

Министерство образования Республики Беларусь

Учреждение образования

«Белорусский государственный педагогический университет
имени Максима Танка»

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Программно-методический комплекс

Минск 2009

УДК 159.99(075.8)

ББК 88.4я73

М422

Печатается по решению редакционно-издательского совета БГПУ,
рекомендовано секцией психологических наук
(протокол № 2 от 14.05.09)

Составители:

кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической
и консультативной психологии БГПУ *Т.И. Гаврилко*;
кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической
и консультативной психологии БГПУ *Д.Г. Дьяков*

Рецензенты:

кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры психологии
БГУ *А.М. Поляков*;
кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры возрастной
и педагогической психологии БГПУ *А.И. Гаурилюс*

Медицинская психология: прогр.-метод. комплекс / сост.
М422 Т.И. Гаврилко, Д.Г. Дьяков. – Минск: БГПУ, 2009. – 224 с.

Программно-методический комплекс содержит развернутые планы лекционных, семинарских и лабораторных занятий по курсам «Медицинская психология» и «Медицинская и специальная психология». В приложении представлены тексты, рекомендуемые для использования в процессе подготовки к семинарским занятиям и в ходе управляемой самостоятельной работы студентов, а также методическое обеспечение лабораторных работ.

Адресуется преподавателям психологии и студентам психологических специальностей БГПУ.

УДК 159.99(075.8)

ББК 88.4я73

© Гаврилко Т.И., Дьяков Д.Г., 2009

© БГПУ, 2009

ПОЯСИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Одним из ведущих курсов в подготовке практического психолога является учебный курс «Медицинская психология».

Базовые знания по медицинской психологии в большем или меньшем объеме выступают как существенная составляющая программы обучения специалистов в области психологии вне зависимости от выбранной студентом специализации. Поэтому в структуру данного пособия включены варианты курсов по медицинской психологии, предназначенные для нескольких специализаций, в рамках которых осуществляется обучение на факультете психологии БГПУ по специальности «Психология» (1 - 23 01 04): «Педагогическая психология», «Социальная психология» и «Психология семейных отношений», а также специальности «Практическая психология. Иностранный язык» (1 - 03 04 04 - 01).

Пособие включает развернутые учебно-тематические планы курса «Медицинская психология» для специализаций «Педагогическая психология», «Социальная психология» и «Психология семейных отношений», а также курса «Медицинская и специальная психология» для специальности «Практическая психология. Иностранный язык». В структуру пособия входят также некоторые наиболее значимые и в то же время редкие тексты, рекомендуемые к рассмотрению в рамках семинарских занятий и управляемой самостоятельной работы студентов (прил. 1), а также методическое сопровождение лабораторных занятий (прил. 2-5).

Программно-методический комплекс разработан кандидатом психологических наук, доцентом кафедры клинической и консультативной психологии БГПУ Дьяковым Д.Г. (учебно-тематический план для специализаций «Педагогическая психология», «Социальная психология») и кандидатом психологических наук, доцентом кафедры клинической и консультативной психологии БГПУ Гаврилко Т.И. (учебно-тематический план для специальности «Практическая психология. Иностранный язык»).

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ПРОГРАММА КУРСА

Пояснительная записка

Курс «Медицинская психология» является одним из основных в программе подготовки психолога и имеет смешанную (теоретико-практическую) направленность.

Цель курса – раскрыть возможности применения психологических знаний к вопросам возникновения, диагностики, лечения и профилактики заболеваний, а также к проблеме поддержания высокого качества жизни.

Задачи курса:

1. Ознакомить студентов с предметом, задачами и методами исследования в медицинской психологии.
2. Раскрыть этические и правовые нормы в работе медицинского психолога.
3. Рассмотреть современные психологические подходы к психическим и соматическим расстройствам, кризисным состояниям и нарушениям развития.
4. Обучить студентов навыкам проведения психодиагностических исследований в условиях клиники и синдромному анализу полученных данных.
5. Выработать у студентов базовые навыки оказания психологической помощи.
6. Сформировать представления о психологических механизмах, способствующих поддержанию стабильного здоровья и высокого качества жизни.

Программа курса базируется на основе базовой учебной программы «Медицинская психология», составленной кандидатом психологических наук, доцентом Ю.Г. Фроловой, и строится с опорой на такие дисциплины, как «Общая психология», «Социальная психология», «Психология индивидуальных различий», «Физиологические основы поведения».

Цель и задачи курса определили его структуру и объем. На начальном этапе студенты знакомятся с историей развития, основными теоретическими подходами в современной медицинской психологии. Следующий этап посвящен патопсихологии – разделу медицинской психоло-

ши, изучающему закономерности нарушения и восстановления психических процессов и личности в условиях болезни. Далее рассматривается взаимосвязь нарушений в работе психических функций и поражений мозга (нейропсихология), психологические факторы возникновения заболеваний внутренних органов (психосоматика), а также особенности изменения психологического статуса человека в состоянии соматического заболевания (психология больного). Завершается изучение курса рассмотрением психологических проблем формирования условий, обеспечивающих поддержание высокого качества жизни.

В структуру курса не были включены разделы «Кризисное вмешательство» и «Психологическая реабилитация», присутствующие в структуре базовой учебной программы, в основу формирования которой положена логика обучения студентов отделения психологии ФФСН БГУ. Это обусловлено тем, что программа обучения психологов ФФСН БГУ не включает специальных дисциплин, отражающих данные области, тогда как учебная программа для психологов, обучающихся на факультете психологии БГПУ, предполагает специальный и достаточно глубокий анализ обозначенных разделов медицинской психологии. В то же время учебный план для студентов, обучающихся по специализациям «Педагогическая психология» и «Социальная психология» и «Психология семейных отношений» факультета психологии БГПУ, не включает (в отличие от соответствующего плана обучения психологов на факультете ФФСН БГУ) самостоятельных дисциплин, направленных на овладение нейропсихологией и психологией здоровья, что обуславливает включение этих разделов в структуру курса «Медицинская психология» для студентов данных специализаций и достаточно глубокий специальный анализ данных областей знания.

Предлагаемый учебный курс по дисциплине «Медицинская психология» включает в себя:

- лекционные занятия, в ходе которых студенты знакомятся с современными психологическими подходами к диагностике, профилактике и лечению заболеваний;
- семинарские занятия, на которых студенты анализируют современную учебную и научную литературу по темам программы;
- лабораторные занятия, где студенты овладевают навыками продуктивного использования основных патопсихологических и нейропсихологических методик;

– управляемую самостоятельную работу, которая посвящена знакомству студентов с отдельными важными темами медицинской психологии на основе самостоятельной работы с литературными источниками.

Курс «Медицинская психология» для специализаций «Педагогическая психология», «Социальная психология» и «Психология семейных отношений» включает 80 часов лекционных (в т.ч. 12 часов УСРС), 56 семинарских (в т.ч. 8 часов УСРС) и 34 часа лабораторных занятий (в т.ч. 2 часа УСРС); всего 170 аудиторных часов. Овладение дисциплиной осуществляется в IV, V и VI учебных семестрах и завершается зачетом (V семестр) и экзаменами (IV и VI семестры).

Тематический план курса

№	ТЕМА	Лек-ции	Семи-нары	Лабора-торные	УСРС
Раздел 1. Введение в медицинскую психологию					
1	Тема 1.1. Общая характеристика медицинской психологии	2	2	(-)	(-)
2	Тема 1.2. Методологические принципы медицинской психологии	2	(-)	(-)	(-)
3	Тема 1.3. Предпосылки становления медицинской психологии	(-)	(-)	(-)	4
4	Тема 1.4. Развитие медицинской психологии в XX веке	2	2	(-)	(-)
5	Тема 1.5. Основы биологического подхода в медицинской психологии	2	(-)	(-)	(-)
6	Тема 1.6. Психоаналитический и поведенческий подходы в медицинской психологии	2	2	(-)	(-)
7	Тема 1.7. Когнитивный и экзистенциально-гуманистический подходы в медицинской психологии	2	2	(-)	(-)
8	Тема 1.8. Содержание и организационные формы деятельности медицинского психолога	2	(-)	6	(-)
9	Тема 1.9. Психологическая экспертиза	2	2	(-)	(-)
10	Тема 1.10. Подходы к дихотомии «норма – патология» в психологии и психиатрии	(-)	(-)	(-)	2

№	ТЕМА	Лек-ции	Семи-нары	Лабора-торные	УСРС
Раздел 2. Основы патопсихологии					
11	Тема 2.1. Общая характеристика патопсихологии	2	2	(-)	(-)
12	Тема 2.2. Особенности построения патопсихологического исследования	(-)	(-)	4	4
13	Тема 2.3. Патопсихологическая характеристика нарушений сенсорно-перцептивной сферы	2	2	(-)	(-)
14	Тема 2.4. Патопсихологическая характеристика расстройств внимания	2	2	(-)	(-)
15	Тема 2.5. Патопсихологическая характеристика нарушений памяти	2	2	(-)	(-)
16	Тема 2.6. Патопсихологическая характеристика расстройств мышления	2	2	(-)	(-)
17	Тема 2.7. Патопсихологическая характеристика расстройств эмоционально-волевой сферы	2	(-)	(-)	(-)
18	Тема 2.8. Патопсихологическая характеристика нарушений мотивационной сферы	2	2	(-)	(-)
19	Тема 2.9. Нарушения психической деятельности при шизофрении	2	2	4	(-)
20	Тема 2.10. Нарушения психической деятельности при эпилепсии	2	(-)	4	(-)
21	Тема 2.11. Нарушения психической деятельности при биполярном аффективном расстройстве	2	(-)	4	(-)
22	Тема 2.12. Нарушения психической деятельности при умственной отсталости	2	(-)	2	(-)
Раздел 3. Основы нейропсихологии					
23	Тема 3.1. Нейропсихология как наука	2	2	(-)	(-)
24	Тема 3.2. Функциональная организация головного мозга	(-)	2	(-)	2
25	Тема 3.3. Синдромный (факторный) анализ нарушений высших психических функций	2	(-)	(-)	(-)

№	ТЕМА	Лек-ции	Семи-нары	Лабора-торные	УСРС
26	Тема 3.4. Нейропсихологические синдромы, возникающие при повреждениях головного мозга	2	(-)	(-)	(-)
27	Тема 3.5. Нейропсихологическая характеристика нарушения произвольных движений и действий	2	(-)	(-)	(-)
28	Тема 3.6. Нейропсихологическая характеристика сенсорных и гностических расстройств	2	(-)	(-)	(-)
29	Тема 3.7. Нейропсихологическая характеристика нарушений внимания и памяти	2	2	(-)	(-)
30	Тема 3.8. Нейропсихологическая характеристика нарушения мышления и речи	2	2	(-)	(-)
31	Тема 3.9. Нейропсихологическая характеристика нарушения произвольной регуляции деятельности	2	2	(-)	(-)
32	Тема 3.10. Построение нейропсихологического эксперимента	(-)	(-)	4	4
Раздел 4. Основы психосоматики и психологии больного					
33	Тема 4.1. Психосоматические расстройства: понятие, основные подходы к проблеме	2	2	(-)	(-)
34	Тема 4.2. Основные подходы к классификации психосоматических расстройств	2	(-)	(-)	(-)
35	Тема 4.3. Физиологические теории в психосоматике. Психодинамический подход к проблемам психосоматических расстройств	2	2	(-)	(-)
36	Тема 4.4. Направленность личности и психосоматические расстройства. Экзистенциальный подход к психосоматической медицине	2	(-)	(-)	(-)
37	Тема 4.5. Психология больного	2	2	4	(-)
Раздел 5. Психология здоровья человека					
38	Тема 5.1. Понятие о здоровье. Факторы здоровья	2	2	(-)	(-)

№	ТЕМА	Лек-ции	Семи-нары	Лабора-торные	УСРС
39	Тема 5.2. Структура общественного устройства, ее динамика и здоровье личности. Гендер и здоровье	2	2	(-)	(-)
40	Тема 5.3. Культурально и исторически детерминированные подходы к феномену эталона здоровья	(-)	2	(-)	2
41	Тема 5.4. Эталонные образы здоровья в работах ведущих психологов XX века	(-)	2	(-)	2
42	Тема 5.5. Профилактика ВИЧ-инфекции, СПИДа и наркотической зависимости как проблема психологии здоровья	(-)	(-)	(-)	2
Всего		68	48	32	22
Итого		170			

Содержание курса

Раздел 1. Введение в медицинскую психологию

Тема 1.1. Общая характеристика медицинской психологии

Понятие медицинской психологии. Задачи медицинской психологии. «Медицинская психология» и «клиническая психология»: соотношение понятий. Связь медицинской психологии с различными разделами психологии: медицинская психология и общая психология, медицинская психология и социальная психология, медицинская психология и психология развития, медицинская психология и специальная психология, медицинская психология и экстремальная психология, медицинская психология и психология здоровья. «Вертикальные связи» медицинской психологии: медицинская психология и психиатрия, медицинская психология и философия, медицинская психология и психофармакология, медицинская психология и психогигиена, медицинская психология и психотерапия. Структура медицинской психологии.

Контрольные вопросы

1. На развитие каких отраслей медицины оказывает наиболее значительное влияние медицинская психология?
2. На развитие каких общетеоретических вопросов психологии оказывает наиболее значительное влияние медицинская психология?
3. Каковы основные задачи медицинской психологии?
4. С какими психологическими дисциплинами связана медицинская психология? Чем определяются эти связи?
5. Как соотносится предмет медицинской психологии с предметами других психологических дисциплин?
6. Чем определяются связи медицинской психологии с психофармакологией?

Литература

1. The Handbook of Clinical Adult Psychology. Ed. by S.Lindsay & G.Powell. London & New York, 1995.
2. Банщиков В. М., Гуськов В. С., Мягков И. Ф. Медицинская психология. М., 1967.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976.
4. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. Л., 1982.

5. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб., 2002.
6. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, 1983.
7. Пурия А.Р., Зейгарник Б.В., Поляков Ю.Ф. Психология и ее роль в медицине // Вопросы психологии. 1978. Т. 1. С. 28–36.
8. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М., 1998.
9. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. Ростов-н/Д., 2003.
10. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб., 1998.
11. Сидоров П. И., Парняков А. В. Введение в клиническую психологию. М., 2000.

Тема 1.2. Методологические принципы медицинской психологии

Понятие методологии. Уровни методологии. Основные принципы методологии в психологии. Основные методологические принципы медицинской психологии. Принцип развития. Принцип структурности. Принцип личностного подхода. Методы исследования в медицинской психологии (прил. 2–5). Методы исследования умственной работоспособности. Методы исследования внимания. Методы исследования восприятия. Методы исследования памяти. Методы исследования мышления. Методы исследования эмоциональной сферы. Методы исследования личности. Основные задачи и общие принципы психологического исследования в клинике. Модели этики в медицинской психологии.

Контрольные вопросы

1. Каковы основные методологические принципы медицинской психологии?
2. Каковы основные методы медицинской психологии?
3. В чем особенности осуществления экспериментального исследования в медицинской психологии?
4. Перечислите основные методики, используемые в процессе осуществления исследования в области медицинской психологии.
5. На каких этических принципах базируется деятельность медицинского психолога?
6. В чем реализуется принцип развития, контекстуализирующий осуществление исследования в медицинской психологии?
7. В чем отличие этической модели Парацельса от биоэтической концепции?

Литература

1. Альманах психологических тестов. М., 1995.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976.
3. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. Л., 1982.
4. Маклаков А.Г. Общая психология. СПб., 2001.

5. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб., 1998.
6. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практ. рук-во. М., 1970.
7. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. М., 2000.

Тема 1.3. Предпосылки становления медицинской психологии

Предпосылки становления медицинской психологии в идеях и открытиях античных мыслителей (Алкемон Кротонский, Гиппократ, Герофил, Эрастрат, Гален).

Предпосылки становления медицинской психологии в идеях средневековых мыслителей (Фома Аквинский, Авиценна, Альгазен, Аверроэс).

Предпосылки становления медицинской психологии в идеях мыслителей эпохи Возрождения (А. Данте, Ф. Петрарка, Д. Боккаччо, Н. Коперник, Дж. Бруно, Г. Галилей, Р. Гоклениус).

Предпосылки становления медицинской психологии в идеях мыслителей Нового времени (Ф. Бэкон, Р. Декарт, Д. Локк, Б. Спиноза).

Предпосылки становления медицинской психологии в идеях мыслителей XIX–XX веков (Э. Вебер, Г. Фехнер, Г. Гельмгольц, И.М. Сеченов, П. Брока, К. Вернике, Ч. Дарвин, К. Бернар, В. Вундт, Э. Крепелин, Э. Блейлер, Э. Кречмер, А. Бине, Т. Рибо, П. Жанэ, М. Гальтон, Р. Кеттел, В. Штерн, З. Фрейд).

Становление медицинской психологии в России в конце XIX – начале XX вв. (В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков, А.Ф. Лазурский, Н.Н. Ланге, Г.И. Россолимо, И.А. Снкорский, Г.И. Челпанов, В.Ф. Чиж).



Контрольные вопросы

1. В чем состоит идея Алкемона Кротонского, оказавшая значительное влияние на становление медицинской психологии?
2. Кому принадлежит термин «клиническая психология»?
3. Кого принято считать основателем нейропсихологии?
4. В чем значимость идей Р. Декарта для медицинской психологии?
5. Кому принадлежит открытие времени протекания нервных реакций?
6. В чем заключается открытие П. Брока?
7. Как учение о механизмах саморегуляции К. Бернара повлияло на развитие медицинской психологии?
8. Кто из российских психологов внес наибольший вклад в развитие медицинской психологии?

Литература

- Ваншиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф. Медицинская психология. М., 1967.
Карнасарский Б.Д. Медицинская психология. Л., 1982.
Маклаков А.Г. Общая психология. СПб., 2001.
Монделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М., 1998.
Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. М., 2000.
Ирошевский М.Г. История психологии. М., 1990.

Тема 1.4. Развитие медицинской психологии в XX веке

Взаимосвязь становления медицинской психологии с развитием медицины, физиологии, биологии, антропологии, смежных областей психологии на рубеже XIX и XX веков.

Влияние представителей гештальтпсихологии, бихевиоризма и психоанализа (Дж. Уотсон, И.П. Павлов, В.М. Бехтерев Э.Ч. Толмен, С. Хил, Б. Скиннер, В. Келлер, К. Коффка, К. Левин, М. Вертхаймер, З. Фрейд, А. Адлер, К.Г. Юнг, К. Хорни, Э. Фромм и др.) на развитие медицинской психологии.

Влияние представителей культурно-исторической психологии (Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия и др.) на развитие медицинской психологии.

Влияние представителей французского экзистенциализма, гуманистической и когнитивной психологии (Ж.-П. Сартр, А. Камю, М. Хайдеггер, К. Ясперс, Л. Бинсвангер, А. Маслоу, Г. Олпорт, К. Роджерс, Ф. Перлз, А. Лоуэн, У. Найссер, Д. Бродбент, А. Эллис, А. Бек и др.) на развитие медицинской психологии.

Развитие медицинской психологии под влиянием успехов нейропсихологии во второй половине XX века (А.Р. Лурия, Е.Д. Хомская, Г.В. Ахутина, Л.С. Цветкова, Э.Г. Симерницкая, С.С. Корсакова, В.В. Лебединский, Г. Трауготт, И.М. Тонконогий, Я.А. Меерсон, Л.И. Вассерман, Х. Дельгадо, Дж. Миллер, Ю. Галантер, К. Прибрам и др.).

Контрольные вопросы

1. В чем заключается влияние развития биологии и физиологии на становление современной медицинской психологии?
2. Кто поспособствовал проникновению экзистенциальной философии в психологию?
3. Какие психологические явления находятся в фокусе внимания представителей когнитивной психологии? В чем заключается ее влияние на развитие медицинской психологии?

4. Назовите основателя научной психологии.
5. В чем значимость прогресса нейропсихологии во второй половине XX века для развития медицинской психологии?
6. Кто является основоположником бихевиоризма?
7. Какое отражение нашли идеи Л.С. Выготского в медицинской психологии?



Литература

1. История зарубежной психологии. 30–60-е годы XX века. Тексты. М., 1986.
2. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. Л., 1982.
3. Маклаков А.Г. Общая психология. СПб., 2001.
4. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. М., 2000.
5. Солсо Р. Когнитивная психология. М., 1996.
6. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение). СПб., 1997.
7. Ярошевский М.Г. История психологии. М., 1990.

Тема 1.5. Основы биологического подхода в медицинской психологии

Психические расстройства как следствие нарушений в работе головного мозга. Различные биологические факторы в развитии психических болезней: генетические, биохимические, нейрофизиологические.

Теория стресса как вариант биологического подхода в медицинской психологии. Понятие и стадии стресса. Виды стрессоров и стрессовых реакций. Физиологические, когнитивные, эмоциональные и поведенческие составляющие реакции стресса. Понятие совпадающего поведения (копинга). Виды копинг-стратегий. Стресс как фактор развития психических болезней.



Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте связь между нарушениями в работе коры головного мозга и нарушениями психической деятельности.
2. Раскройте значение различных факторов в становлении психических расстройств.
3. Опишите признаки, характеризующие реакцию стресса.
4. Перечислите и опишите формы совладающего поведения.
5. Какова роль стресса в развитии психических заболеваний?



Литература

1. Банщиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф. Медицинская психология. М., 1967.
2. Клиническая психология: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2007.

Комор Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. СПб., 2002.

Набодинский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М., 2003.

Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М., 1998.

Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб., 1998.

Селье Г. Эволюция концепции стресса. Новосибирск, 1976.

Стресс и психическая патология // Сборник научных трудов. М., 1983.

Тема 1.6. Психоаналитический и поведенческий подходы в медицинской психологии

Понятие о психической патологии и механизмах ее развития в классическом и современном психоанализе (психоанализ З. Фрейда, психология самости (Х. Когут), эго-психология (А. Фрейд, Д. Раппапорт), психология объектных отношений (М. Балинт, Р. Спиз, М. Кляйн). Психоаналитический диагноз и уровни развития личности. Методы психоаналитической терапии: анализ переноса, свободные ассоциации, интерпретация сновидений.

Модель психической патологии в рамках поведенческого подхода. Роль научения в развитии психических расстройств. Объяснение психических расстройств с позиций классического и оперантного научения. Социально-когнитивная теория (Дж. Роттер, А. Бандура). Общие принципы и методы поведенческой терапии. Система поведенческой психотерапии Дж. Вольпе.

Контрольные вопросы

1. Раскройте представления З. Фрейда о механизмах психической патологии.
2. Каковы основные идеи представителей эго-психологии относительно сущности психической патологии?
3. Как рассматривается психическая патология в работах представителей психологии объектных отношений?
4. Охарактеризуйте модель психической патологии в рамках поведенческого подхода.
5. Какова роль научения в развитии психических расстройств, согласно представителям поведенческой психологии?
6. Охарактеризуйте общее и различное в понимании психических расстройств представителями классического и оперантного научения.
7. Каковы основные принципы социально-когнитивной теории Дж. Роттера, А. Бандуры?



Литература

1. Клиническая психология: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2007.
2. Куттер П. Современный психоанализ. СПб., 1997.
3. Лэнг Р. Расколотое «Я». М., 1995.
4. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М., 1998.
5. Менцос С. Психодинамические модели в психиатрии. М., 2001.
6. Психотерапия: учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2000.
7. Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ: пер. с англ. М., 1996.

Тема 1.7. Когнитивный и экзистенциально-гуманистический подходы в медицинской психологии

Модель психической патологии в когнитивном подходе. Рационально-эмотивная терапия (А. Эллис). Особенности рациональных и иррациональных суждений. Типичные иррациональные суждения. Когнитивная терапия (А. Бек). Модель возникновения психического расстройства по А. Беку: когнитивное содержание, когнитивные процессы, когнитивные элементы. Принципы и методы когнитивной психотерапии. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия.

Модель психической патологии в экзистенциально-гуманистическом подходе. Факторы возникновения невротических расстройств по К. Роджерсу. Принципы и методы экзистенциальной психотерапии (Л. Бинсвангер, И. Ялом, Р. Мэй).



Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте представления о механизмах психической патологии, преобладающие в среде исследователей, работающих в русле когнитивной психологии.
2. В чем сущность рационально-эмотивной терапии А. Эллиса?
3. Каковы признаки рациональных и иррациональных суждений?
4. Вычленили и опишите общее и различное в психотерапевтических моделях А. Бека и А. Эллиса.
5. Каковы основные принципы когнитивной психотерапии?
6. Охарактеризуйте основные методы когнитивной психотерапии.
7. Проанализируйте сущность модели психической патологии, раскрываемой представителями экзистенциально-гуманистического подхода.
8. Перечислите факторы возникновения невротических расстройств по К. Роджерсу.

Литература

1. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб., 2003.
2. Клиническая психология: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2007.
3. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. СПб., 2001.
4. Психотерапия: учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2000.
5. Роджерс К.С. Клиентоцентрированная терапия. М., 1997.
6. Роджерс К.С. Консультирование и психотерапия. М., 2000.
7. Холмогорова А. Философские и методологические аспекты когнитивной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 3.
8. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М., 1999.

Тема 1.8. Содержание и организационные формы деятельности медицинского психолога

Содержание и организационные формы деятельности медперсонала. Участие психолога в диагностике. Задачи, решаемые в процессе диагностики. Значение данных, полученных в ходе психологического исследования в экспертной практике (трудовой, воинской, судебной).

Деятельность медицинских психологов в психиатрических и психоневрологических учреждениях. Анализ методических рекомендаций.

Вопросы для самоконтроля

1. Каков характер участия медицинского психолога в решении диагностических задач?
2. Каково значение данных, получаемых в процессе психологического исследования, в контексте трудовой экспертизы?
3. Каково значение данных, получаемых в процессе психологического исследования, в контексте воинской экспертизы?
4. Каково значение данных, получаемых в процессе психологического исследования, в контексте судебной экспертизы?
5. Перечислите и охарактеризуйте функции психолога в учреждениях и отделениях психиатрического типа.



Литература

1. Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии / под ред. Г.Б. Дмитриевой. М., 1983.
2. Клиническая психология: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2007.
3. Шумский Н.Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике. СПб., 1997.

Тема 1.9. Психологическая экспертиза

Роль клинического психолога в трудовой экспертизе. Понятие трудоспособности. Частичная и полная нетрудоспособность. Основной акцент в трудовой экспертизе (выделение сохранных компонентов в психической деятельности человека, резервов возможной компенсации). Специфика написания заключения в области трудовой экспертизы.

Задачи судебно-психологической экспертизы: экспертиза потерпевшего, свидетелей. Участие психолога в проведении судебно-психиатрической экспертизы. Определение состояния физиологического аффекта. Задачи и методы экспертизы свидетелей. Определение способности потерпевшего осознавать и правильно интерпретировать значение совершенных с ним действий. Определение психических состояний, мешающих адекватному исполнению профессиональных обязанностей. Психологическая экспертиза по делам о самоубийствах. Составление заключений по данным судебно-психиатрической экспертизы.



Вопросы для самоконтроля

1. Перечислите задачи судебно-психиатрической экспертизы.
2. Какова роль психолога в проведении комплексной психолого-психиатрической экспертизы?
3. Раскройте задачи, решаемые в процессе экспертизы свидетелей.
4. В чем заключаются трудности при определении состояний, препятствующих адекватному исполнению профессиональных обязанностей субъектом?
5. В чем заключается специфика осуществления психологической экспертизы связанной с делами о самоубийствах?
6. Каковы основные принципы составления заключения по данным судебно-психиатрической экспертизы?



