейтофобии, страхе покраснеть научение выглядит так: «Ну, покажи-ка всем, как ты умеешь краснеть. Пусть все увидят, как это тебе удаётся»). Задача её - лишить страхи эмоционально-негативного подкрепления.

**НЛП** (нейролингвистическое программирование) - психологическое манипулирование на основе изучения лингвистической мета-модели человека. Суть - у каждого человека «лингвистический шаблон» познания мира и самого себя, выражения чувств и решения проблем. Коррекция может не осознаваться или осознаваться человеком (первое - это управление человеком, второе - манипулирование с помощью различных методов). Цель - выработка поведения, желательного для человека или его окружения.

Техники НЛП: «якорение», «взмах», «взрыв», «метафора». Основным же является **«рефрейминг»** - переформирование личности (придать ей новую форму). Базовые положения:

· любое поведение (реакции) носит защитный характер и поэтому полезно; вредным оно может быть при использовании в несоответствующем контексте;

· у каждого существует своя модель мира, которую можно изменить;

· каждый обладает ресурсами, чтобы изменить субъективные: восприятие, опыт, модель мира.

В **«рефрейминге»** 6 этапов: 1) определение симптома, 2) расщепление себя на части, представленные здоровой и больной, ответственный за симптом, контакт с больной частью и осмысливание механизма возникновения симптома 3) отделение симптома от первоначального мотива (намерения), 4) обнаружение новой части, способной удовлетворить это намерение с постановкой «якоря» (ассоциативной связи между событиями или мыслями), 5) - 6) формирование согласия «Я» на новую связь.

**Психодрама.** Это разыгрывание ролей с целью изучения внутреннего мира и выработки навыков оптимального социального поведения. Используется если есть комплекс неполноценности. Игра > новые стереотипы поведения в разных ситуациях > выбирает оптимальный для себя стереотип, тем самым решая свои проблемы коммуникации.

**Трансактный анализ.** Личность рассматривается как совокупность 3-х состояний «Я»: Родитель, Взрослый и Ребёнок. Суть - генетически запрограммированное поведение и эмоции: отношение к реальности - Ребёнок инфантилен, Взрослый зрел, Родитель нормативен (оценочный стереотип поведения). Происходит диадный контакт (трансакция) при использовании тех или иных ролей. Цель - дать понять индивиду особенности его взаимодействия с окружающей средой, обучить его оптимальному поведению.