Литература

1. Антонян Ю.М., Гурьянов В.В. Криминальная патопсихология. М., 1995.
2. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. М., 1994.
3. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. СПб., 2002.
4. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практ. рук-во. – М., 1970.
5. Фролова Ю.Г. Медицинская психология: учеб. прогр. по спец. 1-23 01 04 «Психология». Минск, 2007.
6. Хрестоматия по суицидологии. Киев, 1996.
7. Юридическая психология: хрестоматия. СПб., 2001.

Тема 1.10. Подходы к дихотомии «норма – патология» в психологии и психиатрии

Специфика психологического подхода к психической норме, его отличие от биомедицинского подхода. Критерии нормы: «среднестатистическая» норма, принцип культурной относительности, успешность адаптации как показатель нормы, норма как отсутствие симптомов, различные критерии нормы в экзистенциально-гуманистическом подходе. Связь обозначенных критериев нормы с основными теоретическими подходами в психологии. Подход к психической норме в концепции культурного релятивизма и критика этого подхода. Критерии психического здоровья в поведенческом и когнитивном подходах: психологическое здоровье как способность к успешной адаптации. Критика адаптационного подхода. Подходы к психологической норме в рамках психодинамического подхода.

Вопросы для самоконтроля

1. Перечислите известные Вам критерии определения нормы.
2. На чем базируется критика концепции культурного релятивизма?
3. На чем основывается критика адаптационного подхода к понятию нормы?
4. Каковы критерии психического здоровья в поведенческом и когнитивном подходах?
5. Каковы критерии психического здоровья в психодинамическом подходе?
6. Охарактеризуйте основные различия биомедицинского и психологического подходов к понятию психологической нормы.



Литература

1. Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988.
2. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. М., 2001.
3. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. СПб., 2002.

Раздел 2. Основы патопсихологии

Тема 2.1. Общая характеристика патопсихологии

Понятие патопсихологии. Б.В. Зейгарник как основательница отечественной патопсихологии. Патопсихология как структурный компонент медицинской психологии. Патопсихология и общая психология. Понятие клинко-психологического синдрома. Понятие патопсихологического синдрома. Понятие психопатологического синдрома.



Контрольные вопросы

1. Дайте определение понятию «патопсихология».

2. Определите место патопсихологии в структуре медицинской психологии.
3. Каково значение патопсихологических исследований для общей психологии?
4. Каким образом соотносятся клинико-психологический, патопсихологический, психопатологический синдромы?



Литература

1. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология: рук-во для врачей и медицинских психологов. Ростов н/Д., 1996.
2. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1976.
4. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. Л., 1982.
5. Матвеев В.Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. М., 1984.
6. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. М., 1998.
7. Патопсихология: хрестоматия. М., 2000.

Тема 2.2. Особенности построения патопсихологического исследования

Понятие патопсихологического эксперимента и его место в структуре патопсихологического исследования. Способы варьирования условий, влияющих на психическое состояние обследуемого в ходе патопсихологического эксперимента. Задачи, решаемые патопсихологом в рамках патопсихологического исследования: участие в решении задач дифференциальной диагностики; оценка структуры и степени нервно-психических расстройств; диагностика психического развития и выбор путей общеобразовательного и трудового обучения и переобучения; исследование личности, социальной среды и социальных позиций больного в целях получения данных для функционального диагноза; оценка динамики нервно-психических нарушений и учет эффективности лечения; участие в экспертной работе; участие в реабилитации больных и в психокоррекционной работе. Методы патопсихологического исследования в клинике. Факторы, учитываемые при выборе метода исследования в патопсихологии. Порядок проведения патопсихологического исследования.



Контрольные вопросы

1. В чем заключается основной принцип патопсихологического эксперимента?
2. Какие из задач патопсихологического исследования следует считать центральными?

С какой целью в рамках патопсихологического эксперимента психологом осуществляется исследование личности, социальной среды и социальных позиций больного?

В каких видах экспертной работы принимает участие патопсихолог?

Каковы основные задачи, решаемые патопсихологом в рамках реабилитации психических больных?

Чем обуславливается выбор психологом методов исследования?

Определите порядок проведения патопсихологического исследования.



Литература

- Альманах психологических тестов. М., 1995.
- Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности. М., 1994.
- Блейхер В.М., Бурлачук Л.Ф. О некоторых теоретических концепциях проективных методов исследования личности в зарубежной психологии и патопсихологии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1972. № 5.
- Блейхер В.М., Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика интеллекта и личности. Киев, 1978.
- Вопросы экспериментальной психологии. М., 1965.
- Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976.
- Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.
- Пубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М., 1989.
- Практикум по патопсихологии / под ред. Б.В. Зейгарник и др. М., 1987.
- Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практ. рук-во. – М., 1970.
- Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике психических заболеваний. Киев, 1988.

Тема 2.3. Патопсихологическая характеристика нарушений сенсорно-перцептивной сферы

Понятие ощущения. Понятие восприятия. Сенсорный и перцептивный образ.

Феноменология и психологические механизмы нарушений сенсорно-перцептивной сферы. Гипо- и гиперпатии, синестопатии. Гипо- и гиперестезии, анестезии. Парестезии. Иллюзии и галлюцинации. Патологические иллюзии как проявления нарушения психической деятельности. Виды галлюцинаций. Псевдогаллюцинации. Агнозии.

Расстройства чувствительности при шизофрении, психопатии, неврозах, психозах, депрессии. Проблема боли.

Методы изучения восприятия в патопсихологии.



Контрольные вопросы

1. Каковы основные гипотезы, объясняющие психологический механизм, лежащий в основе галлюцинаций?
2. Каково основное отличие истинных галлюцинаций от псевдогаллюцинаций?
3. Охарактеризуйте оптико-пространственную агнозию.
4. Определите основные особенности нарушения чувствительности при шизофрении.
5. Определите основные особенности нарушения чувствительности при неврозах.
6. Определите основные особенности нарушения чувствительности при депрессии.
7. Каковы основные методы исследования сенсорно-перцептивной сферы?
8. В чем заключается психологическое значение боли?



Литература

1. Атлас для экспериментального исследования в психической деятельности человека / под ред. И.А. Полищука, А.Е. Видренко. Киев, 1980.
2. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
3. Гильяшева И.Н. О применении методики ТАТ в диагностике неврозов шизофрении // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. Л., 1972.
4. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1976.
5. Клиническая психология: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2007.
6. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. М., 1970.

Тема 2.4. Патопсихологическая характеристика расстройств внимания

Понятие внимания. Свойства внимания. Феноменология нарушений внимания: невнимательность, повышенная отвлекаемость, сужение объема внимания, истощаемость внимания, инертность внимания. Нарушения внимания при психогенно и соматогенно обусловленных астенических состояниях, неврозах, органических заболеваниях головного мозга, шизофрении, травматических и сосудистых заболеваниях головного мозга, хроническом алкоголизме, эпилепсии, соматической клинике. Методики исследования внимания.

Контрольные вопросы

- Перечислите существенные характеристики внимания.
- Каковы основные особенности нарушения внимания при астенических состояниях?
- Перечислите формы нарушения внимания.
- Каковы основные особенности нарушения внимания при эпилепсии?
- Перечислите основные методики, при помощи которых осуществляется исследование внимания в медицинской психологии.
- Каковы основные особенности нарушения внимания при органических заболеваниях головного мозга?
- Каковы основные особенности нарушения внимания при шизофрении?

Литература

- Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
- Блейхер В.М. Экспериментально-психологическое исследование психически больных. Ташкент, 1971.
- Докучаева М.А. Об исследовании методики счета по Крепелину в психиатрической больнице // Психологические методы исследования в клинике. 1976.
- Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. Л., 1982.
- Маклаков А.Г. Общая психология. СПб., 2001.
- Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практ. рук-во. М., 1970.
- Топоницына Т.И. Анализ ошибок при исследовании внимания методом корректурной пробы // Вопросы психологии. 1959. № 5. С. 29–37.

Тема 2.5. Патопсихологическая характеристика нарушений памяти

Понятие памяти. Виды нарушений памяти. Функции памяти. Процессы памяти. Нарушения операциональной стороны памяти. Нарушения непосредственного запоминания. Корсаковский синдром. Прогрессирующая амнезия. Нарушения опосредованного запоминания. Специфика нарушения опосредованного запоминания у представителей различных нозологических групп: олигофрения, эпилепсия, шизофрения, сосудистые заболевания головного мозга. Особенности опосредованного запоминания при неврозах и реактивных психозах.

Нарушение динамики мнестического процесса, а также его мотивационного компонента.

Основные методики, используемые с целью исследования памяти: списывание слов, пиктограммы воспроизведение рассказов, исследование кратчайшей ретенции (тест А.Л. Бентона).



Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте феноменологию Корсаковского синдрома.
2. В чем проявляются нарушения операциональной стороны запоминания?
3. Каковы типичные нарушения памяти при эпилепсии?
4. Каковы особенности опосредованного запоминания при неврозах?
5. Каковы типичные нарушения памяти при шизофрении?
6. Чем характеризуется прогрессирующая амнезия?
7. Каковы типичные нарушения памяти при олигофрении?
8. В чем проявляются нарушения динамического компонента памяти?



Литература

1. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
2. Блейхер В.М., Машек Ю.А. Опыт применения психометрических исследований памяти при церебральном атеросклерозе // Невропатология и психиатрия. 1974. № 2.
3. Бондарева Л. В. Нарушение взаимоотношений непосредственной и опосредованной памяти у больных эпилепсией // Психологические исследования. М., 1971.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976.
5. Логинова С.В., Рубинштейн С.Я. О применении метода «пиктограмм» для экспериментального исследования мышления психически больных. М., 1972.
6. Мучник Л.С., Смирнов В.М. Двойной тест для исследования кратковременной памяти // Психологический эксперимент в неврологической и психиатрической клинике / под ред. И.М. Тонконового. Л., 1969.
7. Петренко Л.В. Нарушение высших форм памяти. М., 1976.
8. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практ. рук-во. М., 1970.

Тема 2.6. Патопсихологическая характеристика расстройств мышления

Психологические подходы к категории мышления: история и современное состояние проблемы. Психологические подходы к осмыслению и дифференцированию нарушений мышления. Клиническая классификация В. Гризенгера. Клинико-психологическая классификация нарушений мышления, по Б.В. Зейгарник. Нарушение операциональной стороны мышления: снижение обобщения, искажение обобщения. Нарушение динамики мышления: лабильность мышления, инертность мышления. Нарушение личностного компонента мышления: разноплановость суждений, резонерство, нарушение критичности и регуляции деятельности. Патология мыслительной деятельности в структуре патопсихологических синдромов (на примере шизофрении, эпилепсии, алкоголизма).

Методики, направленные на исследование мышления.

Контрольные вопросы

1. По какому критерию дифференцируются нарушения мышления в рамках классификации Б.В. Зейгарник?
2. Чем характеризуется инертность мышления?
3. Перечислите типичные нарушения мышления при шизофрении.
4. Какие диагностические методики используются для исследования интеллектуальной операции обобщения?
5. Перечислите основные нарушения мышления при эпилепсии.
6. В чем проявляется нарушение регуляции мыслительной деятельности?

Литература

1. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
2. Зейгарник Б.В. Патология мышления. М., 1962.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976.
4. Кожуховская И.И. Нарушение критичности у психически больных. М., 1985.
5. Корнилов А.П. Нарушение целеобразования у психически больных: автореф. канд. дисс. М., 1980.
6. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1974.
7. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практ. рук-во. М., 1970.
8. Тепеницына Т.И. О психологической структуре резонерства // Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.

Тема 2.7. Патопсихологическая характеристика расстройств эмоционально-волевой сферы

Понятие об эмоциях. Виды эмоциональных состояний. Гипо- и гипертимии, отсутствие чувств. Биполярный синдром. Маниакальное состояние. Депрессивное состояние. Эмоциональные изменения при неврозе, невропатии, психопатии, реактивном психозе. Критерии нарушения эмоциональной сферы в онтогенезе. Методы изучения эмоциональной сферы в патопсихологии. Нарушения воли: гипербулия, гипобулия, парабулия. Парабулия как патология влечений.

Контрольные вопросы

1. Перечислите виды эмоциональных состояний.
2. Определите основные характеристики маниакальной фазы в структуре биполярного синдрома.
3. Перечислите основные признаки депрессивной фазы в структуре биполярного синдрома.
4. Каковы критерии нарушения эмоциональной сферы в онтогенезе?

5. Какие изменения эмоциональной сферы наблюдаются при неврозе?
6. Какие изменения эмоциональной сферы наблюдаются при реактивном психозе?
7. Отрадите сущностные различия между гипобулией и абулией.



Литература

1. Клиническая психология: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб, 2007.
2. Пушкина Т.П. Медицинская психология: метод. указания / авт. соавт. Т.П. Пушкина. Новосибирск, 1996.
3. Селье Г. Стресс без дистресса. М., 1982.
4. Селье Г. Эволюция концепции стресса. Новосибирск, 1976.
5. Стресс и психическая патология // Сборник научных трудов. М., 1983.

Тема 2.8. Патопсихологическая характеристика нарушений мотивационной сферы

Мотивация и деятельность. Развитие категории «личностный смысл» в деятельностном подходе.

Нарушения опосредованности и иерархии мотивов. Сдвиг мотива на цель.

Нарушение смыслообразования. Сужение мотивов и их парадоксальная стабилизация. Аспонтанность. Стереотипия и ригидность как проявления аспонтанности.

Изменение мотивационной сферы при алкоголизме, эпилепсии, шизофрении, у «лобных больных», при нервной анорексии. Показатели изменения мотивационной сферы в патопсихологическом эксперименте.



Контрольные вопросы

1. Как Вы можете охарактеризовать функцию мотивационного компонента структуры деятельности?
2. Какие метаморфозы претерпело понятие «личностный смысл» в динамике развития деятельностного подхода?
3. В чем обнаруживает себя нарушение иерархии мотивов при алкоголизме?
4. Как проявляется сдвиг мотива на цель при нервной анорексии?
5. Какие категории больных характеризуются аспонтанностью?
6. В чем проявляются нарушения мотивационной сферы при шизофрении?



Литература

1. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
2. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. М., 1978.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976.

Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1992.
Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988.

Тема 2.9. Нарушения психической деятельности при шизофрении

Нарушение эмоционально-волевой регуляции как центральный признак деятельности при шизофрении. Феноменология нарушений мышления при шизофрении: искажения обобщения и отвлечения, нарушения целенаправленности мышления, разноплановость мышления, стереотипность мышления, патологический полисемантизм, резонерство, специфика понимания переносного смысла пословиц, соскальзывание. Синдром амотивационного мышления при шизофрении. Нарушения мотивации, личностного смысла и селективности информации мышления структуры нарушения мышления при шизофрении. Особенности перцепционной деятельности больных шизофренией. Личностные и аффективные особенности больных шизофренией: аутизм, эмоциональная тупость, синтонность, практическая приспособляемость. Нарушение ценностно-смысловой сферы. Наиболее продуктивные методики исследования нарушений мышления.

Контрольные вопросы

1. В чем проявляется феноменология искажения обобщения?
2. Что обозначается термином «патологический полисемантизм»?
3. В чем проявляется синдром амотивационного мышления при шизофрении?
4. В чем проявляется феномен шизофренического аутизма?
5. Каковы особенности построения личностного смысла при шизофрении?
6. При какой форме шизофрении наиболее часто встречается амотивационный синдром?



Литература

1. Любимова С.М. Сравнительное исследование формирования мышления у детей, больных шизофренией, с разными типами дизонтогенеза // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении. М., 1982. С. 106–122.
2. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
3. Блейхер В.М., Красовицкая Т.М. Патопсихологические исследования при шизофрении, осложненной алкоголизмом // Проблемы высшей нервной деятельности, патофизиологии, клиники и терапии психозов. В 2 ч. Киев, 1980. Ч. 2. С. 100–102.

4. Бояршинова Т.Я. К вопросу о психологической диагностике вялотекущей шизофрении (по данным ТАТ) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1975. № 2. С. 1680–1682.
5. Кемпинский А. Психология шизофрении. СПб., 1998.
6. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991.
7. Мелешко Т.К. Особенности процесса сравнения у больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1966. № 3. С. 109–115.
8. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1974.

Тема 2.10. Нарушения психической деятельности при эпилепсии

Особенности психической деятельности при эпилепсии: педантичность, тщательность, скрупулезность. Нарушения динамики психической деятельности при эпилепсии.

Нарушения мышления при эпилепсии: особенности формирования ассоциативных связей, обстоятельность, детализированность, вязкость, снижение качества операций обобщения и отвлечения, эгоцентричность, инертность, шаблонность, резонерство, трудности понимания юмора. Нарушения перцептивных процессов при эпилепсии: трудности опознания образов, асимболия. Расстройства речи больных эпилепсией: замедление темпа речи, употребление уменьшительных слов и речевых штампов, олигофазия. Особенности снижения памяти при эпилепсии. Нарушения построения личностного смысла, самооценки и уровня притязаний при эпилепсии.

Контрольные вопросы

1. Каковы основные особенности психической деятельности при эпилепсии?
2. Как проявляются нарушения динамики психической деятельности при эпилепсии?
3. В чем заключаются и как объясняются основные проявления нарушений мышления при эпилепсии?
4. Назовите основные феномены нарушения речи у больных эпилепсией.
5. В чем заключается феномен асимболии?
6. Какова феноменология нарушения самооценки при эпилепсии?

Литература

1. Белая И.И. Методика Роршаха и ее применение при исследовании больных эпилепсией: метод. рек. М., 1978.

Глейхер В.М. Клиника приобретенного слабоумия. Киев, 1976.

Глейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.

Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976.

Конига Я.Г. Уровень притязаний у здоровых и больных эпилепсией // Психологические исследования. 1971. Вып. 3. С. 155–162.

Руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. М., 1983.

Тема 2.11. Нарушения психической деятельности при биполярном аффективном расстройстве

Общая характеристика биполярного аффективного расстройства (БАР). Общие закономерности психической деятельности при БАР: динамика познавательной деятельности и эмоциональные расстройства в периоды фаз.

Степени выраженности депрессии. Типичные для депрессий изменения вегетативной нервной системы, соматические проявления депрессии. Особенности познавательной деятельности при депрессии: замедленность мышления при сохранении качества обобщения и отвлечения. Уменьшение объема и качества идей. Трудности сосредоточения внимания. Трудности усвоения инструкции.

Типология маниакальных состояний, по Т.Ф. Пападопулосу. Основные клинические признаки маниакального состояния. Нарушения познавательной деятельности при маниакальных состояниях: нарушение динамики (по типу лабильности) при сохранении качества отвлечения и обобщения; низкая продуктивность мышления, связанная с поверхностностью и непоследовательностью суждений, скачкой идей; забывчивость; разорванность процесса мышления; неустойчивость внимания; спорадичность высказываний; образование ассоциаций по ассоциативности.

Вопросы для самоконтроля

1. В чем заключаются особенности биполярного аффективного расстройства в сравнении с иными психозами?
2. Каковы характерные для депрессии изменения функций вегетативной системы?
3. Каковы соматические проявления, характерные для депрессии, помимо изменения функций вегетативной системы?
4. Опишите особенности познавательных процессов, характерные для депрессивного состояния.
5. Перечислите основные клинические признаки маниакального состояния.
6. Каковы особенности мышления при маниакальных состояниях?

7. Перечислите и опишите особенности речи, характерные для маниакальных состояний.



Литература

1. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
2. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. Киев, 1980.
3. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. Л., 1982.
4. Кутько И.И., Шестопалова Л.Ф. Особенности личности больных циркулярными депрессиями // Врачебное дело. 1986. № 8. С. 103–106.
5. Руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. М., 1983.

Тема 2.12. Нарушения психической деятельности при умственной отсталости

Определение умственной отсталости. История развития представлений об умственной отсталости. Олигофрения. Причины возникновения врожденного слабоумия (эндогенные, экзогенные). Клинико-психологическая классификация олигофрении (по М.С. Певзнер). Степень выраженности олигофрении: дебильность, имбецильность, идиотия. Психологическая структура дефекта при олигофрении. Деменция. Причины возникновения. Психологическая структура дефекта при деменции. Психологическая характеристика приобретенного слабоумия: психодиагностический и психокоррекционный аспекты.



Вопросы для самоконтроля

1. Раскройте историческую перспективу развития представлений о феномене умственной отсталости в отечественной и зарубежной психологии.
2. Каковы основные причины возникновения олигофрении?
3. Перечислите осложненные формы олигофрении, по М.С. Певзнер.
4. Охарактеризуйте различные степени выраженности умственной отсталости.
5. Сравните психологическую структуру дефекта при олигофрении и при деменции.
6. Каковы основные причины возникновения деменции?



Литература

1. Выготский Л.С. Собрание сочинений. Т. 5. М., 1983.
2. Замский Х.С. Умственно отсталые дети. История их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX века. М., 1995.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976.
4. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. М., 1980.
5. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация. М., 2002.

6. Побединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М., 1985.
7. Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы / под ред. Ж.И. Шиф. М., 1965.
8. Певзнер М.С. Дети-олигофрены. М., 1959.
9. Петрова В.Г. Практическая и умственная деятельность детей-олигофренов. М., 1968.
10. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М., 1986.
11. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева и др.; под ред. В.И. Лубовского. М., 2003.
12. Специальная психология: учеб.-метод. пособие / сост.: Е.С. Слепович, А.М. Поляков, А.А. Давидович и др. Минск, 2005.

Раздел 3. Основы нейропсихологии

Тема 3.1. Нейропсихология как наука

Предмет и задачи нейропсихологии. История развития нейропсихологии. Мозг как орган психической деятельности. Методы нейропсихологии. Клинический метод как основной метод нейропсихологии. Роль современных методов: электроэнцефалографии, томографии, биохимических методов исследования. Сравнительный метод в нейропсихологии.



Вопросы для самоконтроля

1. Перечислите основные задачи нейропсихологии.
2. Обозначьте основные исторические этапы в развитии нейропсихологии.
3. Перечислите основные методы нейропсихологии.
4. Охарактеризуйте связь нейропсихологии с другими науками.
5. В чем заключается значение метода томографии для нейропсихологии?
6. Дайте характеристику сравнительному методу как методу нейропсихологического исследования.



Литература

1. Бехтерева Н.П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. Л., 1971.
2. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. М., 1988.
3. Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. В 2 т. М., 1963. Т. 1; 1970. Т. 2.
4. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
5. Нейропсихология сегодня. М., 1996.
6. Симонов П.В. Сознание и мозг // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. 1993. Т. 43. Вып. 2.

7. Хомская Е.Д. Изучение биологических основ психики с позиций нейропсихологии // Вопросы психологии. 1999. № 3. С. 27–38.
8. Хомская Е.Д. Нейропсихология. М., 1987.
9. Хрестоматия по нейропсихологии / под ред. Е.Д. Хомской. М., 1999.

Тема 3.2. Функциональная организация головного мозга

Локализационизм. Критика локализационизма. Значение работ нейрохирургов. Эквипотенциализм. Критика эквипотенциализма. Теории системной динамической организации высших психических функций. Теория функциональных систем П.К. Анохина. Теория системных блоков А.Р. Лурия. Теория гибких и жестких звеньев психических функций Н.П. Бехтеревой.



Вопросы для самоконтроля

1. Раскройте сущность идей локализационизма в нейропсихологии.
2. Из каких методологических оснований исходит критика локализационизма?
3. Раскройте сущность идей эквипотенциализма в нейропсихологии.
4. В чем сущность теории функциональных систем П.К. Анохина?
5. Каково содержание теории системных блоков А.Р. Лурия?
6. В чем сущность теории гибких и жестких звеньев психических функций Н.П. Бехтеревой?



Литература

1. Адрианов О.С. О принципах структурно-функциональной организации мозга // Избранные научные труды. М., 1999.
2. Бизюк А.П. Основы нейропсихологии. СПб., 2001.
3. Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. В 2 т. М. 1963. Т. 1; 1970. Т. 2.
4. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
5. Симеоницкая Э. Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. М., 1985.
6. Симонов П.В. Сознание и мозг // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. 1993. Т. 43. Вып. 2.
7. Хомская Е.Д. Изучение биологических основ психики с позиций нейропсихологии // Вопросы психологии. 1999. № 3. С. 27–38.
8. Хомская Е.Д. Нейропсихология индивидуальных различий. М., 1997.
9. Хомская Е.Д. Нейропсихология. М., 1987.

Тема 3.3. Синдромный (факторный) анализ нарушений высших психических функций

Понятия фактора, симптома и синдрома в нейропсихологии. Принципы синдромного анализа: качественный анализ нарушений психических функций, выявление фактора и сопоставление первичных и вторичных нарушений, диагностика сохранных психических функций. Значение синдромного анализа. Классификация факторов: модально-специфический фактор, кинестетический фактор, модально-неспецифический фактор, кинетический фактор, пространственный фактор, фактор произвольной регуляции психической деятельности, фактор осциллантности психических функций и состояний, фактор сукцессивности организации ВПФ, фактор симультантности организации ВПФ, фактор межполушарного взаимодействия, общемозговой фактор, фактор работы глубинных подкорковых структур.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение понятиям «фактор», «симптом», «синдром» в нейропсихологии.
2. Охарактеризуйте основные принципы синдромного анализа нарушений психических функций.
3. В чем функция общемозговых нейропсихологических факторов?
4. опишите этапы синдромного анализа в нейропсихологии.
5. Перечислите и охарактеризуйте виды нейропсихологических факторов.
6. В чем функция фактора межполушарного взаимодействия?

Литература

1. Бизюк А.П. Основы нейропсихологии. СПб., 2001.
2. Клиническая психология: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2007.
3. Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. В 2 т. М., 1963. Т.1; 1970. Т. 2.
4. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
5. Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. М., 1985.
6. Хомская Е.Д. Нейропсихология. М., 1987
7. Хрестоматия по нейропсихологии / под ред. Е.Д. Хомской. М., 1999.

Тема 3.4. Нейропсихологические синдромы, возникающие при повреждениях головного мозга

Классификация синдромов по топическому принципу, по нозологическому принципу. Возрастные особенности развития синдромов.

Нейропсихологические синдромы повреждения задних отделов коры больших полушарий. Нейропсихологические синдромы поражения передних отделов коры больших полушарий.

Клинические неврологические симптомы повреждения подкорковых структур мозга. Синдромы поражения срединных неспецифических структур мозга на уровне повреждения стволовых структур, дизэнцефальных структур, медиобазальных отделов лобной и височной коры больших полушарий. Синдромы поражения срединных комиссур мозга. Синдромы поражения глубинных полушарных подкорковых структур.

Вопросы для самоконтроля

1. Охарактеризуйте нейропсихологические синдромы поражения теменных отделов коры головного мозга.
2. Охарактеризуйте нейропсихологические синдромы поражения височных отделов коры головного мозга.
3. Охарактеризуйте нейропсихологические синдромы поражения премоторной коры.
4. Охарактеризуйте нейропсихологические синдромы поражения префронтальной конвекситальной и префронтальной медиобазальной коры.
5. Перечислите и опишите клинические неврологические симптомы повреждения подкорковых структур мозга.
6. Перечислите и опишите синдромы поражения срединных неспецифических структур мозга на уровне повреждения стволовых структур мозга.
7. Перечислите и опишите синдромы поражения срединных неспецифических структур мозга на уровне повреждения дизэнцефальных структур мозга.
8. Перечислите и опишите синдромы поражения срединных неспецифических структур мозга на уровне повреждения медиобазальных отделов лобной и височной коры больших полушарий.
9. Опишите синдромы поражения глубинных полушарных подкорковых структур.

Литература

1. Бизюк А.П. Основы нейропсихологии. СПб., 2001.
2. Клиническая психология: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2007.
3. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях головного мозга. М., 2000.
4. Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. В 2 т. М., 1963. Т. 1; 1970. Т. 2.
5. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
6. Хомская Е.Д. Нейропсихология. М., 1987.

Тема 3.5. Нейропсихологическая характеристика нарушения произвольных движений и действий

Иерархическая структура двигательной системы. Подкорковые образования. Симптомы поражения стриопаллидарной системы. Премоторные и моторные зоны коры. Значение соматосенсорных и зрительных зон коры в организации движения. Элементарные двигательные расстройства: вялые и спастические параличи, парезы. Апраксии: кинестетическая, пространственная, кинетическая, регуляторная.

Вопросы для самоконтроля

1. Опишите структуру двигательной системы.
2. Дайте функциональную характеристику подкорковым образованиям головного мозга.
3. Дайте функциональную характеристику премоторным и моторным зонам коры.
4. Дайте функциональную характеристику соматосенсорным и зрительным зонам коры. Какую роль выполняют эти образования в организации движений?
5. Перечислите и охарактеризуйте элементарные двигательные расстройства.
6. Перечислите и охарактеризуйте известные Вам виды апраксий.

Литература

1. Бернштейн Н.А. О построении движений. М., 1947.
2. Клиническая психология: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2007.
3. Лурия А.Р. Двигательный анализатор и проблема корковой организации движений // Вопросы психологии. 1957. № 2.
4. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях головного мозга. М., 2000.
5. Найдин В.Л. Проблемы восстановления движений при травматических поражениях мозга: рук-во по нейротравматологии. В 2 т. М., 1980.

Тема 3.6. Нейропсихологическая характеристика сенсорных и гностических расстройств

Первичные проекционные зоны. Представление об агнозиях. Вторичные и третичные проекционные зоны. Иерархическое строение зрительной системы. Зрительные агнозии: предметная, оптико-пространственная, цветовая, симультанная, лицевая. Структура кожно-кинестетического анализатора. Тактильные агнозии, возникающие при повреждении верхних и нижних отделов теменной доли. Слуховой анализатор. Выраженность межполушарных различий. Слуховая агнозия.

Расстройство фонематического слуха, нарушение интонационной стороны речи, амузия, аритмия, расстройство слуховой памяти.



Вопросы для самоконтроля

1. Охарактеризуйте первичные проекционные зоны.
2. Дайте характеристику вторичных проекционных зон.
3. Проанализируйте зрительные агнозии с нейропсихологических позиций.
4. Опишите структуру кожно-кинестетического анализатора.
5. Дайте нейропсихологический анализ зрительных агнозий.
6. Дайте нейропсихологический анализ тактильных агнозий.
7. Осуществите нейропсихологический анализ нарушения функций слухового анализатора.



Литература

1. Бабаджанова Н.Р. Нарушение тактильных функций у больных с поражением теменных долей мозга: автореф. ... дисс. канд. психол. наук. М., 1984.
2. Клиническая психология: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб, 2007.
3. Лурия А.Р., Карпов Б.А. Ярбус А.Л. Нарушение восприятия сложных зрительных объектов при поражении лобной доли мозга // Вопросы психологии. 1965. № 3. С. 45–54.
4. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях головного мозга. М., 2000.
5. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
6. Шафиева Э.И. Восприятие эмоционально-экспрессивных лиц у больных локальными поражениями головного мозга: автореф. ... дисс. канд. психол. наук. М., 1990.

Тема 3.7. Нейропсихологическая характеристика нарушений внимания и памяти

Модально-специфические нарушения внимания: двигательное, тактильное, зрительное, слуховое, интеллектуальное невнимание. Неспецифические нарушения внимания трех уровней: возникающие при повреждении стволовых структур, лимбической системы и медиобазальных отделов лобной и височной коры.

Амнезии, гипомнезии, гипермнезии. Нейропсихологический анализ модально-специфических и неспецифических нарушений памяти. Нейропсихологический анализ Корсаковского синдрома.

Вопросы для самоконтроля

- 1) Дайте нейропсихологическую характеристику различным типам модально-специфического нарушения внимания.
- 2) Опишите особенности нарушения внимания при повреждении стволовых структур мозга.
- 3) Опишите особенности нарушения внимания при повреждении лимбической системы.
- 4) Опишите особенности нарушения внимания при повреждении медиобазальных отделов лобной и височной коры.
- 5) Дайте нейропсихологическую характеристику амнезий.
- 6) Дайте нейропсихологическую характеристику гипомнезиям и гипермнезиям.
- 7) Осуществите сравнительный нейропсихологический анализ модально-специфических и неспецифических нарушений памяти.
- 8) Осуществите нейропсихологический анализ Корсаковского синдрома.

Литература

- 1) Кишценко Н.К., Московичюте Л.И., Симерницкая Э.Г. и др. Мозг и память. М., 1975.
- 2) Клиническая психология: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2007.
- 3) Пурия А.Р., Коновалов А.Я., Подгорная А.Я. Расстройства памяти в клинике аневризм передней соединительной артерии. М., 1970.
- 4) Пурия А.Р. Нейропсихология памяти. М., 1974–1976.
- 5) Пурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях головного мозга. М., 2000.
- 6) Московичюте Л.И., Кади А.Л. Особенности нарушений памяти при локальных поражениях подкорковых структур // Память и следовые процессы. Пущино, 1979.
- 7) Попова Л.Т. Память и ее нарушения при очаговых поражениях мозга. М., 1973.
- 8) Слотинцева Т.В. Отражение динамики произвольного внимания в сверхмедленной биоэлектрической активности мозга у здоровых испытуемых и больных с различными локальными поражениями мозга: автореф. ... дисс. канд. психол. наук. М., 1974.
- 9) Пурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях головного мозга. М., 2000.

Тема 3.8. Нейропсихологическая характеристика нарушения мышления и речи

Межполушарная асимметрия. Нарушения мышления, возникающие при повреждении теменно-затылочно-височной области. Нарушения мышления, возникающие при повреждении премоторной и пре-

фронтальной областей. Роль глубоких подкорковых структур в осуществлении процесса мышления.

Афазии как системные расстройства речи, возникающие при локальных повреждениях мозга. Дизартрии, аномии, алалии и т.д. Виды афазий: сенсорная, акустико-мнестическая, оптико-мнестическая, аферентная, семантическая, моторная эфферентная, динамическая. Диагностика афазий на синтагматические и парадигматические.

? Вопросы для самоконтроля

1. Раскройте сущность проблемы межполушарной асимметрии.
2. Охарактеризуйте нарушения мышления, возникающие при повреждении темменно-затылочной-височной области.
3. Охарактеризуйте нарушения мышления, возникающие при повреждении пре-моторной области.
4. Охарактеризуйте нарушения мышления, возникающие при повреждении пре-фронтальной области.
5. Каковы функции глубоких подкорковых структур в обеспечении процесса мышления?
6. В чем заключаются различия в повреждении мозга при нарушениях наглядно-образного и словесно-логического видов мышления?
7. Перечислите виды и определите функции речи.
8. Охарактеризуйте развитие речи в онтогенезе.
9. Дайте нейропсихологическую характеристику сенсорной афазии.
10. Дайте нейропсихологическую характеристику акустико-мнестической афазии.
11. Дайте нейропсихологическую характеристику оптико-мнестической афазии.
12. Дайте нейропсихологическую характеристику аферентной афазии.
13. Дайте нейропсихологическую характеристику семантической афазии.
14. Дайте нейропсихологическую характеристику динамической афазии.

📖 Литература

1. Ахутина Т.В. Порождение речи: Нейролингвистический анализ синтаксиса. М., 1989.
2. Буракова М.К. Речь и афазия. М., 1997.
3. Гагошидзе Т.Ш., Хомская Е. Д. Нейропсихологические исследования наглядно-образного мышления // Вопросы психологии. 1983. № 4.
4. Лурия А.Р. Проблемы и факты нейролингвистики // Теория речевой деятельности. М., 1986.
5. Лурия А.Р. Травматическая афазия. М., 1947.
6. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях головного мозга. М., 2000.

Лурия А.Р., Цветкова Л.С. Нейропсихологический анализ решения задач. М., 1966.

Нейролингвистический анализ динамической афазии. М., 2002.

Цветкова Л.С., Глоzman Ж.М. Аграмматизм при афазии. М., 1978.

Шуаре М. Исследование наглядно-пространственного мышления в норме и у больных с локальными поражениями мозга // Функции лобных долей мозга. М., 1982.

Тема 3.9. Нейропсихологическая характеристика нарушения произвольной регуляции деятельности

Блок контроля и регуляции поведения. Особенности устройства конвекситальной лобной коры. Функциональное значение конвекситальной лобной коры. Симптомы нарушений произвольной регуляции восприятия. Симптомы нарушений произвольной регуляции памяти и внимания. Симптомы нарушений произвольной регуляции мышления. Симптомы нарушений произвольной регуляции управления движениями, планирования, программирования и контроля поведения.

Вопросы для самоконтроля

1. Дайте функциональную характеристику блоку контроля и регуляции поведения. Какое место занимает этот блок в функциональной структуре головного мозга?
2. Каковы особенности устройства конвекситальной лобной коры?
3. В чем заключается функциональное значение конвекситальной лобной коры?
4. Перечислите симптомы нарушений произвольной регуляции восприятия.
5. Перечислите симптомы нарушений произвольной регуляции внимания и памяти.
6. Перечислите симптомы нарушений произвольной регуляции мышления.

📖 Литература

1. Белый Б.И. Психопатология очагового поражения лобных долей в зависимости от стороны поражения // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1975. Т. 75. Вып. 12. С. 1793–1796.
2. Бизюк А.П. Основы нейропсихологии. СПб., 2001.
3. Деглин В.Л., Николаенко Я.Я. О роли доминантного полушария в регуляции эмоциональных состояний // Физиология человека, М., 1975.
4. Лобные доли и регуляция психических процессов / под ред. А.Р. Лурия, Е.Д. Хомской. М., 1966.
5. Лурия А.Р. О двух видах персевераций при поражениях лобных долей мозга // Лобные доли и регуляция психических процессов. М., 1966.
6. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.

Тема 3.10. Построение нейропсихологического эксперимента

Реализация идей системной динамической локализации высших психических функций и применение принципа синдромного анализа нейропсихологической диагностике. Технология проведения нейропсихологического обследования. Методы исследования латеральных предпочтений. Методы нейропсихологического обследования двигательных, тактильных и соматогностических функций. Методы нейропсихологического обследования зрительного и слухового гнозиса. Методы нейропсихологического обследования речевых функций. Исследование пространственных представлений в рамках нейропсихологического подхода. Общие принципы анализа результатов нейропсихологического обследования. Технология составления заключения по результатам нейропсихологического обследования.



Вопросы для самоконтроля

1. Каким образом преломляются принципы синдромного анализа в нейропсихологической диагностике?
2. Каковы основные компоненты технологии проведения нейропсихологического исследования?
3. Раскройте методы нейропсихологического исследования латеральных предпочтений.
4. Каковы методы нейропсихологического изучения состояния зрительного слухового гнозиса?
5. Опишите методы нейропсихологического исследования речевых функций.
6. Каковы магистральные особенности технологии составления заключения по результатам нейропсихологического обследования?



Литература

1. Ануфриев А.Ф. Психологический диагноз: система основных понятий. М., 1996.
2. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
3. Лурия А.Р., Цветкова Л.С. Нейропсихологический анализ решения задач. М., 1966.
4. Нейропсихология сегодня. М., 1996.
5. Симеончик Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. М., 1983.
6. Хомская Е.Д. Нейропсихология. М., 1987.
7. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. М., 1998.

Раздел 4. Основы психосоматики и психологии больного

Тема 4.1. Психосоматические расстройства: понятие, основные подходы к проблеме

Соотношение психосоматики и психологии болезни. Понятие психосоматического расстройства. История развития психосоматики как научного направления. Психодинамический подход к психосоматической медицине. Физиологические теории в психосоматике. Психосоматическая проблема как проблема контроля над телом. Направленность личности и болезнь. Экзистенциальный подход к психосоматике.

Вопросы для самоконтроля

Раскройте сущность соотношения понятий «психосоматика» и «психология болезни».

Дайте определение понятию «психосоматическое расстройство».

Перечислите основные исторические этапы развития психосоматики как науки.

Перечислите основные подходы к анализу проблемы психосоматических расстройств.

Какие подходы к объяснению природы психосоматических расстройств целесообразно относить к группе физиологических подходов? Аргументируйте свой ответ.

Охарактеризуйте известные Вам классификации психосоматических расстройств.

Литература

Александр Ф. Психосоматическая медицина. М., 2000.

Александр Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней: пер. с англ. М., 1995.

Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб., 2000.

Куттер П. Современный психоанализ. М., 1997.

Перлз Ф. Внутри и вне помойного ведра: пер с англ. СПб., 1995.

Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М., 1986.

Фролова Ю.Г. Гендерный аспект психосоматических расстройств // Гендерный подход в психологических исследованиях и консультировании: материалы конф. Минск, 2002. С. 35–43.

Тема 4.2. Основные подходы к классификации психосоматических расстройств

Основные классификации психосоматических расстройств. Классификация К. Яспера. Классификация А.М. Вейна. Классификация по функционально-органическому принципу. Иные классификации психосоматических расстройств. Соматоформные расстройства. Психосомати-

ческие заболевания. Основные нарушения пищевого поведения. Нервная анорексия. Нервная булимия. Псевдосоматические расстройства.



Вопросы для самоконтроля

1. Каковы критериальные основания дифференцирования психосоматических расстройств в рамках классификации К. Ясперса?
2. Каковы критериальные основания дифференцирования психосоматических расстройств в рамках классификации А.М. Вейна?
3. Каковы слабые стороны классификации психосоматических расстройств в функционально-органическом принципе?
4. Охарактеризуйте известные Вам расстройства пищевого поведения.
5. В чем заключается связь между псевдосоматическими расстройствами и истерическими состояниями?
6. Каковы основные проявления ипохондрии?



Литература

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб., 2000.
2. Фролова Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья. Минск, 2000.
3. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. Л., 1982.

Тема 4.3. Физиологические теории в психосоматике. Психодинамический подход к проблемам психосоматических расстройств

Физиологические теории в психосоматике. Теория кортико-висцеральной патологии. Теории стресса: теория Г. Селье, теория Р. Лазаруса. Психодинамические теории в психосоматике. Теория объектных отношений. Теория защитных механизмов. Механизм истерической конверсии. Теория специфичности.



Вопросы для самоконтроля

1. Раскройте сущность теории кортико-висцеральной патологии.
2. В чем заключаются основные идеи теории стресса?
3. Раскройте сущность теории объектных отношений.
4. В чем заключается теория защитных механизмов?
5. Раскройте сущность теории истерической конверсии.
6. В чем заключаются основные идеи теории специфичности?



Литература

1. Cambridge handbook of psychology, Health and medicine. Cambridge, 1997.
2. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание древности до наших дней: пер. с англ. М., 1995.

Вартманн А. Регрессивный кризис в случае нейродермита и нарушений трудоспособности // МПЖ, 1997. № 1.

Куттор П. Современный психоанализ. М., 1997.

Фролова Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья. Минск, 2000.

Тема 4.4. Направленность личности и психосоматические расстройства. Экзистенциальный подход к психосоматической медицине

Поведенческий тип А (ПТА). Физиологические корреляты ПТА.

Трудоспособность и ПТА. Поведенческий тип С. Феномен выученной беспомощности. К. Ясперс: «Концепция витального Я». Л. Бинсвангер:

«Идея свободы». Р. Лэнг: «Невоплощенное Я». К. Роджерс и И. Ялом:

«Экзистенциальная психотерапия в психосоматике».

Вопросы для самоконтроля

1. Перечислите наиболее характерные личностные особенности носителей ПТА.

2. Какие заболевания обычно ассоциируются с ПТА?

3. Перечислите наиболее характерные личностные особенности носителей ПТС.

4. Какие заболевания считаются связанными с ПТС?

5. Раскройте сущность «Концепции витального Я» Л. Бинсвангера.

6. Каковы возможности экзистенциальной психотерапии в психосоматике, согласно концепции К. Роджерса?

Литература

1. Cambridge handbook of psychology, Health and medicine. Cambridge, 1997.

2. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. Л., 1982.

3. Лэнг Я. Расколотовое Я. СПб., 1995.

4. Фролова Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья. Минск, 2000.

5. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М., 1999.

6. Ясперс К. Общая психопатология. СПб., 1997.

Тема 4.5. Психология больного

Понятие внутренней картины болезни. Структура внутренней кар-

тины болезни (по А. Гольдшейдеру). «Субъективный» и «объектив-

ный» подходы к понятию внутренней картины болезни (Г.А. Захарьин,

С.П. Боткин). Преморбидные состояния. Типы реакции на болезнь. Гос-

питальный синдром. Ятрогения. Сорроригения. Эгогения.

Вопросы для самоконтроля

1. Определите понятие внутренняя картина болезни.

2. Какова структура внутренней картины болезни?

3. Раскройте «субъективный» и «объективный» подходы к реальности ВКБ.
4. Охарактеризуйте различные преморбидные состояния.
5. Раскройте сущность различных типов реакции на болезнь.
6. Перечислите признаки госпитального синдрома.
7. Опишите сущность «внушенных заболеваний».



Литература

1. Клиническая психология: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2007.
2. Лурия Р.А.. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания // Хрестоматия по патопсихологии. Под ред. Б.В. Зейгарник, А.П. Корнилова, В.В. Николаевой. М., 1981. С. 49–59 (прил. 1).
3. Матвеев В.Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. М., 1984.
4. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.

Раздел 5. Психология здоровья человека

Тема 5.1. Понятие о здоровье. Факторы здоровья

Понятие здоровья: основные подходы к определению. Реальность «эталона здоровья». Психологические факторы здорового образа жизни. Экологические факторы здорового образа жизни. Поведенческие факторы здорового образа жизни.

Понятие «образ жизни». Понятие «качество жизни». Понятие «уровень жизни». Компоненты отношения к здоровью. Критерии адекватности отношения к здоровью. Факторы, определяющие отношение человека к своему здоровью. Формы отношения человека к своему здоровью. Формирование «продуктивных» паттернов отношения человека к своему здоровью.



Вопросы для самоконтроля

1. Отрадите основные подходы к определению категории «здоровье».
2. Дайте определение понятиям «эталон здоровья», «образ жизни».
3. Раскройте основные психологические факторы здорового образа жизни.
4. Перечислите и проанализируйте экологические факторы здорового образа жизни.
5. Каковы поведенческие факторы здорового образа жизни?
6. Раскройте значение категорий «качество жизни» и «уровень жизни».
7. Какие компоненты отношения к здоровью Вам известны?
8. Перечислите критерии адекватности отношения человека к своему здоровью.
9. Раскройте факторы, определяющие отношение человека к своему здоровью.
10. В чем заключаются сложности формирования «продуктивных» паттернов отношения человека к своему здоровью?

Литература

1. Cambridge handbook of psychology, Health and medicine. Cambridge, 1997.
2. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. М., 2001.
3. Никифоров Г.С. Психология здоровья: учеб. пособие. 2002.
4. Фролова Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья. Минск, 2000.
5. Чаритон Э. Основные принципы обучения здоровому образу жизни // Вопросы психологии. 1997. № 2. С. 3–14.

Тема 5.2. Структура общественного устройства, ее динамика и здоровье личности. Гендер и здоровье

Понятие «классовый градиент здоровья». Модели объяснения причин классового градиента здоровья. Модели возрастной зависимости показателей здоровья. Пол и гендер. Гендерные различия в сфере здоровья. Гипотезы, объясняющие гендерные различия в области здоровья.

Вопросы для самоконтроля

1. Определите понятие «классовый градиент здоровья».
2. Перечислите и раскройте известные Вам модели объяснения причин классового градиента здоровья.
3. Раскройте модели возрастной зависимости показателей здоровья.
4. В чем сходства и отличия категорий «пол» и «гендер»?
5. Опишите гендерные различия в сфере здоровья и отношения к здоровью.
6. Дайте объяснение культуральной детерминированности соотношения гендера и здоровья.

Литература

1. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. М., 2001.
2. Никифоров Г.С. Психология здоровья: учеб. пособие. СПб., 2002.
3. Фролова Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья. Минск, 2000.

Тема 5.3. Культурально и исторически детерминированные подходы к феномену эталона здоровья

Античный эталон здоровья. Средневековый эталон здоровья. Эталоны здоровья Нового, Новейшего времени. Адаптационная модель здоровья. Культурально-ориентированная модель здоровья. Преобразовательная модель здоровья.

Вопросы для самоконтроля

1. Раскройте сущность античного эталона здоровья.
2. В чем выражается средневековый эталон здоровья?

3. Какие идеи характеризуют отношение к проблеме здоровья в эпоху Просвещения и в Новое время?
4. Охарактеризуйте современные культурально детерминированные подходы феноменологии здоровья.
5. Раскройте сущность адаптационной модели здоровья.
6. Раскройте сущность преобразовательной модели здоровья.



Литература

1. Асмолов А.Г. Личность как предмет психологического исследования. М., 1984.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988.
3. Братусь Б.С. Возможна ли нравственная психология // Человек. 1998. № 1. С. 50–59.
4. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. М., 2001.
5. Никифоров Г.С. Психология здоровья: учеб. пособие. СПб., 2002.
6. Основы христианской психологии. М., 1997.
7. Слободчиков В.И. Психология человека. М., 1997.

Тема 5.4. Эталонные образы здоровья в работах ведущих психологов XX века

Образы здоровья в работах представителей классического психоанализа. Образы здоровья в работах Э. Эриксона и Э. Фромма. Позитивные критерии нормы в экзистенциально-гуманистическом подходе. Понятие о полноценно функционирующем человеке в работах К. Роджерса. Здоровье как определенный уровень развития личности (А. Маслоу). Полноценное формирование самости как фактор, обеспечивающий здоровье личности (Г. Олпорт). Уровни психического здоровья психологов. Б.С. Братусю: личностный, индивидуально-психологический, психофизиологический.

Психодиагностический подход и статистические критерии нормы. Взаимосвязь психического и физического здоровья.



Вопросы для самоконтроля

1. Проанализируйте сущность образа здоровья в работах З. Фрейда.
2. Раскройте образы здоровья в работах Э. Эриксона и Э. Фромма.
3. Проанализируйте сущность образов здоровья в работах Г. Олпорта, К. Роджерса.
4. Каким образом описывается психологически здоровый человек в работах А. Маслоу?
5. Раскройте сущность трансперсонального подхода к феноменологии здоровой личности.
6. Каковы взгляды современной культурно-исторической психологии на феномен здоровой личности, согласно Б.С. Братусю?

Литература

- Бригусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988.
Пасильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. М., 2001.
Никифоров Г.С. Психология здоровья: учеб. пособие. 2002.
Роджерс К.С. Клиент-центрированная терапия. М., 1997.
Роджерс К.С. Консультирование и психотерапия. М., 2000.
Фрэнкл В. Человек в поисках смысла. М., 1990.
Фрейд З. Я и Оно. Труды разных лет. Тбилиси, 1991.
Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М., 1994.

Тема 5.5. Профилактика ВИЧ-инфекции, СПИДа и наркотической зависимости как проблема психологии здоровья

Проблемы профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДа. Способы передачи ВИЧ-инфекции. Механизмы предохранения и защиты. Проблемы профилактики инфекций, передающихся половым путем. Проблемы профилактики химических форм зависимости. Проблемы профилактики нехимических форм зависимости (игровая, сексуальная и пр.).

Вопросы для самоконтроля

- Перечислите пути передачи ВИЧ-инфекции.
Каким образом можно эффективно защититься от заражения ВИЧ-инфекцией в потенциально опасных ситуациях?
Каковы вероятные отдаленные последствия заражения ЗППП?
Перечислите основные группы психоактивных веществ.
Перечислите психоактивные вещества, которые являются наиболее активно употребляемыми в Республике Беларусь?
Какие психологические механизмы лежат в основе нехимических форм зависимости?

Литература

- Дильман В.М. Четыре модели медицины. М., 1987.
Кирпиченко А.А. Психиатрия. Минск, 2001.
Кожемякин Л.А., Бондаренко И.Г., Тяптин А.А. СПИД: синдром приобретенного иммунодефицита. Л., 1990.
Наркология: пер. с англ. / Л.С. Фридман и др. СПб., 1998.
Пятницкая И.Н. Наркомании: руководство для врачей / И.Н. Пятницкая. М., 1994.
Скугаревская Е.И. Эмоции и алкоголизм. Минск, 1987.

Семинарские занятия по курсу

Раздел 1. Введение в медицинскую психологию

Тема 1.1. Общая характеристика медицинской психологии



Вопросы для обсуждения

1. Понятие медицинской психологии.
2. Задачи медицинской психологии. Медицинская психология в поле психологической науки.
3. «Вертикальные связи» медицинской психологии.
4. Структура медицинской психологии.



Литература

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976.
2. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. Л., 1982.
3. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб., 2002.
4. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, 1983.
5. Лурия А.Р., Зейгарник Б.В., Поляков Ю.Ф. Психология и ее роль в медицине. Вопросы психологии. 1978. Т. 1. С. 28–36.
6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М., 1998.
7. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. М., 2000.

Тема 1.4. Развитие медицинской психологии в XX веке



Вопросы для обсуждения

1. Влияние гештальтпсихологии, бихевиоризма, психоанализа на становление и развитие медицинской психологии.
2. Влияние культурно-исторической психологии на развитие медицинской психологии.
3. Влияние французского экзистенциализма, гуманистической и когнитивной психологии на развитие медицинской психологии.
4. Развитие медицинской психологии под влиянием успехов нейропсихологии.



Литература

1. История зарубежной психологии. 30–60-е годы XX века. Тексты. М., 1986.
2. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. Л., 1982.
3. Маклаков А.Г. Общая психология. СПб., 2001.

- Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. М., 2000.
- Эйсл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение). СПб., 1997.
- Урошевский М.Г. История психологии. М., 1990.

Тема 1.6. Психоаналитический и поведенческий подходы в медицинской психологии

Вопросы для обсуждения

- Понятие о психической патологии и механизмах ее развития в классическом и современном психоанализе.
- Методы психоаналитической терапии.
- Модель психической патологии в рамках поведенческого подхода.
- Объяснение психических расстройств с позиций классического и оперантного научения.
- Социально-когнитивная теория (Дж. Роттер, А. Бандура).
- Общие принципы и методы поведенческой терапии.

Литература

- Клиническая психология: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2007.
- Куттер П. Современный психоанализ. СПб., 1997.
- Мойер В., Чессер Э. Методы поведенческой терапии. СПб., 2001.
- Психотерапия: учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2000.
- Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ: пер. с англ. М., 1996.
- Фрейд З. Я и Оно. Труды разных лет. Тбилиси, 1991.
- Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М., 1994.

Тема 1.7. Когнитивный и экзистенциально-гуманистический подходы в медицинской психологии

Вопросы для обсуждения

- Модель психической патологии в когнитивном подходе.
- Рационально-эмотивная терапия (А. Эллис).
- Когнитивная терапия (А. Бек). Модель возникновения психического расстройства, по А. Беку.
- Принципы и методы когнитивной психотерапии.
- Модель психической патологии в экзистенциально-гуманистическом подходе.
- Факторы возникновения невротических расстройств, по К. Роджерсу.
- Принципы и методы экзистенциальной психотерапии (Л. Бинсвангер, И. Ялом, Р. Мэй).



Литература

1. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб., 2003.
2. Клиническая психология: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2007.
3. Психотерапия: учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2000.
4. Роджерс К.С. Консультирование и психотерапия. М., 2000.
5. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб., 1997.
6. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М., 1999.

Тема 1.9. Психологическая экспертиза



Вопросы для обсуждения

1. Требования к психологу, проводящему экспертизу.
2. Стационарная трудовая экспертиза.
3. Стационарная военная экспертиза.
4. Экспертиза, направленная на определение корректности диагноза.
5. Задачи судебно-психологической экспертизы.
6. Определение физиологического аффекта.
7. Задачи и методы экспертизы свидетелей.
8. Определение способности потерпевшего осознавать и правильно интерпретировать значение совершенных с ним действий.



Литература

1. Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии / под ред. Г.Б. Дмитриевой. М., 1983.
2. Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. М., 1995.
3. Рубинштейн С.Я. Экспертиза и восстановление трудоспособности после военных травм мозга // Хрестоматия по патопсихологии / под ред. Б.В. Зейгарник, А.П. Корнилов, В.В. Николаевой. М., 1981. С. 93–100 (прил. 1).
4. Шумский Н.Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике. СПб., 1997.
5. Юридическая психология: хрестоматия. СПб., 2001.

Раздел 2. Основы патопсихологии

Тема 2.1. Общая характеристика патопсихологии



Вопросы для обсуждения

1. Понятие патопсихологии. Патопсихология как структурный компонент медицинской психологии.
2. Патопсихология и общая психология.
3. Б.В. Зейгарник как основательница отечественной патопсихологии.

- Патологию клинико-психологического синдрома.
- Патологию патопсихологического синдрома.
- Патологию психопатологического синдрома.

Литература

- Голойхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология: рук-во для врачей и медицинских психологов. Ростов н/Д., 1996.
- Голойхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
- Баратусь Б.С. Место патопсихологии в изучении природы болезни // Вопросы психологии. 1994. № 3. С. 38–42 (прил. 1).
- Зойгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976.
- Карнасарский Б.Д. Медицинская психология. Л., 1982.
- Патопсихология: хрестоматия. М., 2000.

Тема 2.3. Патопсихологическая характеристика нарушений сенсорно-перцептивной сферы

Вопросы для обсуждения

- Клинические формы расстройства восприятия (агнозии, иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации и пр.).
- Нарушение восприятия как процесса приема и переработки информации.
- Особенности восприятия у больных шизофренией.
- Нарушения восприятия у умственно отсталых.

Литература

- Голойхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
- Гиляровский В.А. Психиатрия. М., 1954.
- Зойгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976.
- Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1974.
- Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. М., 1970.
- Рубинштейн С.Я. Патология слухового восприятия. М., 1976.

Тема 2.4. Патопсихологическая характеристика расстройств внимания

Вопросы для обсуждения

- Нейрофизиологические механизмы внимания.
- Нарушения внимания и их значение для оценки состояния пациента.
- Значение нарушений умственной работоспособности в клинической практике.
- Методы изучения нарушений внимания.



Литература

1. Нейрофизиологические механизмы внимания: хрестоматия / под. ред. Е.Д. Хомской. М., 1974.
2. Блейхер В.Н., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. Киев, 1986.
3. Теплицкая Е.И. Психомоторная активность при нарушении психики. Киев, 1991.
4. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. М., 1971.

Тема 2.5. Патопсихологическая характеристика нарушений памяти



Вопросы для обсуждения

1. Основные направления исследования нарушений памяти (клиническое, психофизиологическое, психологическое).
2. Характеристика нарушения различных форм памяти:
 - нарушение непосредственного запоминания;
 - нарушение опосредованного запоминания.
3. Основные методы исследования мнестических расстройств.
4. Нарушения памяти при различных заболеваниях (шизофрения, эпилепсия, алкоголизм и др.)



Литература

1. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976.
3. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М., 1965.
4. Логинова С.В., Рубинштейн С.Я. О применении метода «пиктограмм» для экспериментального исследования мышления психических больных. М., 1971.
5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях головного мозга. М., 2000.
6. Петренко Л.В. Нарушение высших форм памяти. М., 1976.
7. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения в клинике. М., 1970.

Тема 2.6. Патопсихологическая характеристика расстройств мышления



Вопросы для обсуждения

1. Направления исследования нарушений мышления: клиническое, психологическое.
2. Проекция нарушения мышления:
 - Нарушения операциональной стороны мышления.
 - Нарушения динамической стороны мышления.
 - Нарушение мотивационной стороны мышления.

Нарушения мышления при различных заболеваниях (шизофрения, эпилепсия, олигофрения, алкоголизм).

Основные методы исследования нарушения мышления.

Литература

Лейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.

Лейгарник Б.В. Патология мышления. М., 1962.

Лейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976.

Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1974.

Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. М., 1970.

Тоненицына Т.И. О психологической структуре резонерства // Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.

Тема 2.8. Патопсихологическая характеристика нарушения мотивационной сферы

Вопросы для обсуждения

Критерии нарушения мотивационной сферы.

Нарушение иерархии мотивов.

Нарушение смыслообразования.

Аспонтанность.

Нарушение мотивационной сферы при шизофрении.

Нарушение мотивационной сферы при эпилепсии.

Нарушение мотивационной сферы при алкоголизме.

Литература

Братусь Б.В. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. М., 1974.

Лейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976.

Лейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. М., 1980.

Лейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. М., 1971.

Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. М., 1978.

Тема 2.9. Нарушения психической деятельности при шизофрении

Вопросы для обсуждения

Особенности перцепционной деятельности больных шизофренией.

Нарушения селективности информации при шизофрении.

Феноменология нарушений мышления при шизофрении.

4. Синдром амотивационного мышления при шизофрении.
5. Аффективные особенности больных шизофренией.
6. Личностные особенности больных шизофренией. Нарушение ценностно-смысловой сферы.
7. Наиболее продуктивные методики исследования мышления больных шизофренией.



Литература

1. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
2. Кемпинский А. Психология шизофрении. СПб., 1998.
3. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991.
4. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. 1974.

Раздел 3. Основы нейропсихологии

Тема 3.1. Нейропсихология как наука



Вопросы для обсуждения

1. Предмет и задачи нейропсихологии.
2. История развития нейропсихологии.
3. Мозг как орган психической деятельности.
4. Методы нейропсихологии.
5. Клинический метод как основной метод нейропсихологии.



Литература

1. Хомская Е.Д. Нейропсихология. М., 1987.
2. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
3. Нейропсихология сегодня. М, 1996.
4. Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. В 2 т. М., 1963. Т. 1; 1970. Т. 2.
5. Хрестоматия по нейропсихологии / под ред. Е.Д. Хомской. М., 1999.
6. Бехтерева Н. П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. Л., 1971.
7. Проблемы нейропсихологии: Психофизиологические исследования / под ред. Е.Д. Хомской, А.Р. Лурия. М., 1977.
8. Хомская Е.Д. Изучение биологических основ психики с позиций нейропсихологии // Вопросы психологии. 1999. № 3. С. 27–38.

Тема 3.2. Функциональная организация головного мозга

Вопросы для обсуждения

- Повышенность и его критика.
- Эквивалентность. Критика эквивалентности.
- Теории системной динамической организации высших психических функций.
- Теория функциональных систем П.К. Анохина.
- Теория системных блоков А.Р. Лурия.
- Теория гибких и жестких звеньев психических функций Н.П. Бехтерева.

Литература

- Андреев О.С. О принципах структурно-функциональной организации мозга // *Избранные научные труды*. М., 1999.
- Бочко А.П. Основы нейропсихологии. СПб., 2001.
- Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Подкорковые структуры мозга и психические процессы. М., 1985.
- Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. В 2 т. М., 1963. Т. 1; 1970. Т. 2.
- Симонов П.В. Сознание и мозг // *Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова*. 1993. Т. 43. Вып. 2.
- Земская Е.Д. Нейропсихология индивидуальных различий. М., 1997.

Тема 3.7. Нейропсихологическая характеристика нарушений внимания и памяти

Вопросы для обсуждения

- Модально-специфические нарушения внимания.
- Неспецифические нарушения внимания.
- Амнезии, гипомнезии, гипермнезии.
- Нейропсихологический анализ модально-специфических нарушений памяти.
- Нейропсихологический анализ модально-неспецифических нарушений памяти.
- Нейропсихологический анализ Корсаковского синдрома.

Литература

- Киященко Н.К., Московичюте Л.И., Симерницкая Э.Г. и др. Мозг и память. М., 1975.
- Лурия А.Р. Нейропсихология памяти. М., 1974–1976.
- Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях головного мозга. М., 2000.
- Попова Л.Т. Память и ее нарушения при очаговых поражениях мозга. М., 1973.
- Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях головного мозга. М., 2000.

Тема 3.8. Нейропсихологический анализ нарушения мышления и речи



Вопросы для обсуждения

1. Межполушарная асимметрия.
2. Нарушения мышления, возникающие при повреждении теменно-затылочной-височной области.
3. Нарушения мышления, возникающие при повреждении премоторной и префронтальной областей.
4. Повреждения глубоких подкорковых структур и нарушения мышления.
5. Афазии как системные расстройства речи. Виды афазий.
6. Дизартрии, аномии, алалии.



Литература

1. Ахутина Т.В. Порождение речи: Нейролингвистический анализ синтаксиса. М., 1989.
2. Бурлакова М.К. Речь и афазия. М., 1997.
3. Гагошидзе Т.Ш., Хомская Е.Д. Нейропсихологические исследования наглядно-образного мышления // Вопросы психологии. 1983. № 4. С. 119–127.
4. Лурия А.Р. Проблемы и факты нейролингвистики // Теория речевой деятельности. М., 1986.
5. Лурия А.Р. Травматическая афазия. М., 1947.
6. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях головного мозга. М., 2000.
7. Лурия А.Р., Цветкова Л.С. Нейропсихологический анализ решения задач. М., 1966.
8. Цветкова Л.С., Глоzman Ж.М. Аграмматизм при афазии. М., 1978.
9. Шуаре М. Исследование наглядно-пространственного мышления в норме и у больных с локальными поражениями мозга // Функции лобных долей мозга. М., 1982.

Тема 3.9. Нейропсихологическая характеристика нарушения произвольной регуляции деятельности



Вопросы для обсуждения

1. Особенности и функциональное значение конвекситальной лобной коры.
2. Симптомы нарушений произвольной регуляции восприятия.
3. Симптомы нарушений произвольной регуляции памяти и внимания.
4. Симптомы нарушений произвольной регуляции мышления.
5. Симптомы нарушений произвольной регуляции движений.
6. Симптомы нарушений планирования, программирования и контроля поведения.

Литература

- Биняк А.П. Основы нейропсихологии. СПб., 2001.
- Лобные доли и регуляция психических процессов / под ред. А.Р. Лурия, И.Д. Хомской. М., 1966.
- Лурия А.Р. О двух видах персевераций при поражениях лобных долей мозга // Лобные доли и регуляция психических процессов. М., 1966.
- Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.

Раздел 4. Основы психосоматики и психологии больного

Тема 4.1. Психосоматические расстройства: понятие, основные подходы к проблеме

Вопросы для обсуждения

- Понятие психосоматического расстройства.
- История развития психосоматики как области знания.
- Психодинамический подход к психосоматической медицине.
- Основные физиологические теории в психосоматике.
- Личностная направленность и психосоматические расстройства.
- Экзистенциальный подход к психосоматическим расстройствам.
- Основные классификации психосоматических расстройств.

Литература

- Александр Ф. Психосоматическая медицина. М., 2000.
- Александр Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней: пер. с англ. М., 1995.
- Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб., 2000.
- Куттер П. Современный психоанализ. М., 1997.
- Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М., 1986.

Тема 4.3. Физиологические теории в психосоматике. Психодинамический подход к проблемам психосоматических расстройств

Вопросы для обсуждения

- Теория кортико-висцеральной патологии как модель объяснения психосоматических расстройств.
- Теории стресса в психосоматике.
- Теория объектных отношений и психосоматические расстройства.

4. Теории защитных механизмов и истерической конверсии в объяснении психосоматических расстройств.
5. Объяснение психосоматических расстройств при помощи теории специфичности.



Литература

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. М., 2000.
2. Куттер П. Современный психоанализ. М., 1997.
3. Фролова Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья. Минск, 2000.

Тема 4.5. Психология больного



Вопросы для обсуждения

1. Подходы к понятию внутренней картины болезни.
2. Структура внутренней картины болезни.
3. Преморбидные состояния. Типы реакции на болезнь.
4. Госпитальный синдром.
5. Формы взаимоотношения больного и медицинского персонала.
6. Ятрогения. Соророгения. Эгогения.



Литература

1. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопросы психологии. 1993. № 1. С. 86–88 (прил. 1).
2. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. Хрестоматия по патопсихологии // под ред. Б.В. Зейгарник, А.П. Корнилова, В.В. Николаевой. М., 1981. С. 49–59.
3. Матвеев В.Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. М., 1988.
4. Франкл В. Психотерапия на практике. СПб., 1999.

Раздел 5. Психология здоровья человека

Тема 5.1. Понятие о здоровье. Факторы здоровья



Вопросы для обсуждения

1. Основные подходы к понятию здоровья.
2. Понятия «образ жизни», «качество жизни» и «уровень жизни».
3. Психологические факторы здорового образа жизни.
4. Поведенческие факторы здорового образа жизни.
5. Экологические факторы здорового образа жизни.
6. Факторы, определяющие отношение человека к своему здоровью.



Литература

1. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. М., 2001.
2. Никифоров Г.С. Психология здоровья: учеб. пособие. СПб., 2002.

- Тролюва Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья. Мн., 2000.
- Чарлтон Э. Основные принципы обучения здоровому образу жизни // Вопросы психологии. 1997. № 2. С. 3–14.

Тема 5.2. Структура общественного устройства, ее динамика и здоровье личности. Гендер и здоровье

Вопросы для обсуждения

- Понятие «классовый градиент здоровья».
- Типы социальных классов.
- Подходы к объяснению причин классового градиента здоровья.
- Модели возрастной зависимости показателей здоровья.
- Гендерные различия в сфере здоровья.
- Подходы к объяснению гендерных различий в области здоровья.

Литература

- Насильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. М., 2001.
- Никифоров Г.С. Психология здоровья: учеб. пособие. СПб., 2002.
- Тролюва Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья. Минск, 2000.

Тема 5.3. Культурально и исторически детерминированные подходы к феномену эталона здоровья

Вопросы для обсуждения

- Подходы к эталону здоровья, существовавшие в античное время.
- Средневековые подходы к эталону здоровья.
- Эталоны здоровья Нового, Новейшего времени.
- Адаптационная модель здоровья.
- Культурально-ориентированная модель здоровья.
- Преобразовательная модель здоровья.

Литература

- Алишев В.А. Практикум по психологии здоровья. М., 2006.
- Насильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. М., 2001.
- Никифоров Г.С. Психология здоровья: учеб. пособие. СПб., 2002.
- Бритусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988.

Тема 5.4. Эталонные образы здоровья в работах ведущих психологов XX века



Вопросы для обсуждения

1. Образ здоровья в работах представителей классического психоанализа.
2. «Здоровый человек» в работах представителей гуманистического психоанализа.
3. Образы здорового человека в работах представителей гуманистической психологии.
4. Трансперсональный взгляд на эталон здоровья.
5. Психологически здоровый человек в работах представителей культурно-исторической психологии.



Литература

1. Ананьев В.А. Практикум по психологии здоровья. М., 2006.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988.
3. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. М., 2001.
4. Никифоров Г.С. Психология здоровья: учеб. пособие. СПб., 2002.
5. Роджерс К.С. Клиент-центрированная терапия. М., 1997.
6. Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1990.
7. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М., 1994.

Лабораторные занятия по курсу

Раздел 1. Введение в медицинскую психологию

В рамках данного раздела предполагается *практически* овладеть следующим вопросом:

Содержание и организационные формы деятельности медицинского психолога.

Цель: ознакомление с различными аспектами деятельности медицинского психолога.

Фиксируемые результаты: написание эссе, включающего сравнительный анализ особенностей профессиональной деятельности психолога в различных медицинских учреждениях.

Литература

Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии / под ред. Г.Б. Дмитриевой. М., 1983.

Клиническая психология: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2007.

Шумский Н.Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике. СПб., 1997.

Раздел 2. Основы патопсихологии

В рамках данного раздела предполагается *практически* овладеть следующими вопросами:

Особенности построения патопсихологического исследования.

Нарушения психической деятельности при шизофрении.

Нарушения психической деятельности при эпилепсии.

Нарушения психической деятельности при биполярном аффективном расстройстве.

Нарушения психической деятельности при умственной отсталости.

Цели:

Освоение основных патопсихологических методик.

Формирование навыков использования патопсихологических методик в практике патопсихологического обследования.

Формирование навыков составления психологического заключения на основе патопсихологического исследования.

Оборудование: патопсихологические методики, направленные на выявление особенностей личности, деятельности, различных психических процессов (прил. 2–5).

Фиксируемые результаты: заключения на основании патопсихологического обследования лиц с различными психическими расстройствами (шизофрения, эпилепсия, аффективное биполярное расстройство, умственная отсталость).



Литература

1. Альманах психологических тестов. М., 1995.
2. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности. М., 1994.
3. Вопросы экспериментальной психологии. М., 1965.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976.
5. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.
6. Практикум по патопсихологии / под ред. Б.В. Зейгарник и др. М., 1987.
7. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и их применения в клинике: практ. рук-во. М., 1970.
8. Слепович Е.С., Поляков А.М. Коррекция психического развития детей интеллектуальной недостаточностью: метод. рек. Минск, 2005. С. 8–12.

Раздел 3. Основы нейропсихологии

В рамках данного раздела предполагается *практически* овладеть следующим вопросом:

- Построение нейропсихологического эксперимента.

Цели:

- Освоение метода синдромного психологического анализа нарушений психической деятельности, связанных с той или иной мозговой недостаточностью (органической или функциональной).
- Формирование навыков составления психологического заключения с учетом данных, полученных в процессе нейропсихологического обследования больного (с органической или функциональной мозговой недостаточностью).

Оборудование: методики, направленные на исследование латеральных предпочтений; нейропсихологические пробы, направленные на выявление состояния функций кинестетического праксиса, пространственного праксиса, динамического праксиса, слухо-моторных координат.

ний, зрительного гнозиса, стереогноза, речевых функций, слухо-речевой и зрительной памяти.

Фиксируемые результаты: написание заключения по результатам психологического обследования больного.

Литература

- Ануфриев А.Ф. Психологический диагноз: система основных понятий. М., 1995.
- Пурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях головного мозга. М., 2000.
- Материалы к спецпрактикумам по нейро- и патопсихологии. М., 1980.
- Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. М., 1985.
- Специальная психология: учеб.-метод. пособие / сост.: Е.С. Слепович, А.М. Поляков, А.А. Давидович и др. Минск, 2005.
- Комская Е.Д. Нейропсихология. М., 1987.
- Кроткова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. М., 1998.

Раздел 4. Основы психосоматики и психологии больного

В рамках данного раздела предполагается практическое овладение следующим вопросом:

Психология больного.

Цель: обучение студентов работе с индивидуальными концепциями болезни и ее лечения в рамках соматической клиники.

Фиксируемые результаты: написание эссе, включающего анализ клинических индивидуальных концепций болезни и ее лечения.

Литература

- Пурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания // Кристоматия по патопсихологии / под ред. Б.В. Зейгарник, А.П. Корнилова, В.В. Николаевой. М., 1981. С. 49–59 (прил. 1).
- Матюев В.Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. М., 1984.
- Клиническая психология: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2007.

Примерный план управляемой самостоятельной работы студентов

Тема 1.3. Предпосылки становления медицинской психологии

Цель: исследование предпосылок становления медицинской психологии в идеях мыслителей различных исторических эпох.

Форма самостоятельной работы: изложение в письменном виде свободной форме результатов анализа литературных источников по следующим вопросам:

1. Предпосылки становления медицинской психологии в идеях и открытиях античных мыслителей (Алкемон Кротонский, Гиппократ, Профил, Эразистрат, Гален).

2. Предпосылки становления медицинской психологии в идеях средневековых мыслителей (Фома Аквинский, Авиценна, Альгазес, Аверроэс).

3. Предпосылки становления медицинской психологии в идеях мыслителей эпохи Возрождения (А. Данте, Ф. Петрарка, Д. Боккаччо, Н. Коперник, Дж. Бруно, Г. Галилей, Р. Гоклениус).

4. Предпосылки становления медицинской психологии в идеях мыслителей Нового времени (Ф. Бэкон, Р. Декарт, Дж. Локк, Б. Спиноза).

5. Предпосылки становления медицинской психологии в идеях мыслителей XIX–XX веков (Э. Вебер, Г. Фехнер, Г. Гельмогль, И.М. Сеченов, П. Брока, К. Вернике, Ч. Дарвин, К. Бернар, В. Вундт, Э. Крепелин, Э. Блейлер, Э. Кречмер, А. Бине, Т. Рибо, П. Жане, М. Гальтон, Р. Кеттел, В. Штерн, З. Фрейд).

6. Становление медицинской психологии в России в конце XIX – начале XX вв. (В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков, А.Ф. Лазурский, Н.Н. Ланге, Г.И. Россолимо, И.А. Сикорский, Г.И. Челпанов, В.Ф. Чиж).



Литература

1. Банщиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф. Медицинская психология. М., 1967
2. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. Л., 1982.
3. Маклаков А.Г. Общая психология. СПб., 2001.
4. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М., 1998.
5. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. М., 2000.

Сироткина И.Е. Психология в клинике: работы отечественных психиатров конца прошлого века // Вопросы психологии. 1995. № 6. С. 79–92.

Ирвинг М.Г. История психологии. М., 1990.

Форма контроля: проверка и обсуждение представленных материала-

Тема 1.10. Подходы к дихотомии «норма – патология» в психологии и психиатрии

Цель: анализ философских, психологических, житейских представлений о нормальном и патологическом развитии человека.

Форма самостоятельной работы: изложение в письменном виде в свободной форме результатов анализа литературных источников по следующим вопросам:

1. Философские основания представлений о норме и патологии в одном из направлений психологической мысли (на выбор).

2. Житейские представления о норме и патологии в современном белорусском обществе.

3. Что лежит в основе Ваших собственных профессиональных представлений о норме и патологии?

Литература

Асмолов А.Г. Личность как предмет психологического исследования. М, 1984.

Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988.

Братусь Б.С. Возможна ли нравственная психология? // Человек, 1998. № 1. С. 50–59.

Основы христианской психологии. М., 1997.

Снепович Е.С., Поляков А.М. Коррекция психического развития детей с интеллектуальной недостаточностью: метод. рек. Минск, 2005. С. 8–12.

Спободчиков В.И. Психология человека. М., 1997.

Форма контроля: проверка и обсуждение представленных материала-

Тема 2.2. Особенности построения психологического исследования

Цель: изучение особенностей психологической деятельности, демонстрируемых больными с различными психическими расстройствами в процессе выполнения методик патопсихологического исследования.

Форма самостоятельной работы: изложение в письменном виде в свободной форме результатов анализа литературных источников по следующим вопросам:

1. Основные методы исследования в патопсихологии: эксперимент, наблюдение, клиническая беседа.

2. Исследование познавательных процессов и эмоционально-волевой сферы при различных психических расстройствах (шизофрения, эпилепсия, хронический алкоголизм, биполярное, аффективное расстройство, умственная отсталость).

3. Интерпретация данных, полученных в ходе патопсихологического исследования (качественный и количественный анализ).



Литература

1. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
2. Братусь Б.С., Розовский И.Я., Цапкин В.Н. Психологические проблемы изучения и коррекции личности: учеб.-метод. пособие. М., 1988. С. 5–13 (прил. 1).
3. Вопросы экспериментальной психологии. М., 1965.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976.
5. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.
6. Практикум по патопсихологии / под ред. Б.В. Зейгарник и др. М., 1987.
7. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практ. рук-во. М., 1970.

Форма контроля: анализ моделей выполнения экспериментальных заданий больными с различными психическими расстройствами.

Тема 3.2. Функциональная организация головного мозга

Цель: проанализировать теории, претендующие на раскрытие закономерностей функциональной организации мозга человека.

Форма самостоятельной работы: изложение в письменном виде в свободной форме результатов анализа литературных источников по следующим вопросам:

1. Локализационизм и обоснования его критики.
2. Эквипотенциализм. Критика эквипотенциализма.
3. Теория функциональных систем П.К. Анохина.
4. Теория системных блоков А.Р. Лурия.
5. Теория гибких и жестких звеньев психических функций

Н.П. Бехтеревой.



Литература

1. Адрианов О.С. О принципах структурно-функциональной организации мозга. Избранные научные труды. М., 1999.

Корсакова Н.К., Москвичюте Л.И. Подкорковые структуры мозга и психические процессы. М., 1985.

Пурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. В 2 т. М., 1963. Т. 1; 1970. Т. 2.

Пурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.

Симерницкая Э. Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. М., 1985.

Симонов П.В. Сознание и мозг // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. 1993. Т. 43. Вып. 2.

Хомская Е.Д. Изучение биологических основ психики с позиций нейропсихологии // Вопросы психологии. 1999. № 3. С. 27–38.

Хомская Е.Д. Нейропсихология индивидуальных различий. М., 1997.

Хомская Е.Д. Нейропсихология. М., 1987.

Форма контроля: проверка и обсуждение представленных материала.

Тема 3.10. Построение нейропсихологического эксперимента

Цель: изучение особенностей психологической деятельности, демонстрируемых больными при локальных поражениях мозга в ходе нейропсихологического исследования.

Форма самостоятельной работы: изложение в письменном виде в свободной форме результатов анализа литературных источников по следующим вопросам:

1. Методы исследования высших корковых функций при локальных поражениях мозга.

2. Особенности построения нейропсихологического эксперимента.

3. Особенности познавательных процессов и эмоционально-волевой сферы при поражениях различных отделов мозга (затылочных, теменных, височных, лобных).

Литература

1. Пурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях головного мозга. М., 2000.

2. Пурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.

3. Пурия А.Р., Цветкова Л.С. Нейропсихологический анализ решения задач. М., 1966.

4. Нейропсихология сегодня. М., 1996.

5. Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. М., 1985.

6. Хомская Е.Д. Нейропсихология. М., 1987.

7. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. М., 1998.

Форма контроля: анализ моделей выполнения экспериментальных заданий больными, обнаруживающими поражения различных отделов мозга.

Тема 5.3. Культурально и исторически детерминированные подходы к феномену эталона здоровья

Цель: анализ культурально и исторически детерминированных представлений о нормальном и патологическом функционировании человека.

Форма самостоятельной работы: изложение в письменном виде в свободной форме результатов анализа литературных источников по следующим вопросам:

1. Античный эталон здоровья.
2. Средневековый эталон здоровья.
3. Эталоны здоровья Нового, Новейшего времени.
4. Адаптационная модель здоровья.
5. Культурально-ориентированная модель здоровья.
6. Преобразовательная модель здоровья.



Литература

1. Асмолов А.Г. Личность как предмет психологического исследования. М., 1988.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988.
3. Братусь Б.С. Возможна ли нравственная психология? // Человек, 1998. № 1. С. 50–59.
4. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. М., 2001.
5. Никифоров Г.С. Психология здоровья: учеб. пособие. СПб., 2002.
6. Основы христианской психологии. М., 1997.
7. Слободчиков В.И. Психология человека. М., 1997.

Форма контроля: проверка и обсуждение представленных материалов.

Тема 5.4. Эталонные образы здоровья в работах ведущих психологов XX века

Цель: исследование эталонных образов здоровья в работах ведущих психологов XX века.

Форма самостоятельной работы: изложение в письменном виде в свободной форме результатов анализа литературных источников по следующим вопросам:

1. Образы здоровья в работах представителей классического психологического анализа.
2. Образы здоровья в работах гуманистического психоанализа.

1. Позитивные критерии нормы в экзистенциально-гуманистическом подходе.

4. Разработка идей психологической нормы в современной российской психологии.

Литература

Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988.

Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. М., 2001.

Маслоу А.Г. Мотивация и личность. СПб., 2003.

Никифоров Г.С. Психология здоровья: учеб. пособие. СПб., 2002.

Роджерс К.С. Клиент-центрированная терапия. М., 1997.

Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1990.

Фрейд З. Я и Оно. Труды разных лет. Тбилиси, 1991.

Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М., 1994.

Форма контроля: проверка и обсуждение представленных материала-

лов.

Тема 5.5. Профилактика ВИЧ-инфекции, СПИДа и наркотической зависимости как проблема психологии здоровья

Цель: анализ основных проблем профилактики распространения ВИЧ-инфекции и зависимостей (различного генеза).

Форма самостоятельной работы: изложение в письменном виде в свободной форме результатов анализа литературных источников по следующим вопросам:

1. Способы передачи ВИЧ-инфекции.
2. Механизмы предохранения и защиты от заражения.
3. Особенности и проблемы профилактики химических форм зависимости.

4. Особенности и проблемы профилактики иных форм зависимости (наркотическая, сексуальная и др.).

Литература

Дильман В.М. Четыре модели медицины. М., 1987.

Кожемякин Л.А., Бондаренко И.Г., Тяптин А.А. СПИД: синдром приобретенного иммунодефицита. Л., 1990.

Наркология: пер. с англ. / Л.С.Фридман и др. СПб., 1998.

Пягницкая И.Н. Наркомании: рук-во для врачей. М., 1994.

Скугаревская Е.И. Эмоции и алкоголизм. Мн., 1987.

Форма контроля: проверка и обсуждение представленных материала-

лов.

Примерный перечень вопросов к зачету и экзамену по курсу

Вопросы к экзамену (IV семестр)

1. Предмет, задачи и отрасли медицинской психологии.
2. Вертикальные междисциплинарные связи медицинской психологии.
3. Горизонтальные междисциплинарные связи медицинской психологии.
4. Структура медицинской психологии.
5. Методологические принципы медицинской психологии.
6. Предпосылки становления медицинской психологии в идеях и открытиях античных мыслителей.
7. Предпосылки становления медицинской психологии в идеях средневековых мыслителей.
8. Предпосылки становления медицинской психологии в идеях мыслителей эпохи Возрождения.
9. Предпосылки становления медицинской психологии в идеях мыслителей Нового времени.
10. Предпосылки становления медицинской психологии в идеях мыслителей XIX–XX вв.
11. История становления медицинской психологии в России и СССР в конце XIX – первой половине XX вв.
12. Влияние представителей гештальтпсихологии, бихевиоризма и психоанализа на развитие медицинской психологии.
13. Влияние представителей культурно-исторической психологии на развитие медицинской психологии.
14. Влияние представителей французского экзистенциализма и гуманистической психологии на развитие медицинской психологии.
15. Влияние представителей когнитивной психологии на развитие медицинской психологии.
16. Развитие медицинской психологии под влиянием успехов нейропсихологии второй половины XX века.
17. Биологический подход в медицинской психологии.
18. Психоаналитический подход в медицинской психологии.
19. Поведенческий подход в медицинской психологии.
20. Когнитивный подход в медицинской психологии.
21. Экзистенциально-гуманистический подход в медицинской психологии.
22. Социокультурный подход в медицинской психологии.
23. Анализ взаимоотношений психически больного и общества в работах М. Фуко

4. Основные методы исследования в медицинской психологии.
5. Методы исследования умственной работоспособности.
6. Методы исследования внимания.
7. Методы исследования восприятия.
8. Методы исследования мышления.
9. Метод «Классификация предметов».
10. Методы исследования памяти.
11. Метод пиктограмм.
12. Методы исследования эмоциональной сферы.
13. Методы исследования личности.
14. Патопсихологическое исследование: задачи, структура, принципы организации.
15. Содержание и организационные формы деятельности медицинского психолога.
16. Задачи судебно-психологической экспертизы. Участие психолога в судебно-психиатрической экспертизе.
17. Судебно-психологическая экспертиза аффекта.
18. Судебно-психологическая экспертиза потерпевших.
19. Судебно-психологическая экспертиза свидетелей.
20. Психологическая экспертиза по делам о самоубийствах.
21. Особенности трудовой экспертизы.
22. Основные подходы к дихотомии «норма – патология» в психологии и психиатрии.
23. Сравнительный анализ критериев психической нормы.
24. Подходы к дихотомии «норма – патология» в психодинамической психологии.
25. Основы адаптационного подхода к дихотомии «норма – патология».
26. Подход к психической норме с позиций культурного релятивизма.

Вопросы к зачету (V семестр)

1. Общая характеристика патопсихологии.
2. Понятие патопсихологического эксперимента и его место в структуре патопсихологического исследования.
3. Задачи и порядок проведения патопсихологического исследования.
4. Патопсихологический анализ нарушений умственной работоспособности.
5. Патопсихологический анализ нарушений восприятия.
6. Патопсихологический анализ нарушений внимания.
7. Патопсихологический анализ нарушений памяти.
8. Патопсихологический анализ нарушений мышления и речи.
9. Патопсихологический анализ нарушений эмоционально-волевой сферы.
10. Патопсихологический анализ нарушений мотивационной сферы (на примере шизофрении, алкоголизма, нервной анорексии и т. д.).
11. Синдромный подход в патопсихологии.
12. Правила проведения и структура клинической беседы.

13. Требования к составлению психологического заключения.
14. Общая характеристика нарушений психической деятельности при шизофрении.
15. Мышление больных шизофренией.
16. Эмоциональная сфера больных шизофренией.
17. Личность больных шизофренией.
18. Психологические подходы к шизофрении (психоанализ, экзистенциализм, когнитивно-бихевиоральный подход).
19. Общая характеристика нарушений психической деятельности при эпилепсии.
20. Познавательная деятельность больных эпилепсией.
21. Эмоциональная сфера больных эпилепсией.
22. Личность больных эпилепсией.
23. Виды депрессии. Особенности познавательных процессов и личности при депрессии.
24. Психологические теории и психотерапия депрессии (когнитивный, бихевиоральный подходы, психоанализ, экзистенциализм).
25. Типология маниакальных состояний по Т.Ф. Пападопулосу. Основные клинические признаки маниакального состояния.
26. Психологическая характеристика маниакальных состояний.
27. Олигофрения: понятие и причины возникновения.
28. Клинико-психологическая классификация олигофрений (по М.С. Певзнер).
29. Особенности познавательной деятельности при олигофрении.
30. Особенности личности при олигофрении.
31. Деменция: понятие, причины возникновения.
32. Психологическая характеристика приобретенного слабоумия: психодиагностический и психокоррекционный аспекты.
33. Степени выраженности слабоумия: дебильность, имбецильность, идиотия.
34. Структура психологического дефекта при умственной отсталости.
35. Предмет и задачи нейропсихологии.
36. История развития нейропсихологии.
37. Методы исследования в нейропсихологии.
38. Теория функциональных систем П.К. Анохина.
39. Теория системных блоков А.Р. Лурия.
40. Теория гибких и жестких звеньев психических функций Н.П. Бехтеревой.
41. Понятия фактора, симптома и синдрома в нейропсихологии. Принципы синдронового анализа.
42. Нейропсихологические синдромы, возникающие при локальных повреждениях коры головного мозга.
43. Нейропсихологические синдромы, возникающие при повреждении глубинных структур мозга.

- 4. Нейропсихологическая характеристика нарушения произвольных движений и действий.
- 5. Нейропсихологическая характеристика сенсорных и гностических расстройств.
- 6. Нейропсихологическая характеристика нарушений внимания.
- 7. Нейропсихологическая характеристика нарушений памяти.
- 8. Нарушения мышления, возникающие при повреждении теменно-затылоч-но-височной области.
- 9. Нарушения мышления, возникающие при повреждении премоторной и пре-фронтальной областей.
- 10. Нейропсихологическая характеристика афазий.

Вопросы к экзамену (VI семестр)

- 1. Общая характеристика патопсихологии.
- 2. История развития патопсихологии в Европе и США.
- 3. История развития отечественной патопсихологии.
- 4. Патопсихологический эксперимент в структуре патопсихологического исследо-вания. Задачи и порядок проведения патопсихологического исследования.
- 5. Патопсихологический анализ нарушений восприятия.
- 6. Патопсихологический анализ обманов чувств.
- 7. Патопсихологический анализ нарушений внимания.
- 8. Патопсихологический анализ нарушений памяти.
- 9. Патопсихологический анализ Корсаковского синдрома.
- 10. Патопсихологический анализ нарушений мышления и речи.
- 11. Классификации нарушений мышления по Б.В. Зейгарник и В. Гризенгеру.
- 12. Патопсихологический анализ нарушений эмоционально-волевой сферы.
- 13. Патопсихологический анализ нарушений мотивационной сферы (на примере шизофрении, алкоголизма, нервной анорексии и т. д.).
- 14. Требования к составлению патопсихологического заключения.
- 15. Характеристика нарушений психической деятельности при шизофрении.
- 16. Особенности психической деятельности при эпилепсии.
- 17. Особенности познавательных процессов и личности при депрессии.
- 18. Психологические теории депрессии (психоаналитический, экзистенциальный, когнитивный и бихевиоральный подходы).
- 19. Психологическая характеристика маниакальных состояний.
- 20. Олигофрения: понятие, этиология.
- 21. Клинико-психологическая классификация олигофрений (по М.С. Певзнер).
- 22. Особенности психологической деятельности при олигофрении.
- 23. Деменция: понятие, этиология.
- 24. Психологическая характеристика приобретенного слабоумия.
- 25. Степень выраженности умственной отсталости: дебильность, имбецильность, идиотия.

26. Структура психологического дефекта при олигофрении, деменции.
27. Предмет и задачи нейропсихологии.
28. История развития нейропсихологической науки.
29. Методы исследования в нейропсихологии.
30. Представления о локализации психических функций в современной нейропсихологии.
31. Функциональные блоки и отделы мозга.
32. Теория функциональных систем П.К. Анохина. Теория гибких и жестких звеньев психических функций, предложенная Н.П. Бехтеревой.
33. Учение А.Р. Лурия о локализации психических функций. Основные положения современной концепции системной локализации функций.
34. Понятия фактора, симптома и синдрома в нейропсихологии. Принципы синдромного анализа.
35. Нейропсихологические синдромы, возникающие при локальных повреждениях коры головного мозга.
36. Нейропсихологические синдромы, возникающие при повреждении глубинных структур мозга.
37. Аfferentная и эfferentная апраксии. Причины и проявления.
38. Нейропсихологическая характеристика сенсорных и гностических расстройств.
39. Нейропсихологическая характеристика нарушений внимания.
40. Нейропсихологическая характеристика нарушений памяти.
41. Нейропсихологическая характеристика нарушений мышления.
42. Нейропсихологическая характеристика афазий.
43. Принципы построения и содержание нейропсихологического эксперимента.
44. Понятие и основные классификации психосоматических расстройств.
45. Физиологические теории в психосоматике.
46. Психологические подходы к психосоматическим расстройствам.
47. Психодинамический подход к проблеме психосоматических расстройств.
48. Направленность личности и психосоматические расстройства.
49. Экзистенциальный подход в психосоматической медицине.
50. Внутренняя картина болезни. Развитие учения о структуре внутренней картины болезни.
51. Типы реакции на болезнь.
52. Госпитальный синдром: понятие и общая характеристика.
53. Психология взаимоотношений врача и больного. Внутренние состояния.
54. Понятия здоровья, образа жизни, качества жизни. Понятие уровня жизни.
55. Психологические факторы здорового образа жизни.
56. Формы и факторы отношения человека к своему здоровью.
57. Понятие «классовый градиент здоровья», причины классового градиента здоровья.
58. Гендер и здоровье.

99. Античный эталон здоровья.
100. Средневековый эталон здоровья.
101. Эталоны здоровья Нового и Новейшего времени.
102. Понятие о моделях здоровья. Адаптационная модель здоровья.
103. Культурально-ориентированная и преобразовательная модели здоровья.
104. Образы здоровья в работах представителей классического психоанализа.
105. Образы здоровья в работах представителей гуманистического психоанализа.
106. Критерии нормы в работах представителей экзистенциально-гуманистического подхода.
107. Уровни психического здоровья по Б.С. Братусю.
108. Проблемы профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДа.
109. Химические формы зависимости: виды, проблемы профилактики.
110. Нехимические формы зависимости: виды, проблемы профилактики.

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ

Литература

Основная

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. М., 2000.
2. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. Ташкент, 1976.
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. Киев, 1980.
4. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: рук-во для врачей и клинических психологов. М., 2002.
5. Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988.
6. Братусь Б.С. Место патопсихологии в изучении природы болезни // Вопросы психологии. 1994. № 3. С. 38–42.
7. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека. М., 2001.
8. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1976.
9. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. Л., 1982.
10. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб., 2002.
11. Клиническая психология: учебник. 3-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2007.
12. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И.. Клиническая нейропсихология. М., 1988.
13. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях головного мозга. М., 2000.
14. Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. В 2 т. М., 1963. Т. 1; 1970. Т. 2.
15. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
16. Матвеев В.Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. М., 1984.
17. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М., 1998.
18. Никифоров Г.С. Психология здоровья: учеб. пособие. СПб., 2002.
19. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. Ростов н/Д., 2003.
20. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. М., 1970.
21. Фролова Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья. Минск, 2000.
22. Хомская Е.Д. Нейропсихологическая школа А.Р. Лурия // Вопросы психологии. 1997. № 5. С. 79–101.
23. Хомская Е.Д. Нейропсихология. М., 1987.
24. Хрестоматия по нейропсихологии / под ред. Е.Д. Хомской. М., 1999.
25. Cambridge handbook of psychology, Health and medicine. Cambridge, 1997.
26. The Handbook of Clinical Adult Psychology. Ed. by S. Lindsay & G. Powell. London & New York, 1995.

Дополнительная

- Адрианов О.С. О принципах структурно-функциональной организации мозга // Избранные научные труды. М., 1999.
- Алейникова С.М. Сравнительное исследование формирования мышления у детей, больных шизофренией с разными типами дизонтогенеза // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении. М., 1982. С. 106–122.
- Александр Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней: пер. с англ. М., 1995.
- Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб., 2000.
- Антонян Ю.М., Гульдман В.В. Криминальная патопсихология. М., 1995.
- Ануфриев А.Ф. Психологический диагноз: система основных понятий. М., 1995.
- Асмолов А.Г. Личность как предмет психологического исследования. М., 1984.
- Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека / под ред. И.А. Полищука, А.Е. Видренко. Киев, 1980.
- Ахутина Т.В. Порождение речи: Нейролингвистический анализ синтаксиса. М., 1989.
10. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб., 2003.
11. Белая И.И. Методика Роршаха и ее применение при исследовании больных эпилепсией: метод. рек. М., 1978.
12. Белый Б.И. Патопсихология очагового поражения лобных долей в зависимости от стороны поражения // журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1975. Т. 75. Вып. 12. С. 1793–1796.
13. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности. М., 1994.
14. Бехтерева Н.П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. Л., 1971.
15. Бизюк А.П. Основы нейропсихологии. СПб., 2001.
16. Блейхер В.М., Красовицкая Т.М. Патопсихологические исследования при шизофрении, осложненной алкоголизмом // Проблемы высшей нервной деятельности, патофизиологии, клиники и терапии психозов. В 2 ч. Киев, 1980. Ч. 2. С. 100–102.
17. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология: рук-во для врачей и медицинских психологов. Ростов н/Д., 1996.
18. Бондарева Л.В. Нарушение взаимоотношений непосредственной и опосредованной памяти у больных эпилепсией // Психологические исследования. М., 1971.
19. Бояршинова Т.Я. К вопросу о психологической диагностике вялотекущей шизофрении (по данным ТАТ) // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1975. № 2. С. 1680–1682.

20. Братусь Б.С. Возможна ли нравственная психология? // Человек, 1998. № С. 50–59.
21. Бурлакова М.К. Речь и афазия. М., 1997.
22. Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.
23. Гагошидзе Т.Ш., Хомская Е.Д. Нейропсихологические исследования наглядно-образного мышления // Вопросы психологии. 1983. № 4. С. 119–121.
24. Дильман В.М. Четыре модели медицины. М., 1987.
25. Докучаева М.А. Об исследовании методики счета по Крепелину психиатрической больнице // Психологические методы исследования в клинике. М., 1976.
26. Зейгарник Б.В. Патология мышления. М., 1962.
27. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. М., 1980.
28. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. М., 1971.
29. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.
30. Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей. М., 1990.
31. Кемпинский А. Психология шизофрении. СПб., 1998.
32. Кожемякин Л.А., Бондаренко И.Г., Тяптин А.А. СПИД: синдром приобретенного иммунодефицита. Л., 1990.
33. Кожуховская И.И. Нарушение критичности у психически больных. М., 1985.
34. Колита Я.Г. Уровень притязаний у здоровых и больных эпилепсией // Психологические исследования. 1971. Вып. 3. С. 155–162.
35. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. СПб., 2002.
36. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, 1983.
37. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. М., 1978.
38. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991.
39. Куттер П. Современный психоанализ. СПб., 1997.
40. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М., 1965.
41. Лобные доли и регуляция психических процессов / под ред. А.Р. Лурия, Е.Д. Хомской. М., 1966.
42. Логинова С.В., Рубинштейн С.Я. О применении метода «пиктограмм» для экспериментального исследования мышления психически больных. М., 1972.
43. Лурия А.Р. Травматическая афазия. М., 1947.
44. Лурия А.Р., Цветкова Л.С. Нейропсихологический анализ решения задач. М., 1966.
45. Лэнг Р. Расколотое Я. СПб., 1995.
46. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М., 1998.

7. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии. СПб., 2001.
8. Материалы к спецпрактикумам по нейро- и патопсихологии. М., 1980.
9. Мейер В., Чессер Э. Методы поведенческой терапии. СПб., 2001.
10. Мелешко Т.К. Особенности процесса сравнения у больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1966. № 1. С. 109–115.
11. Мучник Л.С., Смирнов В.М. Двойной тест для исследования кратковременной памяти // Психологический эксперимент в неврологической и психиатрической клинике / под ред. И.М. Тонконового. Л., 1969.
12. Наркология: пер. с англ. / Л.С. Фридман и др. СПб., 1998.
13. Нейропсихология сегодня. М., 1996.
14. Нейрофизиологические механизмы внимания: хрестоматия / под ред. Е.Д. Хомской. М., 1974.
15. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
16. Основы христианской психологии. М., 1997.
17. Перлз Ф. Внутри и вне помойного ведра: пер с англ. СПб., 1995.
18. Потренко Л.В. Нарушение высших форм памяти. М., 1976.
19. Петрова В.Г. Практическая и умственная деятельность детей-олигофренов. М., 1968.
20. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1974.
21. Попова Л.Т. Память и ее нарушения при очаговых поражениях мозга. М., 1973.
22. Практикум по патопсихологии / под ред. Б.В. Зейгарник и др. М., 1987.
23. Проблемы нейропсихологии: Психофизиологические исследования / под ред. Е.Д. Хомской, А.Р. Лурия. М., 1977.
24. Психотерапия: учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2000.
25. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. Ростов н/Д., 2003.
26. Роджерс К.С. Клиент-центрированная терапия. М., 1997.
27. Роджерс К.С. Консультирование и психотерапия. М., 2000.
28. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб., 1998.
29. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М., 1986.
30. Рубинштейн С.Я. Экспертиза и восстановление трудоспособности послеоперированных травм мозга: Хрестоматия по патопсихологии / под ред. Б.В. Зейгарник, А.П. Корнилов, В.В. Николаевой. М., 1981. С. 93–100.
31. Руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. М., 1983.
32. Селье Г. Стресс без дистресса. М., 1982.
33. Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. М., 1985.
34. Слепович Е.С., Поляков А.М. Коррекция психического развития детей с интеллектуальной недостаточностью: метод. рек. Минск, 2005. С. 8–12.

75. Специальная психология: учеб.-метод. пособие / сост.: Е.С. Слепови А.М. Поляков, А.А. Давидович и др. Минск, 2005.
76. Стресс и психическая патология // Сборник научных трудов. М., 1983.
77. Тепеницына Т.И. Анализ ошибок при исследовании внимания методом корректурной пробы // Вопросы психологии. 1959. № 5. С. 29–37.
78. Тепеницына Т.И. О психологической структуре резонерства // Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.
79. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М. 1986.
80. Франкл В. Психотерапия на практике. СПб., 1999.
81. Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1990.
82. Фролова Ю.Г. Гендерный аспект психосоматических расстройств // Гендерный подход в психологических исследованиях и консультировании: материалы конф. Минск, 2002.
83. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М., 1994.
84. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб., 1997.
85. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике психических заболеваний. Киев, 1988.
86. Холмогорова А. Философские и методологические аспекты когнитивной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 3.
87. Хомская Е.Д. Изучение биологических основ психики с позиций нейропсихологии // Вопросы психологии. 1999. № 3. С. 27–38.
88. Хрестоматия по суицидологии. Киев, 1996.
89. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. М., 1998.
90. Чарлтон Э. Основные принципы обучения здоровому образу жизни // Вопросы психологии. 1997. № 2. С. 3–13.
91. Шумский Н.Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике. СПб., 1997.
92. Юридическая психология: хрестоматия. СПб., 2001.
93. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М., 1999.
94. Ясперс К. Общая психопатология. СПб., 1997.
95. Bernard L.C., Krupat E. Health Psychology. Fort Worth, 1993.
96. Handbook of mental retardation and development / Ed. by Jacob A. Burack. –Cambridge, 1998.
97. The Handbook of Clinical Adult Psychology. Ed. by S. Lindsay & G. Powell. London & New York, 1995.

МЕДИЦИНСКАЯ И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ПРОГРАММА КУРСА

Пояснительная записка

Данная учебная программа по курсу «Медицинская и специальная психология» строится на основании следующих базовых учебных программ: «Медицинская психология» (автор – Ю.Г. Фролова) и «Специальная психология» (автор – Е.С. Слепович). Модификация исходных учебных программ производится в связи с иным количеством учебных часов, а также с необходимостью ознакомления студентов с основными положениями медицинской и специальной психологии в рамках одного курса.

Цель данного курса для специальности «Практическая психология. Иностранный язык» заключается в ознакомлении студентов с нарушениями психической деятельности человека, способами их диагностики, а также с основными направлениями психологической помощи взрослым и детям, страдающим подобными нарушениями.

Задачи курса:

1. Определить предмет, задачи, методы и сферу приложения медицинской психологии.
2. Ознакомить с историей развития медицинской психологии, показать взаимосвязь различных разделов внутри данной дисциплины, а также взаимоотношения медицинской психологии с другими областями психологии и медицины.
3. Изучить психологические механизмы нарушений психических процессов, дать содержательную патопсихологическую характеристику основных типов нарушений психической деятельности.
4. Обучить студентов основным навыкам психологической диагностики нарушений психической деятельности и показать основные направления оказания психологической помощи людям, имеющим нарушения психической деятельности.
5. Ознакомить с теоретическими основами и категориальным аппаратом специальной психологии.
6. Показать возможности специальной психологии в диагностике особенностей психического развития ребенка и оказании психологической помощи детям, имеющим психофизические отклонения в развитии.

Программа курса учитывает знания студентов по таким дисциплинам, как «Общая психология», «Основы психофизиологии», «Нейропсихология», «Психология индивидуальных различий».

Построение данного курса имеет следующую логику. Первоначально студенты знакомятся с предметным полем медицинской психологии, рассматривают историю развития медицинской психологии и основные теоретические подходы на современном этапе. На этом этапе также анализируется проблема нормы психического здоровья. Затем студенты переходят к изучению патопсихологии, где представлены закономерности нарушения и восстановления психических процессов личности человека в условиях болезни. Далее рассматриваются проблемы психосоматики, в рамках которой определяются психологические факторы возникновения заболеваний внутренних органов. После этого обсуждаются основные вопросы психологии больного человека. Завершается первая часть данного курса рассмотрением основных направлений психологической помощи людям, страдающим психическими и соматическими заболеваниями.

В рамках данного курса студенты знакомятся также с теоретическими основаниями специальной психологии, рассматривают основные нарушения психического развития у детей, обсуждают психологические проблемы диагностики и коррекции нарушений психического развития у детей.

Курс включает в себя:

– лекционные занятия, которые знакомят студентов с проблематикой медицинской психологии и специальной психологии, направлениями психологической диагностики психических заболеваний и нарушений развития, психологическими подходами к профилактике и лечению психических и соматических заболеваний, а также нарушений развития у детей;

– семинарские занятия, которые направлены на самостоятельную активную работу студентов с учебной и научной литературой по темам программы;

– практические занятия, в ходе которых студенты получают навыки проведения психологической диагностики и оказания психологической помощи больным людям.

Объем курса составляет 102 аудиторных часа, он разбит на два семестра, рекомендуемые формы контроля знаний – зачет и экзамен.

Тематический план курса

№ раз- дела/ темы	Название темы	Лек- ции	Семи- нары	Практич. занятия
	ОБЩИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ			
1	Предмет, задачи и методы исследования медицинской психологии	2	-	-
2	Развитие медицинской психологии. Основные теоретические подходы в медицинской психологии	4	2	-
3	Психическое здоровье и психическая болезнь	2	2	-
	ПАТОПСИХОЛОГИЯ			
1	Общие вопросы патопсихологии	2	-	-
2	Нарушения сознания и самосознания	2	-	-
3	Нарушения восприятия	2	-	2
4	Нарушения памяти	2	-	2
5	Нарушения мышления	4	-	4
6	Нарушения внимания и работоспособности	2	-	2
7	Изменения эмоционально-волевой сферы, мотивационной сферы и нарушения личности	2	-	2
8	Проблема психологического диагноза. Виды патопсихологических синдромов	2	-	-
9	Патопсихологическая характеристика органических поражений мозга	2	-	-
10	Патопсихологическая характеристика шизофрении	2	-	-
11	Патопсихологическая характеристика невротических расстройств	2	-	-
12	Патопсихологическая характеристика тревожных расстройств	2	-	-
13	Патопсихологическая характеристика диссоциативных расстройств	2	-	-
14	Патопсихологическая характеристика депрессивных расстройств	2	-	-
15	Патопсихологическая характеристика расстройств личности	2	4	-

ческие основы отечественной медицинской психологии. Развитие медицинской психологии в трудах В.М. Бехтерева, С.С. Корсакова, А.Ф. Лузурского, В.Н. Мясищева, Л.С. Выготского, Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурия, С.Я. Рубинштейн, В.В. Николаевой, Е.Т. Соколовой и др. *Поведенческий подход.* Модель психической патологии в рамках поведенческого подхода. *Психоаналитический подход.* Понятие о психической патологии и механизмах ее развития в классическом и современном психоанализе (З. Фрейд, А. Фрейд, Д. Раппапорт, М. Кляйн). *Когнитивный подход.* Модель психической патологии в когнитивном подходе, особенности психотерапевтического подхода (А. Эллис, А. Бек). *Экзистенциально-гуманистический подход.* Основные экзистенциальные проблемы и их проявления при психических расстройствах (К. Роджерс, В. Франкл, Л. Бинсвангер, И. Ялом, Р. Мэй).



Вопросы для самоконтроля

1. Определите основные этапы развития и становления медицинской психологии.
2. Чем обосновывается существование различных подходов, теоретических направлений в медицинской психологии?
3. Назовите основные позиции каждого из теоретических направлений, покажите их сильные и слабые стороны и определите собственные приоритеты известных вам направлениях.

Тема 1.3. Психическое здоровье и психическая болезнь

Критерии психического здоровья (М. Ягода). Рассмотрение критериев психического здоровья в зависимости от теоретического подхода. Уровни психического здоровья (Б.С. Братусь): личностный, индивидуально-психологический, психофизиологический. Психическое здоровье и психическая норма. Психическое и психологическое здоровье



Вопросы для самоконтроля

1. С чем связана проблема установления критериев психического здоровья человека?
2. Перечислите основные подходы к определению нормы и патологии в различных направлениях психологической науки, в чем сущность каждого из этих подходов?
3. Как взаимосвязаны между собой уровни психического здоровья, выделяемые Б.С. Братусем, какова их иерархия и на чем она основана?
4. Как вы понимаете различия в понятиях «психическое здоровье» и «психическая норма»?

На чем основано понятие «психологическое здоровье»?

Раздел 2. ПАТОПСИХОЛОГИЯ

Тема 2.1. Общие вопросы патопсихологии

Предмет патопсихологии. Теоретические и практические задачи патопсихологии.

Принципы патопсихологического эксперимента. Этапы патопсихологического эксперимента. Принципы подбора патопсихологических методик. Основные функции патопсихологического эксперимента – установление собственных психологических характеристик, дополняющих и углубляющих клинические данные.

Вопросы для самоконтроля

1. Какое место занимает патопсихология в медицинской психологии?
2. Кто из отечественных и зарубежных исследователей оказал значительное влияние на развитие патопсихологии?
3. Какова основная идея патопсихологического эксперимента?
4. Какое значение имеет беседа в патопсихологическом эксперименте?
5. Какое значение имеет наблюдение в патопсихологическом эксперименте?
6. Чем определяется очередность применения методик в патопсихологическом эксперименте?
7. Как происходит интерпретация количественных и качественных данных в патопсихологическом эксперименте?
8. Определите роль помощи экспериментатора в ходе патопсихологического эксперимента и назовите виды помощи?

Тема 2.2. Нарушения сознания и самосознания

Понятие сознания в психологии и патопсихологии. Критерии помраченного сознания (К. Ясперс). Формы нарушения сознания: помрачение и выключение. Дерезализация. Нарушения самосознания. Деперсонализация, раздвоение личности, искажение самооценки. Методы выявления нарушений сознания.

Вопросы для самоконтроля

1. В чем различие рассмотрения сознания в общей психологии и патопсихологии?
2. Назовите критерии помраченного сознания.
3. Какие вы знаете виды выключения сознания?
4. Какие вы знаете виды помрачения сознания?
5. Назовите основные методы выявления нарушений сознания.

Тема 2.3. Нарушения восприятия

Психологический анализ процесса восприятия. Активность, пристрастность восприятия. Зависимость восприятия от особенностей личности человека. Агнозии. Псевдоагнозия. Обманы чувств (сенестопатии, иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации). Нарушение мотивационного компонента восприятия. Методы и методики исследования восприятия.



Вопросы для самоконтроля

1. Проанализируйте структуру процесса восприятия и определите, в каких звеньях она может нарушаться?
2. Как выражается активность и пристрастность восприятия?
3. Какие виды агнозий вы знаете?
4. В чем заключаются различия агнозии и псевдоагнозии?
5. Как проявляется синдром Кандинского-Клерамбо?
6. Как выражается нарушение мотивационного компонента восприятия?

Тема 2.4. Нарушения памяти

Память как психический процесс. Виды памяти. Память как деятельность. Нарушения непроизвольной памяти, Корсаковский синдром. Нарушения опосредованной памяти. Нарушение динамики мнестической деятельности. Нарушения памяти как следствия изменения мотивационно-личностного компонента. Методы и методики исследования памяти.



Вопросы для самоконтроля

1. Какое значение имеет полноценность мнемических процессов для психической жизни человека?
2. Какие виды памяти вы знаете, и как выглядят нарушения этих видов памяти?
3. Какие основные мнемические процессы вам известны, и как влияют нарушения этих процессов на характеристики памяти?
4. С чем связано и как выглядит нарушение динамики мнемической деятельности?
5. Как проявляется нарушение мотивационного компонента памяти?
6. Назовите методики исследования непроизвольного и произвольного запоминания.

Тема 2.5. Нарушения мышления

Понятие мышления. Направления исследования мышления. Мышление как деятельность. Трудности классификации нарушений мышления (Б.В. Зейгарник). Психологические подходы к изучению наруше

мышления. Феноменология нарушений мышления. Нарушения операциональной стороны мышления. Снижение уровня обобщения. Нарушение уровня обобщения. Нарушение динамики мыслительной деятельности. Нарушение мотивационного компонента мышления. Нарушение критичности мышления. Методы и методики исследования мышления.

Вопросы для самоконтроля

1. Рассмотрите структуру мыслительного процесса и определите те звенья, на которых возможно нарушения мыслительного процесса.
2. С чем связаны трудности классификации нарушений мышления?
3. Какие вы знаете нарушения операциональной стороны мышления, и как они проявляются в различных диагностических методиках?
4. Как проявляется нарушение динамики мыслительной деятельности?
5. Назовите нарушения мотивационного компонента мышления.
6. В чем заключается нарушение критичности мышления и как оно связано с личностью больного человека?
7. Назовите основные методики изучения различных видов мышления.

Тема 2.6. Нарушения внимания и работоспособности

Внимание как психический процесс. Характеристики внимания. Виды внимания. Формы расстройств внимания: повышенная отвлекаемость, уменьшение объема внимания, инертность внимания. Явление пресыщения. Смысл работы и состояние пресыщения. Влияние нарушений внимания и состояния пресыщения на работоспособность человека. Методы изучения нарушений внимания. Способы коррекции внимания и восстановления работоспособности.

Вопросы для самоконтроля

1. Почему внимание считается наиболее тонким показателем психического здоровья?
2. Какие виды внимания вы знаете, и с чем связаны расстройства видов этих внимания?
3. Как выражаются различные формы расстройств внимания?
4. Что такое состояние пресыщения, и как оно связано с расстройствами внимания?
5. Назовите факторы, влияющие на умственную работоспособность человека.
6. На чем основаны способы коррекции внимания и восстановления умственной работоспособности человека?

Тема 2.7. Изменения эмоционально-волевой сферы, мотивационной сферы и нарушения личности

Соотношение философских, психологических и клинических подходов к пониманию личности. Анализ роли мотивационной сферы личности человека. Нарушение мотивации при различных формах психической патологии. Формирование патологической потребности (алкоголизм, нервная анорексия). Психологический подход к проблеме зависимостей. Критерии диагностики зависимости. Нарушение смыслообразования. Нарушение подконтрольности поведения. Нарушение эмоциональной сферы. Методы исследования нарушений эмоционально-мотивационной сферы и личности.



Вопросы для самоконтроля

1. В чем состоит проблема понимания личности в различных психологических подходах и как это отражается в вопросах диагностики и коррекции эмоционально-личностных расстройств?
2. Какова роль мотивационной сферы в возникновении, проявлении и характере протекания психических расстройств?
3. Определите роль эмоций в формировании личности.
4. В чем заключается проблема классификации нарушений эмоционально-мотивационной сферы?
5. Чем характеризуется психологический подход к проблеме возникновения и течения зависимостей (алкогольной, наркотической, пищевой и др.)?
6. Как проявляется нарушение смыслообразования?
7. Назовите известные вам методы нарушений эмоционально-мотивационной сферы человека.
8. Каковы способы исследования основных структурных образований личности (ценности, смыслы и т. д.)?

Тема 2.8. Проблема психологического диагноза. Виды патопсихологических синдромов

Психическая болезнь, психическое расстройство, симптом и синдром. Современные классификации психических расстройств (МКБ-10, МКБ-10). Основные виды психических расстройств. Отличие психологического диагноза от медицинского. Виды патопсихологических синдромов (В.М. Блейхер). Первичные и вторичные нарушения в структуре синдрома; сложности их дифференциации при патопсихологическом исследовании, важность их различения для решения задач психологической коррекции и реабилитации больных. Составление заключений по данным патопсихологического исследования.

Вопросы для самоконтроля

На каких основаниях строятся современные классификации психических расстройств?

В чем заключается отличие психологического диагноза от медицинского?

Как соотносятся патопсихологические синдромы с основными видами психических расстройств?

Как взаимосвязаны первичные и вторичные нарушения в структуре синдрома, и с чем связаны сложности дифференциации этих симптомов?

Какова структура составления заключений по данным патопсихологического исследования?

Тема 2.9. Патопсихологическая характеристика органических поражений мозга

Общая характеристика нарушений психической деятельности органического генеза. Структура и особенности синдрома деменции.

Структура патопсихологического синдрома при эпилепсии (нарушение динамики психических процессов, нарушение познавательных процессов, личностные нарушения). Задачи патопсихологической диагностики при эпилепсии.

Роль патопсихологического исследования в ранней диагностике атрофических заболеваний мозга. Структура патопсихологических синдромов при болезнях Альцгеймера, Пика, Паркинсона.

Нарушения сознания и течения психических процессов в острых и хронических последствиях черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Задачи патопсихологической диагностики при отдаленных последствиях ЧМТ. Структура патопсихологического синдрома при сосудистых поражениях мозга.

Вопросы для самоконтроля

Как определяется термин «деменция»?

Что в основном характеризует и определяет структуру и особенности синдрома деменции?

Чем определяется структура психических расстройств при эпилепсии?

Какова роль патопсихологической диагностики при атрофических заболеваниях мозга?

Опишите особенности и динамику особенностей психических процессов при черепно-мозговой травме.

Как взаимосвязаны симптомы в структуре патопсихологического синдрома при сосудистых поражениях мозга?

Тема 2.10. Патопсихологическая характеристика шизофрении

Структура и разновидности шизофренического синдрома. Различные психологические подходы к пониманию шизофрении. Патопсихологическое исследование при шизофрении. Специфика нарушения восприятия при шизофрении. Нарушение различных сторон мышления при шизофрении. Нарушения мотивационной и эмоционально-волевой сфер. Речь больного шизофренией. Личность больного шизофренией и его внутренний мир. Психотерапия, психологическая реабилитация и социальная адаптация больного шизофренией.



Вопросы для самоконтроля

1. Какие вы знаете психологические подходы к пониманию шизофрении?
2. Какие симптомы при шизофрении могут считаться первичными, а какие вторичными?
3. В чем заключается специфика нарушений восприятия при шизофрении?
4. Каковы проявления нарушения мышления при шизофрении?
5. Чем обусловлены особенности речи больных шизофренией?
6. Как взаимосвязаны нарушения мотивационной, эмоционально-волевой сфер и личности при шизофрении?
7. Какова роль психотерапии и социотерапии при лечении больных шизофренией?

Тема 2.11. Патопсихологическая характеристика невротических расстройств

Определение невроза. История изучения невротических расстройств (У. Куллен, З. Фрейд, П. Жане, К. Ясперс, В.Н. Мясищев и др.). Факторы обуславливающие возникновение неврозов. Проблема классификации неврозов. Неврастения, тревожно-фобический невроз, истерический невроз. Обсессивно-компульсивные расстройства. Невротическая депрессия. Внутриличностный конфликт при различных неврозах. Подходы к лечению невротических расстройств. Роль психотерапии. Различные психотерапевтические подходы (психоанализ, бихевиоральный подход, гуманистическая и экзистенциальная психотерапия и др.).



Вопросы для самоконтроля

1. Каковы основные этапы изучения неврозов?
2. Назовите основные факторы, обуславливающие возникновение невротических расстройств?
3. В чем заключается проблема классификации неврозов?

Насколько эффективной является психотерапия при неврозах и какие направления психотерапии, по вашему мнению, дают лучшие результаты?

Тема 2.12. Патопсихологическая характеристика тревожных расстройств

Систематика тревожных расстройств: паническое, фобическое, обсессивно-компульсивное, посттравматическое стрессовое и соматоформное. Концепции тревожных расстройств в различных теоретических подходах. Психотерапия больных тревожными расстройствами.

Вопросы для самоконтроля

1) В чем состоит специфика тревожных расстройств?

2) Какой внутриличностный конфликт можно выделить при тревожных расстройствах?

3) В чем заключаются трудности в определении соматоформного тревожного расстройства?

Тема 2.13. Патопсихологическая характеристика диссоциативных расстройств

Концепция истерии в классическом психоанализе. Современные представления об истерии. Понятие диссоциации. Расстройство в виде множественной личности. Психогенная амнезия. Психогенная fuga. Психогенные расстройства чувствительности. Конверсионные расстройства. Психотерапия диссоциативных расстройств.

Вопросы для самоконтроля

1) Когда был введен термин «истерия»?

2) Какова роль психоанализа в изучении сущности истерии, ее проявлений и лечения?

3) Опишите проявления различных видов истерии?

4) В чем состоит сущность психотерапии истерических расстройств?

Тема 2.14. Патопсихологическая характеристика депрессивных расстройств

Общая характеристика синдрома депрессии. Разновидности депрессивных синдромов. Психологические теории депрессии: психоанализ, экзистенциализм, когнитивная теория депрессии. А. Бека, теория выработанной беспомощности М. Селигмана. Социальные факторы в развитии депрессии. Нарушения психической деятельности при депрессии и

их проявление в патопсихологическом исследовании. Основные подходы к психотерапии больных депрессией.



Вопросы для самоконтроля

1. Когда был введен термин «депрессия»?
2. Опишите внешние проявления депрессивного расстройства.
3. В чем состоят различия в подходах к депрессии в разных психологических концепциях?
4. Как изменяются когнитивные процессы при депрессии?
5. С чем связана эффективность психотерапии при депрессивных расстройствах?

Тема 2.15. Патопсихологическая характеристика расстройств личности

Современные подходы к определению и классификации личностных расстройств. Психологические концепции возникновения личностных расстройств. Определение психопатии. Трудности анализа сущности психопатии (исторический аспект). Критерии психопатии. Обусловленность психопатий. Разработка классификаций психопатий (П.Б. Ганнушкин, А.Е. Личко и др.). Разграничение психопатий, психопатоподобных расстройств и акцентуаций характера. Механизмы целенаправленной регуляции в норме и при аномальном развитии (уровень притязаний, самооценка).



Вопросы для самоконтроля

1. Какие определения личности позволяют наиболее полно понять сущность личностных расстройств?
2. В чем состоят трудности определения и классификации личностных расстройств?
3. Назовите критерии психопатии.
4. Какова история разработки классификаций психопатий?
5. Какие вы знаете основания для разграничения психопатий, психопатоподобных расстройств, акцентуаций характера, невротических расстройств?

Раздел 3. ПСИХОСОМАТИКА

Тема 3.1. Основные проблемы психосоматики

Предмет и задачи психосоматики. Феномен телесности в психологии. Основные теоретические подходы в психосоматике (психодинамический, когнитивно-бихевиоральный подход, социальный, феноменологический и экзистенциальный). Различные подходы к определению

классификации психосоматических расстройств. Роль алекситимии в возникновении психосоматических расстройств. Модели алекситимии. Психологическая диагностика и психологическая помощь при психосоматических расстройствах.

Вопросы для самоконтроля

Как вы понимаете существование психосоматических отношений (приведите примеры)?

Дайте сравнительный анализ основных теоретических подходов к психосоматической проблеме.

Чем обуславливаются основные сложности определения и классификации психосоматических расстройств?

Как переводится термин «алекситимия»?

Раздел 4. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Тема 4.1. Основные психологические проблемы взаимоотношений врача и пациента

Основные психологические проблемы взаимоотношений врача и пациента. Субъективная концепция болезни как важнейший фактор, определяющий поведение пациента. Преморбидные состояния. Внутренняя картина болезни (Р.А. Лурия, В.В. Николаева, А.А. Квасенко, Г. Зубарев). Этапы формирования субъективной картины болезни. Функции субъективной картины болезни. Виды отношения к болезни. Влияние социального положения больного на процесс диагностики и лечения соматического заболевания.

Взаимодействие врача и больного при различных заболеваниях. Прогноз и соррогения. Тактика поведения медперсонала при различных заболеваниях. Неизлечимые болезни. Умирание и смерть.

Вопросы для самоконтроля

Почему возникает вопрос о необходимости рассмотрения взаимоотношений врача и пациента?

Чем определяется формирование субъективной картины болезни?

Какие стороны выделяют в субъективной картине болезни?

Как переводятся термины «ятрогения» и «соррогения»?

Определите различия в тактике поведения медперсонала при разных заболеваниях.

РАЗДЕЛ 5. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА

Тема 5.1. Основные направления практической деятельности медицинского психолога

Работа медицинских психологов в психиатрических и психоневрологических учреждениях. Анализ методических рекомендаций.

Участие психолога в проведении комплексной психолого-психиатрической экспертизы. Значение психологических данных в экспертной практике (трудовой, военной, судебной).

Роль психотерапии в лечении психически и соматически больных людей. Различные психотерапевтические подходы, их эффективность и возможности применения.

Цели и задачи психологической реабилитации. Отличие реабилитационной диагностики от патопсихологического исследования. Реабилитация психически больных людей. Реабилитация после соматического заболевания. Реабилитация больных с поражениями мозга. Повышение самостоятельности и ответственности больных как важный принцип реабилитации.



Вопросы для самоконтроля

1. Какова роль психолога в психиатрических и психоневрологических учреждениях?
2. Какие данные психологической диагностики необходимы для качественной психолого-психиатрической экспертизы?
3. Каковы возможности психологической реабилитации психически больных людей?
4. Какие вы можете выделить направления психологической реабилитации соматически больного человека?
5. Какие средства реабилитации больных с поражениями головного мозга вы знаете, и какова их эффективность?

Раздел 6. ОСНОВЫ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Тема 6.1. Предмет и задачи специальной психологии. Основные понятия специальной психологии

Предмет и задачи специальной психологии. История развития специальной психологии. Специальная (коррекционная) психология в си

темных психологического, дефектологического и медицинского знания. Аномальный ребенок. Виды аномалий развития. Коррекция и компенсация.

Вопросы для самоконтроля

1. Раскройте основные этапы становления специальной психологии и назовите ученых, оказавших значительное влияние на развитие специальной психологии.
2. Каковы основные трудности определения феноменов нормального и нарушенного развития?
3. Дайте определение процессам компенсации и коррекции. В чем различие этих процессов?
4. В чем состоит отличие теоретических и эмпирических классификаций отклонений в психическом развитии?

Тема 6.2. Основные и специфические закономерности нормального и аномального развития ребенка

Теория высших психических функций Л.С. Выготского и ее значение для специальной психологии. Теория поэтапного формирования умственных действий П.Я. Гальперина и ее значение для коррекционной психологии. Психологическая теория деятельности А.Н. Леонтьева. Проблемы периодизации возрастного развития. Сензитивные периоды развития. Психологический возраст и аномальный ребенок. Основные закономерности аномального развития ребенка (Л.С. Выготский, Э.И. Шиф, Т.А. Власова, В.И. Лубовский и др.).

Вопросы для самоконтроля

1. Каково значение теории высших психических функций для понимания психологической структуры дефекта при разных аномалиях развития?
2. Какова роль понятия «сензитивный период развития» в построении психодиагностической и психокоррекционной работы с ребенком, имеющим отклонения в развитии?
3. Раскройте значение психологической теории деятельности для становления специальной психологии как психологической практики.
4. Перечислите общие и специфические закономерности аномального развития.
5. Почему основные закономерности психического развития являются общими для нормальных и аномальных детей?
6. В чем важность понятия о психологической структуре дефекта по отношению к практике специальной психологии?

Тема 6.3. Основные виды нарушений психического развития у детей

Понятие об умственной отсталости. Виды умственной отсталости. Степени выраженности. Классификация олигофрений по М.С. Певзнер. Краткая психологическая характеристика. Причины возникновения олигофрений. Деменция. Причины возникновения. Клинико-психологическая классификация ЗПР по К.С. Лебединской. Виды речевых нарушений у детей и их краткая характеристика. Детский церебральный паралич. Этиология, клиническая структура. Классификация К.А. Семеновой форм детского церебрального паралича. Психологические особенности детей с ДЦП и сохранным интеллектом: особенности познавательной сферы, эмоциональной сферы, личности. Нарушения эмоциональной сферы у детей. Ранний детский аутизм (РДА). Разные виды РДА (О.С. Никольская). Текущие психические заболевания у детей (эпилепсия, шизофрения).



Вопросы для самоконтроля

1. Раскройте историческую перспективу развития представлений о феномене умственной отсталости в отечественной и зарубежной психологии.
2. Каковы основные причины возникновения олигофрении?
3. Охарактеризуйте различные степени выраженности умственной отсталости.
4. Сравните психологическую структуру дефекта при олигофрении и при деменции.
5. Какова психологическая структура дефекта при олигофрении по Л.С. Выготскому?
6. Дайте краткий исторический обзор проблемы изучения задержки психического развития в клинике, психологии и педагогике.
7. Перечислите варианты задержки психического развития по К.С. Лебединской и охарактеризуйте особенности каждого из них.
8. Перечислите и охарактеризуйте основные виды нарушений речи;
9. Перечислите и охарактеризуйте основные формы ДЦП по классификации К.А. Семеновой.
10. Раскройте определение синдрома РДА и опишите наиболее характерные признаки его проявления и дайте сравнительное описание видов РДА (по О.С. Никольской).
11. Чем отличаются генуинная и симптоматическая эпилепсия?
12. Какие виды эпилептических припадков могут наблюдаться у детей, и какие из них приводят к изменениям в протекании психических процессов?
13. Опишите характерные особенности поведения, эмоциональной и познавательной сферы детей, страдающих шизофренией.

Тема 6.4. Психологические проблемы диагностики и коррекции психического развития у детей

Основные принципы изучения ребенка с отклонениями в развитии. Психолог как субъект психологической диагностики. Метод наблюдения (метод включенного наблюдения) в диагностике аномального развития. Метод клинической беседы в диагностике аномального развития. Экспериментальный метод в диагностике аномального развития. Уровень актуального развития, зона ближайшего развития. Обучающий эксперимент в психодиагностике аномального развития. Психологические механизмы разных видов помощи. Патопсихологический метод в диагностике аномального развития. Психометрические методы диагностики аномального развития ребенка. Возрастно-психологический метод в диагностике аномального развития, его место в структуре диагностики аномального развития ребенка. Экспресс-диагностическое наблюдение. Трудности осуществления дифференциальной диагностики различных аномалий психического развития.

Методологические и общетеоретические основания психологической коррекции отклонений в психофизическом развитии (Л.С. Выготский, Л.А. Венгер, В.И. Лубовский, Е.С. Слепович). Основные направления формирования способов взаимодействия личности с социальной средой. Подходы к формированию общих структур деятельности. Основные направления формирования игровой деятельности. Подходы к формированию учебной деятельности.

Вопросы для самоконтроля

1. Перечислите основные принципы и направления психологической коррекции отклонений психического развития детей.
2. Опишите основные компоненты модели психокоррекционной работы с детьми, имеющими отклонения в развитии.
3. Какие требования предъявляются к психологу как субъекту психокоррекционной работы?
4. Опишите программу формирования способов взаимодействия аномального ребенка с социальной средой.
5. Предложите способы формирования общих структур деятельности у ребенка с отклонениями в развитии.
6. Обозначьте основные направления формирования игровой деятельности у детей с отклонениями в развитии.
7. Назовите направления модификации и адаптации психологических методик к работе с детьми, имеющими особенности в развитии.
8. Из чем состоят основные направления работы с семьей в зависимости от ее типа отношения к ребенку и его дефекту?

Семинарские занятия по курсу

Семинарское занятие № 1 Развитие медицинской психологии. Основные теоретические подходы в медицинской психологии



Вопросы для обсуждения

1. Исторические предпосылки выделения психологических знаний в медицине.
2. Рассмотреть жизненный путь и основные идеи зарубежных и отечественных психиатров, заложивших основы медицинской психологии.
3. Проследить логику зарождения различных направлений медицинской психологии.
4. Указать основные теоретические направления медицинской психологии и их представителей.
5. Оценить современное состояние медицинской и клинической психологии.



Литература

1. Большой психологический словарь / сост. и общ. ред. Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко. СПб., 2007.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология / под ред. А.С. Спиваковской. – М., 2000.
3. Мягков И.Ф., Боков С.Н. Медицинская психология: основы патопсихологии и психопатологии: учеб. для студ. вузов. М., 1999.
4. Сироткина И.Е. Психология в клинике: работы отечественных психиатров конца прошлого века // Вопросы психологии. 1995. № 6. С. 79–92 (прил. 1).

Семинарское занятие № 2 Психическое здоровье и психическая болезнь



Вопросы для обсуждения

1. Основные подходы к дихотомии «норма-патология».
2. Рассмотреть понятия «психическое здоровье» и «психическая болезнь». Гипотеза об уровнях психического здоровья (Б.С. Братусь).
3. Сравнить различные варианты сочетания сохранных и нарушенных уровней психического здоровья.
4. Сравнить цели, задачи и способы работы медицинского психолога с психически здоровыми и психически больными людьми.

Литература

- Братусь Б.С. Аномалии личности. – М., 1988.
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб., 1994.
- Братусь Б.С. Место патопсихологии в изучении природы болезни // Вопросы психологии. 1994. № 3. С. 38–42 (прил. 1).
- Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопросы психологии. 1993. № 1. С. 86–88 (прил. 1).

Семинарское занятие № 3 **Патопсихологическая характеристика** **расстройств личности**

Вопросы для обсуждения

- Сравнить различные теоретические подходы к рассмотрению личности.
- Обсудить, каким образом теоретический подход определяет рассмотрение расстройств личности.
- Сравнить психопатии, психопатоподобные расстройства и акцентуации характера и выделить наиболее существенные различия.
- Рассмотреть механизм влияния выраженных особенностей личностно-смысловой сферы на психическое здоровье человека.

Литература

- Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. – Новгород, 2000.
- Пичко А.Е. Разграничение психопатий, психопатоподобных расстройств и акцентуаций характера в подростковом возрасте. Режим доступа: <http://www.psychiatry.ru>. (прил. 1).
- Братусь Б.С., Розовский И.Я., Цапкин В.Н. Клинический и психологический подходы к изучению личности // Психологические проблемы изучения и коррекции аномалий личности: учеб.-метод. пособие. М., 1988. С. 5–13.
- Мясищев В.Н. Понятие личности в аспектах нормы и патологии // Психология личности. Т. 2: Хрестоматия. Самара, 1999. С. 197–223.

Семинарское занятие № 4

Основные психологические проблемы взаимоотношений врача и пациента



Вопросы для обсуждения

1. Объяснить возникновение в медицинской психологии вопроса о взаимоотношении врача и пациента.
2. Рассмотреть механизм формирования внутренней картины болезни у пациентов и показать участие в ней различных факторов (относящихся к личности, среде, болезни).
3. Показать специфику работы врача и необходимость адекватного общения с пациентом.
4. Обсудить проблему взаимоотношений врача, медперсонала и родственников неизлечимо больным человеком.



Литература

1. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. Хрестоматия по патопсихологии / под ред. Б.В. Зейгарник, А.П. Корнилова, В.В. Николаевой. – М., 1981. С. 49–59 (прил. 1).
2. Франкл В. Врач и человеческие страдания / Психотерапия на практике. – СПб., 1999. С. 222–229 (прил. 1).
3. Фролова Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья: учеб. пособие. 2-е изд., перераб и доп. – Минск, 2003.
4. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине: учеб. пособие. – М., 1999.

Семинарское занятие № 5

Основные направления практической деятельности медицинского психолога



Вопросы для обсуждения

1. Обсудить возможности практической деятельности медицинского психолога.
2. Сравнить диагностическое и реабилитационное направления работы медицинского психолога.
3. Рассмотреть различные психотерапевтические подходы, обсудить их возможности и ограничения.



Литература

1. Психотерапевтическая энциклопедия / под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., 1999.
2. Франкл В. Психотерапия на практике. – СПб., 1999.
3. Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. – М., 1995.

Рубинштейн С.Я. Экспертиза и восстановление трудоспособности послевоенных травм мозга // Хрестоматия по патопсихологии: под ред. Б.В. Зейгарник, А.П. Корнилов, В.В. Николаевой. – М., 1981. – С. 93–100 (прил. 1).

Семинарское занятие № 6

Основные виды нарушений психического развития у детей

Вопросы для обсуждения

- Рассмотреть известные виды нарушений психического развития у детей.
- Обсудить причины возникновения нарушений психического развития у детей.
- Сравнить особенности психического развития детей с различными видами аномалий развития.
- Рассмотреть потенциальные возможности развития детей, имеющих отклонения в развитии, при адекватной психолого-педагогической помощи.

Литература

- Либединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студентов вузов. М., 2003.
- Мастюкова Е.М. Виды и причины отклонений в развитии у детей // Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития / сост. и общ. ред. П.М. Астапов, Ю.В. Микадзе. СПб., 2001. С. 166–194.
- Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / П.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева и др.; под ред. В.И. Лубовского. М., 2003.
- Маурина Р. Чувств живых простор. Очерк о жизни Ольги Ивановны Скороходовой. Режим доступа: <http://psy.1september.ru/2000/21/6.htm> (прил. 1).

Семинарское занятие № 7

Психологические проблемы диагностики и коррекции психического развития у детей

Вопросы для обсуждения

- Влияние представлений психолога о норме на процесс диагностики психического развития аномального ребенка, построение и реализацию коррекционной программы.
- Проблемы дифференциальной диагностики различных нарушений психического развития у детей.
- Возможности реализации основных направлений коррекционной работы с детьми, имеющими легкие отклонения в психическом развитии.



Литература

1. Слепович Е.С., Поляков А.М. Работа с детьми с интеллектуальной недостаточностью. Практика специальной психологии. – СПб., 2008.
2. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. – М., 1989.
3. Практикум по патопсихологии / под ред. Б.В. Зейгарник, В.В. Николаевой, В.В. Лебединского. – М., 1987.
4. Слепович Е.С., Поляков А.М. Основные требования к организации и осуществлению коррекционной работы // Коррекция психического развития детей с интеллектуальной недостаточностью: метод. рек. – Минск, 2005. С. 8–12. (прил. 1).

Лабораторные занятия по курсу

Лабораторное занятие № 1 Методы исследования нарушений ощущений и восприятия

Цель: ознакомление со способами исследования ощущений и восприятия, а также критериями выявления их нарушений.

Оборудование: психологические методики, направленные на выявление особенностей тактильных, слуховых и зрительных ощущений и восприятия.

Структура обследования

1. Исследование тактильных ощущений и тактильного восприятия.

А) Исследование остроты осязательной чувствительности.

Цель: определение остроты осязательной чувствительности без участия зрения и движения, определение кожной дискриминационной чувствительности (различение двух одновременных раздражений).

Оборудование: кисточки и иголки либо набор специально подобранных градуированных волосков и щетинок, прикрепленных под прямым углом к ручке (метод Фрея), циркуль Вебера.

Процедура: прикосновение кисточками и иголками к пальцам, ладоням, предплечью, плечу испытуемого для установления порога чувствительности.

Б) Исследование локализации прикосновения.

Цель: определение возможности узнавать место прикосновения и возможности переноса на симметричный участок тела (сохранность схемы тела и ориентировка в ней).

В) Исследование высших осязательных функций – стереогнозиса.

Цель: определение возможности создавать объемные образы восприятия на основе тактильной чувствительности.

Оборудование: набор небольших объемных фигурок.

Процедура проведения: небольшой предмет ощупывается рукой (или закрыты). Исследуются возможности стереогнозиса при ощупывании правой, затем левой рукой, потом двумя руками. При затрудне-

ниях в обозначении образа соответствующим словом (название) предметному предлагают открыть глаза и выбрать этот предмет из представленных.

2. Исследование слухового восприятия (методика С.Я. Рубинштейн).

Цель: исследование различения источника тихих звуков, а также провоцирование и изучение слуховых обманов.

Оборудование: замаскированный магнитофон и 2 группы звуков (общая длительность набора звуков 25 минут).

А) Фоновые звуки, трудно сопоставимые с предметом (шелест страниц перелистываемой книги, журчание воды (при вдувании в нее воздуха через трубочку), звук перекачивания по дереву деревянных спилок, пересыпание крупы в тарелку, шум дождя, трение двух металлических пластинок и т.п.).

Б) Звуки, отчетливо различимые по предметному источнику (звук кашля, звук падения на пол деревянных кубиков, звон стекла, свист ветра, пот, звук пролитой воды, всхлипывание, стук в дверь, пение птиц, вздохи и т. д.).

Процедура проведения: исследование проводится под видом проверки слуха. В комнате тихо, неполное затемнение. Длительность звучания каждого звука из группы А 55 секунд, затем интервал 5 секунд перед следующим звуком. На последние 10 минут дают звуки из группы Б, длительность звучания каждого звука из этой группы 3–5 секунд. Интервалы между этими звуками аритмичны, в целом 30–57 секунд полной тишины.

3. Исследование зрительных ощущений и восприятия.

Особенности зрительных ощущений человека исследуются с помощью специальных приборов (адаптометра, проекционного периметра, тахистоскопа, специальные атласы для исследования цветовосприятия и др.).

А) Исследование адекватности зрительного восприятия.

Цель: определение возможности адекватно идентифицировать реальные предметы и их изображения и называть соответствующим словом.

Оборудование: реальные предметы, реалистические изображения контурные изображения (см. прил. 2, рис. 1–2).

Процедура проведения: исследование начинается с предъявления реальных предметов и изображений, затем переходят к более стили-

и обобщенным изображениям, заканчивая контурными изображениями предметов. Возможно также использование тахистоскопа для более точного изучения скорости, прочности, объема восприятия, типа забывания.

II Исследование активности и гибкости зрительного восприятия.

Цель: определение возможности активно выделять и достраивать отсутствующие образы, переходить от восприятия одного образа к другому.

Оборудование: зашумленные и перечеркнутые изображения, перевернутые изображения, наложенные изображения (фигуры Поппеллертера), недорисованные изображения, замаскированные зрительные структуры (фигуры Готтшальдта), изображения с изменениями фигуры (фигуры), дополнение пропусков в фигурах (прогрессивные матрицы Раффини) (прил. 2, рис. 3–10).

Процедура проведения: исследование начинается с предъявления нескольких вариантов зашумленных и перечеркнутых изображений, переходя к изображениям, в которых необходимо все большее количество активной и гибкости зрительного восприятия. Исследование должно быть построено так, чтобы оно могло обеспечить оптимальные возможности качественного анализа результатов. Здесь также возможно использование тахистоскопа для более точного изучения активности и гибкости зрительного восприятия.

III Исследование сложных форм зрительного восприятия.

Цель: определение возможности адекватно воспринимать и анализировать сложные изображения, изучение личностно-мотивационного компонента восприятия.

Оборудование: сюжетные картины, тематический апперцепционный тест (ТАТ), тест Роршаха.

Процедура проведения: обозначение сложного образа и составление рассказа по предложенному материалу.

Фиксируемые результаты: оформление протоколов по выполненным методикам.

Лабораторное занятие № 2

Методы исследования нарушений памяти

Цель: ознакомление со способами исследования мнемических процессов; определение критериев нарушения памяти.

Оборудование: психологические методики, направленные на выявление особенностей памяти.

Структура обследования

1. Исследование непосредственной памяти.

Цель: оценить состояние непосредственной памяти, а также утомляемости и активности внимания.

Оборудование: набор из 10 слов. Слова простые, односложные, двусложные, разнообразные и не имеющие между собой никакой связи (прил. 3, рис. 1).

Процедура проведения: инструкция состоит из нескольких этапов. В данной методике важна точность инструкции и соблюдения условий.

Первый этап: «Сейчас я прочту десять слов. Слушать надо внимательно. Когда окончу читать, сразу повторите столько, сколько запомните. Повторять можно в любом порядке, порядок роли не играет. Экспериментатор читает слова медленно и четко. При повторении испытуемым слов экспериментатор отмечает в бланке верные воспоминания.

Второй этап: «Сейчас я прочту вам те же самые слова, и вы должны повторить их – те, которые вы уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили, – все вместе, в любом порядке».

Затем опыт повторяется 3, 4 и 5 раз, но уже без каких-либо инструкций. Экспериментатор просто говорит: «Еще раз».

Примерно спустя 50–60 минут экспериментатор снова спрашивает о исследуемом слове, но без предварительного напоминания.

После завершения опыта выстраивается «кривая запоминания», анализ которой дает представление о состоянии непосредственной памяти испытуемого, его утомляемости и активности внимания.

2. Исследование опосредованного запоминания.

А) Опосредованное запоминание (по А.Н. Леонтьеву).

Цель: изучение памяти как высшей психической функции, а также определение особенностей ассоциаций, характеризующих мышление испытуемого.

Оборудование: набор карточек размером 5x5 с картинками (их можно изготовить самостоятельно) и набор слов для запоминания. Методика тщательно апробирована, поэтому для определенного набора слов предлагается определенный набор картинок. Менять слова и картинки не рекомендуется (см. прил. 3).

Процедура проведения: разложить рядами все 30 карточек с картинками. Затем предлагается инструкция: «Вам нужно будет запомнить»

слов. Для того, чтобы легче было запоминать слова, нужно каждый раз когда я назову слово, выбрать одну из карточек, такую, чтобы она могла вспомнить заданное слово». Кроме того, испытуемого при выборе карточки спрашивают, почему он выбрал именно эту карточку, как она поможет вспомнить заданное слово.

Через 40–60 минут испытуемому показывают по одной отобранные карточки в перемешанном порядке, затем просят припомнить, для какого слова эта карточка отобрана, и чем эта карточка напомнила заданное слово.

В) Пиктограмма (по А.Р. Лурия).

Цель: Изучение памяти как высшей психической функции, определение характера ассоциаций, характеризующих адекватность мышления испытуемого.

Оборудование: карандаш и бумага, а также 12–16 слов и выражений для запоминания (примерный набор слов прил. 3).

Процедура проведения: методика используется для исследования памяти испытуемых с образованием не менее 7 классов. Испытуемого предупреждают о том, что будет проверяться его зрительная память. Задается лист бумаги и карандаш. Инструкция звучит следующим образом: «На этой бумаге нельзя писать ни слов, ни букв. Я буду называть слова и целые выражения, которые вы должны запомнить. Для того чтобы легче было запомнить, вы должны к каждому слову нарисовать рисунок, который поможет вам вспомнить заданное слово». Необходимо после каждого рисунка спрашивать, как он поможет вспомнить заданное слово или выражение.

Исследование сложных форм памяти (методика «Воспроизведение рассказов»).

Цель: Исследование понимания и запоминания текстов, определение особенностей устной и письменной речи.

Оборудование: 10–15 печатных текстов, наклеенных на картонки. Тексты должны быть подобраны тексты разной трудности. Желательны басни, сказки, имеющие иносказательный смысл или подтекст (примеры прил. 3).

Процедура проведения: порядок проведения может быть различным в зависимости от поставленной цели: а) текст читает экспериментальный испытуемый устно или письменно воспроизводит его; б) текст читает испытуемый самостоятельно, а затем воспроизводит его; в) читается сразу два текста подряд.

Фиксируемые результаты: оформление протоколов по выполненным методикам.

Лабораторное занятие № 3

Методы исследования нарушений мышления

Цель: ознакомление со способами исследования мыслительных процессов и определение критериев нарушения мышления

Оборудование: психологические методики, направленные на выявление особенностей мышления. При обследовании к использованию могут быть рекомендованы определенные методики (прил. 4а и 4б)

Структура обследования

1. Исследование невербального мышления

А) Доски Сегена.

Цель: исследование доступности простых целенаправленных действий, лежащих в основе невербального мышления.

Оборудование: различные варианты досок с выемками разной формы и вкладками, которые точно соответствуют этим выемкам (прил. рис. 1).

Процедура проведения: задание может быть предложено даже без словесной инструкции или очень простыми словесными объяснениями.

Б) Кубики Кооса.

Цель: выявление конструктивного праксиса, пространственной ориентировки, сообразительности, внимания.

Оборудование: 16 одинаково раскрашенных небольших кубиков и 18 карточек с изображением разнообразных по форме и цвету фигур-орнаментов, которые могут быть составлены из кубиков (прил. рис. 2).

Процедура проведения: испытуемому предлагают сложить представленную на карточке фигуру-орнамент с помощью кубиков. Складывать надо на столе, не накладывая кубики на образец. Если задание оказывается для испытуемого трудным, то экспериментатор показывает данный орнамент, расчерченный по метам соединения кубиков. Тогда становится понятнее, как складывать фигуру.

В) Куб Линка.

Цель: выявление конструктивного праксиса, пространственной ориентировки, сообразительности, внимания.

Оборудование: куб, состоящий из 27 маленьких деревянных кубиков размером 3х3 см. Стороны маленьких кубиков окрашены в три различных цвета таким образом, что из них можно сложить большой куб так, чтобы все наружные его грани оказались одного цвета.

Процедура проведения: испытуемому показывают собранный куб одного цвета, например красного, и заставляют его убедиться, что куб со всех сторон красный. Затем куб разваливают на мелкие кубики и просят испытуемому заново собрать этот куб.

Исследование вербального мышления.

А) Классификация предметов (метод предложен К. Гольдштейном, модифицирован Л.С. Выготским и Б.В. Зейгарник).

Цель: исследование процессов обобщения и абстрагирования, аналогичности умозаключений, критичности, обдуманности действий. Дополнительно дает информацию об особенностях памяти, устойчивости внимания, личностных реакциях на свои достижения и неудачи.

Оборудование: 68 карточек с изображением разнообразных предметов и живых существ. Подбор предметов, особенности художественного оформления каждой карточки имеют определенное, существенное значение для эксперимента (см. цветное приложение к книге С.Я. Рубинштейн «Экспериментальные методики патопсихологии». М., 1999).

Процедура проведения: инструкция состоит из нескольких этапов: 1 этап («глухая» инструкция): «Разложите эти карточки на столе – к чему подходит».

2 этап начинается с положительной оценки или критических замечаний по поводу того, что испытуемый уже сделал. Затем экспериментатор указывает на необходимость раскладывать предметы по группам, чтобы в каждой группе лежали предметы, которые можно объединить одним названием.

3 этап начинается тогда, когда испытуемый разложил карточки на различные группы: мебель, посуда, одежда, инструменты, транспорт, люди, фрукты, овощи, птицы, животные, измерительные приборы, насекомые, различные пособия. Тогда испытуемому предлагают соединить группу с такой-то так, чтобы групп стало как можно меньше, но чтобы можно было назвать каждую группу какое-либо название. Можно показать пример.

Б) Исключение предметов.

Цель: исследование аналитико-синтетической деятельности, умения выделять обобщения.

Оборудование: наборы карточек, на которых нарисовано по три предмета (прил. 4б, рис. 1).

Процедура проведения: карточки показывают в порядке возрастающей трудности. Инструкция дается на примере самой легкой карточки: «Вот здесь на каждой карточке изображены четыре предмета. Три из них сходны, их можно обозначить одним словом, а четвертый к ним не подходит. Вы должны назвать предмет, который не подходит (который надо исключить), и сказать, как можно назвать остальные три».

В) Существенные признаки.

Цель: изучение логичности суждений, умения сохранять последовательность и устойчивость способа рассуждения при решении длинной серии однотипных задач.

Оборудование: бланки с напечатанным текстом задач (прил. 4б, рис. 2).

Процедура проведения: экспериментатор совместно с испытуемым решает первую задачу. Он показывает, каким образом можно выделить из пяти предложенных только два самых существенных, неотъемлемых признака предмета, обозначенного на бланке крупным шрифтом.

Д) Простые аналогии.

Цель: исследование понимания логических связей и отношений между понятиями.

Оборудование: бланк с напечатанным текстом задач (прил. 4б, рис. 3).

Процедура проведения: инструкция дается в форме совместного решения первых трех задач.

Е) Сложные аналогии (предложена Э.А. Коробковой).

Цель: исследование доступности понимания сложных логических отношений и выделения абстрактных связей. Провоцирует проявление резонерства.

Оборудование: бланк с напечатанным текстом задач (прил. 4б, рис. 4).

Процедура проведения: экспериментатор совместно с испытуемым рассматривает связи между парами слов (вверху) и подробно характеризует принцип связи каждой пары. После этого испытуемому предлагают прочесть каждую пару из расположенных внизу и сказать, к какой паре из числа верхних она относится, а также назвать принцип связи.

Ж) Сравнение понятий.

Цель: изучение процессов анализа и синтеза.

Оборудование: 8–10 пар слов для сравнения (прил. 4б).

Процедура проведения: испытуемого просят сказать, «чем похожи и чем отличаются» эти понятия. Экспериментатор настаивает на первоначальном указании сходства между понятиями. Когда испытуемый сходится с первой несравнимой парой, экспериментатор внимательно наблюдает за поведением и за мимикой испытуемого. Если испытуемый молчит, растерян, удивлен, то экспериментатор может давать подсказку: «Встречаются такие пары слов, которые несравнимы. В таком случае вы так и говорите, что их сравнивать невозможно».

В) Соотношение пословиц, метафор и фраз.

Цель: исследуется понимание переносного смысла, умение вычленивать главную мысль во фразе конкретного содержания, а также дифференцированность и целенаправленность суждений испытуемого.

Оборудование: набор пословиц, метафор и соответствующих фраз к этим пословицам и метафорам (прил. 4б).

Процедура проведения: слева от испытуемого раскладываются пословицы или метафоры (в столбик). Затем экспериментатор дает испытуемому в перемешанном виде пачку таблиц с фразами и предлагает: «Положите рядом с каждой пословицей соответствующую ей по смыслу фразу». При этом экспериментатор предупреждает больного, что не всем пословицам найдутся подходящие фразы, а многие фразы не подойдут ни к одной пословице».

В) Заполнение пропущенных в тексте слов (методика Эббингауза).

Цель: исследование критичности мышления, а также развития речи, продуктивности ассоциаций.

Оборудование: различные варианты текстов: от простых фраз до более или менее сложных рассказов (прил. 4б, рис. 7).

Процедура проведения: испытуемому предлагают просмотреть текст и вписать в каждый пропуск только одно слово так, чтобы получился связный рассказ. Методику предлагают испытуемым, имеющим менее 7 классов образования.

Г) Установление последовательности событий (предложена И. Бернштейном).

Цель: исследование сообразительности, умения понимать связь событий и строить последовательные умозаключения.

Оборудование: серии сюжетных картинок (3–6 картинок), на которых изображены этапы какого-либо события (прил. 4б, рис. 5–6).

Процедура проведения: испытуемому показывают пачку перемешанных картинок и говорят: «Здесь на рисунках изображено одно и то

же событие. Надо разобраться, с чего все началось, что было дальше и чем дело закончилось».

Фиксируемые результаты: оформление протоколов по выполненным методикам.

Лабораторное занятие № 4 **Методы исследования нарушений внимания и работоспособности**

Цель: ознакомление со способами исследования внимания и работоспособности, а также определение критериев нарушения внимания

Оборудование: психологические методики, направленные на выявление особенностей внимания и работоспособности.

Структура обследования

А) Корректирующая проба (проба Бурдона).

Цель: выявление колебания внимания по отношению к однообразным зрительным раздражителям в условиях перегрузки зрительного анализатора.

Оборудование: бланки с буквами (прил. 5, рис. 1) и секундомер. Следует учитывать состояние зрения испытуемого.

Процедура проведения: испытуемому дают бланк и ручку (карандаш). Его предупреждают, что предстоит проверка внимания. Затем дают следующую инструкцию: «Вы должны просматривать буквы по строкам за строкой, слева направо и вычеркивать все буквы «К» и «Р». Старайтесь просматривать строки и вычеркивать буквы как можно быстрее, но самое главное в этом задании – работать без ошибок, внимательно, ни одной буквы «К» или «Р» не пропустить и ни одной строки не вычеркнуть. После каждой минуты надо сделать отметку на бланке». Общая продолжительность опыта определяется в зависимости от задачи исследования (3–10 мин.).

Б) Отыскивание чисел (таблицы Шульте).

Цель: исследование психического темпа (выявление скорости ориентировочно-поисковых движений взора), объема внимания (к зрительным раздражителям).

Оборудование: пять таблиц размером 50x50 см с написанными на них в беспорядке числами от 1 до 25 (прил. 5, рис. 2). Секундомер, указка. Испытуемый должен иметь не менее 4 классов образования.

Процедура проведения: испытуемому мельком показывают таблицу и говорят: «На этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по

порядку. Вы должны будете указкой показывать и называть вслух все числа по порядку от 1 до 25. Постарайтесь делать это как можно скорее и не ошибаться». Затем экспериментатор ставит таблицу прямо перед лицом испытуемого вертикально на расстоянии 70–75 см от него и, включая секундомер, говорит: «Начинайте!»

В) Отыскивание чисел по модифицированной таблице Шульте (таблица Горбова).

Цель: исследование концентрации и переключения внимания, выявление инертности психических процессов и установление наличия повышенной истощаемости.

Оборудование: таблица, разделенная на 49 клеток (7x7), в которых в случайном порядке расположены черные и красные цифры. Числа черного ряда – от 1 до 25, красного ряда – от 1 до 24. (прил. 5, рис. 3) Секундомер и указка.

Процедура проведения: испытуемый вначале отыскивает указкой черные числа в возрастающем порядке, а затем последовательно, в убывающем порядке показывает красные числа. Регистрируется затраченное на это испытуемым время. Затем дается другая инструкция: показывать черные и красные числа попеременно: 1 – черное и 24 – красное, 2 – черное и 23 – красное, 3 – черное и 22 – красное и т. д. Как правило, время на поиск чисел при необходимости переключения внимания оказывается большим, чем то, которое затрачивается на отыскание их по порядку. Для характеристики внимания можно пользоваться коэффициентом переключаемости внимания, вычисляемым по формуле (С. Г. Степанов):

$$K = 2 t_1 / t_2,$$

где t_1 – среднее время на 4 таблицы Шульте, t_2 – среднее время выполнения по таблицам Горбова.

Г) Счет по Крепелину.

Цель: исследование психического темпа, колебаний внимания, переключаемости (с видоизменением инструкции), волевых усилий и отношения к экспериментальному заданию.

Оборудование: бланки с рядами цифр (прил. 5, рис. 4–5). Секундомер, карандаш.

Процедура проведения: испытуемому предлагают складывать числа, напечатанные одно под другим, и записывать результат. Для исследования переключаемости внимания предлагают модифицированный

бланк, в котором в первой строке надо складывать цифры, а во второй — вычитать, вычитать и т. д.

Д) Отсчитывание.

Цель: исследование сохранности навыка счета, устойчивости внимания и степени затрудненности интеллектуальных процессов.

Оборудование: секундомер.

Процедура проведения: экспериментатор предлагает одно из следующих заданий: отнимать от 200 по 17, или от 200 по 13, или от 100 по 17, или от 30 по 3. Называть каждый раз надо только остатки.

Фиксируемые результаты: оформление протоколов по вышесказанным методикам.

Лабораторное занятие № 5

Методы исследования нарушений эмоционально-волевой сферы, мотивационной сферы и нарушения личности

Цель: ознакомление со способами исследования личностной сферы, а также определение критериев нарушения эмоционально-волевой сферы, мотивации и личности человека.

Оборудование: психологические методики, направленные на выявление особенностей эмоционально-волевой, мотивационной сферы личности.

Структура обследования:

А) Тематический апперцепционный тест (ТАТ) (предложен Г. Мюрреем и Х. Морганом).

Цель: исследование личности, ее направленности и эмоциональных переживаний.

Оборудование: серия из 8 картин.

Процедура проведения: испытуемому показывают картинку и просят описать в развернутой форме, что нарисовано на этой картинке.

Б) Выбор ценностей.

Цель: выявление степени общительности, контактности испытуемого, его готовности раскрыть сферу своих стремлений, интересов и вкусов.

Оборудование: 25 карточек со словами, отражающими различные сферы интересов и ценностей.

Процедура проведения: испытуемому дают следующую инструкцию: «Посмотрите все эти слова. Видите, здесь собраны названия того, что может быть привлекательно для человека. Прочтите это». Затем, испытуемый ознакомился со всеми карточками, экспериментатор предлагает взять любые пять из них. Записывает их, затем снова просит выбрать любые пять (и так повторяется три раза). Наблюдается поведение испытуемого, его размышления, обсуждение с экспериментатором результатов блнга, обозначенных на карточках.

Ф. Уровень притязаний (предложен Ф. Хоппе).

Цель: исследование личностной сферы, а именно образования намерений, механизмов целеполагания, экспериментального исследования личности.

Оборудование: 12 карточек, на каждой из которых крупно написана цифра от 1 до 12; 24 задания (см. прил.) (по два задания на каждый уровень сложности), карандаш, бумага, громко тикающий секундомер.

Процедура проведения: испытуемому предлагается следующая инструкция: «Сейчас я разложу перед вами 12 карточек. Каждая карточка символизирует уровень сложности задания. Каждому уровню сложности соответствуют две задачи. № 1 – самый легкий, № 12 – самый сложный. Ваша цель состоит в том, чтобы набрать максимальное количество баллов (цифры баллов соответствуют уровню сложности, например, задача № 1 дает 1 балл, а задача № 5 – 5 баллов, задача № 12 – 12 баллов и т. п.). Вы свободны в выборе сложности задач. На каждую задачу отпущено определенное количество времени. Ответы нужно записывать на бумаге. Если вы знаете ответ, но не успели его записать на бумаге, попытка не засчитывается».

1) Методика предельных смыслов (предложена Д.А. Леонтьевым).

Цель: исследование структуры мировоззрения личности.

Оборудование: карандаш и бумага.

1. Процедура проведения: методика предельных смыслов является индивидуальной по форме проведения и индивидуальной по своей природе. Экспериментатор задает вопрос типа: «Зачем люди делают то-то?» (указывается что-то определенное, например, «зачем люди смотрят телевизор?»). Испытуемый должен отвечать на вопрос, начиная со слова «чтобы». Затем экспериментатор задает следующий вопрос, основой которого является предыдущий ответ испытуемого (например, испытуемый отвечает: «люди смотрят телевизор, чтобы отдохнуть», тогда вопрос экспериментатора будет следующим «зачем людям

отдыхать?» и т. д.). Таким образом, в виде длительного диалога выявляются категории мировоззренческого дерева человека и доходят до предельных смыслов, раскрыть далее испытываемый уже не может (см. подробно: Леонтьев Д.А. Методика предельных смыслов (Метод. рук.-во. М., 1999).

Фиксируемые результаты: оформление протоколов по вышеназванным методикам.

Лабораторное занятие № 6 **Психологическое обследование детей** **с различными вариантами нормального** **развития на этапе дошкольного и младшего** **школьного возраста**

Цель: формирование представлений о психологических фактах нормального психического развития ребенка на этапе дошкольного и младшего школьного возраста.

Оборудование: психологические методики, направленные на выявление особенностей личности, деятельности, различных психических процессов ребенка (см. подробно: Специальная психология: учеб. метод. пособие / сост. Е.С. Слепович [и др.]. Минск, 2005).

Структура обследования

1. Задания, направленные на выявление особенностей личности ребенка. Проведение психологического обследования личности ребенка целесообразно начинать с метода беседы. Во время беседы психолог заинтересовывает ребенка, пытается снять напряжение, вызванное фактом обследования. Содержание беседы должно быть направлено на выявление особенностей представлений ребенка об окружающем мире и также особенностей его личности и деятельности. При обследовании личности ребенка помимо метода беседы могут использоваться также некоторые другие методики, такие как «Метаморфозы», «Эмоциональные лица», тест «Рука», проективные методики (КАТ, «Рисунок семьи») и т. д.

2. Задания, направленные на выявление особенностей восприятия формы, величины, цвета, слухового гнозиса. Данный этап обследования нацелен на выявление особенностей пространственных квазипространственных представлений, сформированности сенсорных

формы, величины и цвета, сенсомоторных координаций, зрительного и слухового гнозиса и т. д.

5. **Задания, предлагаемые с целью выявления особенностей внимания и общих структур деятельности.** Характеристики внимания и сформированность произвольной регуляции деятельности выявляются фактически на протяжении всего обследования, в основном — при анализе возможностей удержания инструкций и программы выполнения того или иного задания. В дополнение к этому могут быть использованы методы, направленные на определение собственных характеристик внимания, таких как переключаемость, объем, распределяемость, устойчивость и т. д.

6. **Задания, используемые с целью выявления особенностей памяти.** Задания этого блока обследования позволяют определить психологические структуры процессов памяти (запоминания, сохранения и воспроизведения) и роль отдельных звеньев этой структуры в осуществлении целостного процесса памяти.

7. **Задания, направленные на выявление особенностей мышления.** Исследование мышления целесообразно проводить с использованием автодиск, направленных на комплексное выявление особенностей структуры мыслительной деятельности, ее целенаправленности и знаковосредоточенности, сформированности мыслительных операций (обобщения, сравнения, анализа, синтеза, абстрагирования).

8. **Задания, направленные на выявление особенностей речи.** Задания данного блока направлены на выявление особенностей речевой деятельности, состояния фонематического слуха, особенностей речевой артикуляции и кинетики, понимания логико-грамматических конструкций, уровня продуктивности спонтанной речи. На протяжении всего обследования анализируется активность, развернутость высказываний ребенка, грамотность и словарный запас, особенности монологической и диалогической речи, а также способность к овладению письменной речью.

Фиксируемые результаты: написание психологической характеристики.

Примерный перечень вопросов к зачету и экзамену по курсу

1. Медицинская психология и ее место среди медицинских, психологических и социальных наук. Разделы медицинской психологии.
2. Подходы к пониманию нормы в психологии.
3. Гипотеза об уровнях психического здоровья.
4. Патопсихология как отрасль медицинской психологии. История ее развития. Основоположники. Задачи и методы патопсихологии.
5. Методологические принципы патопсихологической диагностики.
6. Структура патопсихологического эксперимента.
7. Метод клинической беседы в патопсихологическом эксперименте.
8. Метод наблюдения в патопсихологическом эксперименте.
9. Принципы подбора и применения диагностических методик в ходе патопсихологического эксперимента.
10. Специфика рассмотрения сознания и его нарушений в клинике. Критерии помраченного сознания.
11. Нарушения сознания.
12. Восприятие и его нарушения.
13. Агнозия. Псевдоагнозия.
14. Обманы чувств.
15. Нарушение мотивационного компонента восприятия.
16. Методы и методики исследования нарушений восприятия.
17. Память и виды расстройств памяти.
18. Нарушение непосредственной памяти.
19. Нарушение опосредованной памяти.
20. Нарушение динамики мнестической деятельности.
21. Нарушение мотивационного компонента памяти.
22. Методы и методики исследования нарушений памяти.
23. Метод пиктограмм и его использование в патопсихологии.
24. Мышление и виды нарушения мышления.
25. Нарушения мыслительных операций.
26. Нарушение динамики мыслительной деятельности.
27. Нарушение мотивационного компонента мышления.
28. Понятие о критичности мышления и ее нарушения.
29. Методы и методики исследования нарушений мышления.
30. Нарушения эмоциональной сферы при различных психических заболеваниях.

- 00. Методы и приемы исследования нарушений эмоционально-волевой сферы.
- 01. Нарушения мотивационной сферы и личности.
- 02. Нарушения иерархии и опосредованности мотивов.
- 03. Нарушение смыслообразования.
- 04. Нарушение подконтрольности поведения.
- 05. Психологическая характеристика деградации личности при хроническом алкоголизме.
- 06. Психологическая характеристика особенностей личности и поведения больных нервной анорексией.
- 07. Методы и основные психологические приемы изучения личности.
- 08. Нарушение внимания.
- 09. Методики исследования нарушений внимания.
- 10. Нарушения умственной работоспособности и методы ее исследования.
- 11. Психологический диагноз. Понятие о патопсихологическом синдроме.
- 12. Патопсихологическая характеристика органических поражений мозга.
- 13. Патопсихологическая характеристика шизофрении.
- 14. Патопсихологическая характеристика невротических расстройств. Понятие о неврозе как о пограничном состоянии.
- 15. Патопсихологическая характеристика тревожных расстройств. Фобический невроз и невроз навязчивых состояний.
- 16. Патопсихологическая характеристика диссоциативных расстройств. Истерический невроз.
- 17. Патопсихологическая характеристика депрессивных расстройств. Невротическая депрессия и ипохондрический невроз.
- 18. Патопсихологическая характеристика расстройств личности. Психопатии. Психологический аспект изучения психопатий.
- 19. Психосоматический подход в психологии и медицине. Психосоматические расстройства.
- 20. Медико-физиологический подход в психосоматике.
- 21. Стресс и психосоматические расстройства.
- 22. Психоаналитический подход в психосоматике.
- 23. Концепция профиля личности в психосоматике.
- 24. Феноменологический и экзистенциальный подход в психосоматике.
- 25. Понятие алекситимии и ее значение при психосоматических расстройствах.
- 26. Психология больного.
- 27. Внутренняя картина болезни.
- 28. Проморбидные особенности личности.
- 29. Личностные изменения при хроническом течении соматического заболевания.
- 30. Отношение больного к болезни.
- 31. Прогноза и сорроригения.
- 32. Содержание практической деятельности медицинского психолога.

64. Психологические проблемы переживания неизлечимой болезни.
65. Умирание и смерть.
66. Специальная (коррекционная) психология в системах психологической, психопедагогической и медицинской помощи.
67. Аномальный ребенок. Виды аномалий развития.
68. Коррекция и компенсация.
69. Теория высших психических функций Л.С Выготского и ее значение для коррекционной психологии.
70. Теория поэтапного формирования умственных действий П.Я. Гальперина и ее значение для коррекционной психологии.
71. Сензитивные периоды развития. Психологический возраст и аномальный ребенок.
72. Основные закономерности аномального развития ребенка.
73. Понятие об умственной отсталости. Виды умственной отсталости. Степень выраженности.
74. Классификация олигофрений по М.С. Певзнер. Краткая психологическая характеристика.
75. Причины возникновения олигофрений.
76. Деменция. Причины возникновения.
77. Структура дефекта при олигофрении. Ядерный признак умственной отсталости.
78. Клинико-психологическая классификация ЗПР по К.С. Лебединской.
79. Виды речевых нарушений у детей и их краткая характеристика.
80. Детский церебральный паралич. Психологические особенности детей с сохраненным интеллектом: особенности познавательной сферы, эмоциональной сферы, личности.
81. Ранний детский аутизм (РДА).
82. Текущие психические заболевания у детей (эпилепсия, шизофрения).
83. Основные принципы изучения ребенка с отклонениями в развитии.
84. Метод наблюдения (метод включенного наблюдения) в диагностике аномального развития.
85. Метод клинической беседы в диагностике аномального развития.
86. Экспериментальный метод в диагностике аномального развития.
87. Патопсихологический метод в диагностике аномального развития.
88. Понятие диагностики развития. Уровень актуального развития, зона ближайшего развития.
89. Основные требования к написанию психологической и педагогической характеристики.
90. Основные направления коррекционной работы с детьми, имеющими легкие отклонения в развитии (Е.С. Слепович).

Литература

Основная

1. Спиваков В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: рук-во для врачей и психологов. М., 2002.
2. Спиваков В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. Киев, 1986.
3. Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология / под ред. А.С. Спиваковской. М., 2000.
5. Клиническая психология / сост. и общ. ред. Н.В. Тарабариной. СПб., 2000.
6. Клиническая психология: пер. с нем. / под ред. М. Перре, У. Баумана. СПб., 2003.
7. Клиническая психология: учеб. для студ. мед. вузов и фак-та клин. психологии / под ред. Д.Б. Карвасарского. СПб., 2002.
8. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. вузов. М., 2003.
9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб., 1994.
10. Мялков И.Ф., Боков С.Н. Медицинская психология: основы патопсихологии и психопатологии: учеб. для студ. вузов. М., 1999.
11. Практикум по патопсихологии / под ред. Б.В. Зейгарник, В.В. Николаевой, И.В. Лебединского. М., 1987.
12. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М., 1999.
13. Спирович Е.С., Поляков А.М. Работа с детьми с интеллектуальной недостаточностью. Практика специальной психологии. СПб., 2008.
14. Специальная психология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / под ред. И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева и др.; под ред. В.И. Лубовского. М., 2003.
15. Фролова Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья: учеб. пособие. 2-е изд., перераб и доп. Минск, 2003.
16. Эросоматия по патопсихологии / под ред. Б.В. Зейгарник, А.П. Корнилова, И.В. Николаевой. М., 1981.
17. Ниллин П.В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. СПб., 2004.

Дополнительная

1. Абрамова Г.С., Юдичиц Ю.А. Психология в медицине: учеб. пособие. М., 1998.
2. Бихтерев В.М. Избранные труды по психологии личности. В 2 т. / отв. ред.: Г.С. Никифоров, Л.А. Коростылева. СПб., 1999.
3. Бинсвангер Л. Бытие-в-мире: Введение в экзистенциальную психиатрию: избр. ст. / пер. с англ. Е. Сурпиной. М., 1999.

4. Большой психологический словарь / сост. и общ. ред. Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко. СПб., 2007.
5. Братусь Б.С., Розовский Н.Я., Цапкин В.Н. Психологические проблемы изучения и коррекции аномалий личности: учеб.-метод. пособие. М., 1988.
6. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. 2-е изд., перераб., доп. СПб., 1999.
7. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. Новгород, 2000.
8. Диагностика умственного развития дошкольников / под ред. Л.А. Венкова, В.В. Холмовской. М., 1978.
9. Диагностика школьной дезадаптации / под ред. Н.Г. Лусканова, И.А. Коробейникова и др. М., 1993.
10. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. СПб., 2000.
11. Зейгарник Б.В. Психология личности: норма и патология: избр. психол. тр. / под ред. М.Р. Гинзбурга. 2-е изд., испр. М., 2003.
12. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб., 2003.
13. Кемпинский А. Психология шизофрении. СПб., 1998.
14. Кречмер Э. Медицинская психология: пер. с нем. СПб., 1998.
15. Курек Н.С. Дефицит психической активности: Пассивность личности и болевое состояние. М., 1996.
16. Леонтьев Д.А. Методика предельных смыслов (МПС): метод. рук-во. М., 1988.
17. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномалий развития детей. М., 1989.
18. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., 2000.
19. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: практ. рук-во. М., 1999.
20. Мясищев В.Н. Психология отношений: избр. психол. тр. / под ред. А.А. Бойко, А.А. Лева. Акад. пед. и социал. наук; Моск. психол.-социал. ин-т; М., 2004.
21. Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. образоват. учреждений сред. проф. образования / Л.В. Кузнецова, Л.И. Пересленица, Л.И. Солнцева и др.; под ред. Л.В. Кузнецовой. М., 2003.
22. Патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. Ун-т РАО. М., 1991.
23. Петрова В.Г., Белякова И.В. Психология умственно отсталых школьников: учеб. пособие для студ. вузов. М., 2002.
24. Психолог в дошкольном учреждении / под ред. О.М. Дьяченко, Т.В. Лаврентьевой и др. М., 2001.
25. Психология аномального развития ребенка: учеб. пособие для студ. вузов: хрестоматия. В 2 т. / под ред. В.В. Лебединского, М.К. Бардышевской. М., 2002.
26. Психология детей с задержкой психического развития. Изучение. Социализация. Психокоррекция: хрестоматия / сост. О.В. Защиринская. СПб., 2003.

- Психология здоровья в художественной литературе: Психология жизни и смерти, Человек в чрезвычайных ситуациях. Образ жизни и здоровья: хрестоматия / сост. С.С. Тверская. М., 1999.
- Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья: хрестоматия / сост. П. Сольченко. Минск, 2000.
- Серегина Н.В., Шкуренко Д.А. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология. Ростов н/Д., 2003.
- Соловьева Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М., 1989.
- Степанов В. Психотерапия на практике: пер. с нем. СПб., 2001.
- Степанов В. Теория и терапия неврозов: Введение в логотерапию и экзистенциальный анализ / пер. с нем. Н.А. Кириленко. СПб., 2001.
- Степанов В. Человек в поисках смысла / под общ. ред. Л.Я. Гозмана и А.А. Поонтьева. М., 1990.
- Тарасов Д. Ландшафт депрессии: Интегративный подход / пер. с нем. И.Я. Сапожниковой. М., 1999.
- Тарасовский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. СПб., 2003.
- Тейлор Э.С. Душа самоубийцы: пер. с англ. М., 2001.
- Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский, О.О. Никольская, Е.Р. Баенская и др. М., 1990.
- Эльтом И.Д. Экзистенциальная психотерапия / пер. с англ. Т.С. Дробкиной. М., 2000.
- Davidson G.C., Neale M.J. Abnormal psychology an experimental clinical approach. - 2nd ed. - NY; Santa Barbara; London; Sydney; Toronto: John Wiley & Sons, Inc., 1978.
- Halgin R.P., Whitbourne S.K. Abnormal Psychology: The Human Experience of Psychological Disorders. - Madison: Brown & Benchmark Publ., 1994.

ТЕКСТЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ НА СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЯХ

И.Е. Сироткина
ПСИХОЛОГИЯ В КЛИНИКЕ: РАБОТЫ
ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПСИХИАТРОВ
КОНЦА ПРОШЛОГО ВЕКА¹

Созданный В. Вундтом интроспективный эксперимент почти повсюду превалировал его современников – настолько он отличался от исторически сложившихся моделей исследования – объективного физиологического эксперимента над животными и близкого к нему гипноза, который и предполагал самоотчета испытуемого и поэтому считался объективным методом. Поставив в центр субъективный отчет испытуемого В. Вундт внес смуту в умы исследователей. Г.И. Челпанов осторожно предупреждал, что взгляды немецкого психолога «существенно отличаются от общепринятых: ...гипнотические эксперименты, по мнению Вундта, не могут быть названы психологическими экспериментами в собственном смысле, потому что гипнотическое состояние исключает самонаблюдение». Другой русский психолог Н.Н. Ланге хотя и был последователем В. Вундта, все же не мог сразу принять совершенно последним коперниканский переворот и продолжал считать, что «действительно объективным» является лишь эксперимент «над гипнотизированными и над животными».

Итак, привычные нам взгляды В. Вундта в XIX в. выглядели если не крамоллой, то сенсацией. Какими же были довундтовские представления об эксперименте? Исторически первой возникла клиническая психология – особое направление эмпирических исследований, в котором аномальное состояние психики, вызванное болезнью, гипнозом или наркотическими веществами, рассматривалось как своего рода «природный эксперимент». Основателями клинической психологии были французские психиатры и психологи; ее идеологию разработали Т. Рибо и И. Тэн. Первый, основываясь на идеях английских эволюционистов Г. Джексона и Г. Спенсера, сформулировал «закон обратного развития» психических функций (1870): их угасание при болезни идет путем, обратным развитию и росту, так что первыми нарушаются те процессы, которые формируются позже других – наиболее сложные

¹ Вопросы психологии, 1995. № 6. С. 79–92.

высшие; последними – низшие функции, автоматизмы. Его работа имеет красноречивое название: «Болезни воли», «Болезни памяти», «Болезни личности». И. Тэн, кроме того, считал, что изучение не только талантливого, но и артиста, сомнамбулы, сновидца – т.е. других «исключительных» случаев, – может дать в руки психолога «микроскоп», позволяющий сделать невидимое, незамечаемое в нормальном состоянии («Об интеллекте», 1870).

Эмпирическими исследованиями в этом духе занимались парижский невропатолог Ж.-М. Шарко (1825–1893) и его последователи – в частности, П. Жане, Ш. Рише и другие. На своих лекциях в Сальпетриере, привлекая самую разнообразную публику, от студентов до бомонда, Ж.-М. Шарко демонстрировал потрясающие опыты с пациентками, страдавшими истерией. Заметив, что такие больные наиболее легко поддаются гипнозу, он гипнотизировал их и «проводил эксперименты»: в одних из них испытуемой внушалось, что на чистом куске картона нарисован портрет; затем этот картон перетасовывали с такими же двенадцатью другими. Пробудившись от гипнотического сна, больная просматривала двенадцать листов картона, не зная, для чего она это делает, и на одном из них – том самом! – узнавала портрет. Другой эксперимент состоял в том, что больной внушали односторонние галлюцинации – например, красный картон на левый глаз и зеленый на правый – и смотрели, как изменился цвет суммарного образа после пробуждения; и в том и в другом случаях речь шла о том, чтобы с их помощью раскрыть механизмы зрительного восприятия (в частности, найти доводы в пользу либо центральной, либо периферической теории происхождения галлюцинаций). Опыт с внушенными зрительными галлюцинациями философ П. Жане назвал (по аналогии с «физиологической оптикой» Г. Гельмгольца) «галлюцинаторной оптикой».

Механизмы ошибочного восприятия – «обманов чувств», галлюцинаций, иллюзий – в конце века по популярности опережали все другие предметы психологических исследований. О том, чтобы выбрать нечто подобное в качестве темы для диссертации, думал и племянник Поля Жане, будущий выдающийся психолог Пьер Жане (1859–1947), когда после окончания университета приехал работать в Гавр. Но в клинической психологии многое зависит от случая – в том числе клинического, т.е. от того, какой эксперимент на сей раз поставила природа. Случай в лице местного врача преподнес ему уникальную испытуемую – больную истерией Леонию, которая очень легко поддавалась гипнозу. Она и еще несколько пациенток стали объектами его диссертационного ис-

следования под названием «Психологический автоматизм. Экспериментально-психологическое исследование низших форм человеческой активности». П. Жане, вслед за своими учителями Т. Рибо и Ж.-М. Шарко считал болезнь самым надежным методом исследования психики, единственный недостаток которого в том, что он слишком медленный. Он верил, что гипноз (который в школе Ж.-М. Шарко, кстати, считали патологическим состоянием) может ускорить и контролировать ход эксперимента; в качестве других средств, помогающих изменить состояние сознания, некоторые исследователи применяли наркотические вещества, но П. Жане считал такие опыты опасными для здоровья и мало результативными.

В диссертации он выделил два фундаментальных вида активности: синтетическую и автоматическую. В привычных ситуациях проявляется автоматическая активность, а синтетическая прибегается для новых, незнакомых обстоятельств. В болезни синтетическая активность ослаблена, и часть психики, будь то непосредственные ощущения или прежние воспоминания, начинает существовать самостоятельно, в виде бессознательных невротических симптомов. Диссертация была с блеском защищена в 1889 г. – году Всемирной выставки в Париже и приуроченных к ней конгрессов по физиологической психологии, психиатрии и экспериментальному и терапевтическому гипнотизму. На всех трех конгрессах о гипнозе говорилось как «о признанном экспериментальном методе». В программе психологического конгресса ему было посвящено семь пунктов; отдельной темой стояло анкетное исследование галлюцинаций.

В то время казалось, что исследования не только гипноза, но и медиумических феноменов – телепатии, ясновидения и прочие, будучи поставлены научно, могут пролить свет на механизмы психики. Размежевываясь со спиритизмом и оккультизмом, в которых феномены объяснялись на основе мистических, сверхъестественных сил, многие ученые с мировым именем занимались медиумическими опытами, пытались дать им естественнонаучную интерпретацию: так, членами-корреспондентами английского Общества психических исследований (основано в 1882 г.) были Т. Рибо, И. Тэн, П. Жане, В. Джемс, Ш. Рише и другие. Двое последних принимали участие в составлении анкеты о гипнотических и телепатических галлюцинациях. Ш. Рише (1850–1935) (физиолог, лауреат Нобелевской премии за открытие анафилактического шока) был президентом Общества с 1905 г. Он внес немалый вклад в разработку проблем научной психологии. Так, он впервые показал, что

...век, которому под гипнозом внушили совершить некий поступок, ...риши его при пробуждении, вынужден подыскивать мотивы для ... поступка, так как о внушении он ничего не помнит. Эта работа ... одним из первых исследований скрытых мотивов – темы, ставшей ...варной благодаря работам З. Фрейда. Впервые в психологии ... Ш. Рише применил подсчет вероятностей для отвержения, как мы те ... говорим, «нулевой гипотезы» (о том, что результаты медиумичес ... опытов оказались случайными). Немецкий философ М. Дессуар ... Ш. Рише с создателем психофизики Г.Т. Фехнером: «такая же ... смесь научного ригоризма и поэтического воображения».

У истоков экспериментальной психологии стояли люди, которым в ... рифажении, как и в научной смелости, трудно отказать – ведь они экс ... периментировали с сознанием и бессознательным, с высшими процес ... сами: памятью, личностью, волей. Гипноз призван был выполнять роль ... психологической вивисекции» (по выражению А. Бониса) – метода, ... позволяющего выделять и изучать высшие функции (память, волю), ис ... следовать личность. Перед лицом такого метода только что появивший ... лабораторный эксперимент еще должен был доказать свою результа ... тивность и в особенности приложимость к высшим психическим про ... цессам. Клинические психологи не скрывали скепсиса: «Уже несколько ... как некоторые ученые пытаются основать во Франции эксперимен ... тальную психологию (и ее охотно противопоставляют классической) ... По дню того чтобы быть экспериментальной, необходимо производить ... опыты, а где эти опыты? Их очень немного, если не считать наблюдений, ... заключающихся измерения ощущений, времени реагирования и проч.».

Тем не менее гипноз был не единственным методом клинической ... психологии: другим ее методом стало исследование «исключительных ... случаев» – таких, например, как уникальные способности. А. Бине с ... той целью изучал творчество знаменитых, драматургов, память выда ... вавшихся шахматистов и профессиональных счетчиков-престижита ... торов, а также интеллект ребенка (т. е. интеллект развивающийся, а зна ... чит, еще «ненормальный»). В этих работах он делает, в частности, вы ... вод о том, что единых психических способностей – единой памяти, ... мышления, воли – не существует. Так, есть множество видов памяти: ... непосредственная, как у визуализирующих числа феноменальных счет ... щиков, основанная на тренировке, как у показывающих практически те ... же результаты профессиональных престижиджитаторов, и т. д.

Итак, «опытная психология» началась с клинических исследований патологии и «исключительности»: сюда относились болезнь и состояния, вызванные гипнозом или наркотиками, всякого рода «обманы чувствительности» (галлюцинации, иллюзии, спонгиоз), феномены раздвоения личности и т. п. До начала 1920-х гг. о том психологического изучения были также медиумические явления, ясновидение, чтение мыслей и др., впоследствии исключенные из пределов научной психологии. В этих исследованиях отчетливо отражен дух эпохи fin de siècle, с ее приметами – декадансом в литературе и цепщей вырождения в психиатрии. На этой волне начавшихся в Франции клинические исследования пересекли национальные границы; нашли они отклик и в России.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РАБОТЫ РУССКИХ ПСИХИАТРОВ

Естественно, что первыми в России клиническую психологию привнесли на вооружение психиатры, которые были хорошо знакомы с французской психиатрией: это знакомство начиналось еще на студенческой скамье с чтения работ Ж.-М. Шарко и других французских исследователей. Постоянным издателем работ французских психиатров (Ж.-М. Шарко, Ш. Рише и других) в России был профессор психиатрии Харьковского университета П.И. Ковалевский (1849–1923) – автор одного из первых на русском языке трудов по патопсихологии («О механизме душевной деятельности». Харьков, 1885). С.С. Корсаков (1854–1900), один из основоположников московской школы психиатрии, учился по «Лекциям по вторникам» Ж.-М. Шарко, которыми пользовались в качестве учебного пособия уже в начале 1870-х гг. В 1889 г. С.С. Корсаков представил на конгресс по психиатрии в Париже работу по полиневритическому психозу, где не только описал симптомы выделенной им болезни, в числе которых – потеря памяти недавних событий, но и предложил гипотезу о механизме памяти (публикация на французском языке получила название «Медико-психологическое изучение одного вида памяти»). Еще одна известная психологическая работа С.С. Корсакова посвящена психике микроцефалов, характерной чертой которой он считает преобладание ассоциаций смежности (т. е. механических, более примитивных) над ассоциациями сходства и «по смыслу». На этом С.С. Корсаков основывает свою идею «высшей направляющей функции разума», которая отвечает за сочетание идей и страдает первой при психическом заболевании.

Францией русских психиатров связывали не только переводы, но и стажировку, почти обязательные для закончивших университетский курс врачей. Многие русские бывали у Ж.-М. Шарко (его известность не обошла Россию: так, Ж.-М. Шарко был приглашен в качестве психиатра в императорскую семью). Одним из первых на лекции Шарко поприер попал петербургский психиатр, будущий профессор Военно-медицинской академии И.П. Мержеевский (1838–1908). В 1872–1873 гг. он сделал два доклада в парижском Антропологическом обществе: о микроцефалии и, в соавторстве с французским психиатром Машаном, об изменении мозговых желудочков при прогрессирующем параличе.

И.М. Бехтерев (1857–1927) после окончания Военно-медицинской академии получил стипендию для заграничной поездки и 1883–1885 гг. работал в Германии и Франции. Работая у Л. Флексига, он освоил приемы исследования нервных путей по срезам нервной системы зародышей — так называемый эмбриональный метод. В Париже он показал Ж.-М. Шарко свои препараты, «которые заинтересовали знаменитого психолога новизной метода и ярким выделением проводящих путей и поэтому понравились ему ко мне, ибо, в свою очередь, он тотчас же пригласил меня одну из больниц клиники и продемонстрировал на ней особо интересное явление в гипнозе в виде повышенной нервно-мышечной возбудимости». В.М. Бехтерев был членом редакционного комитета международного «Traite international de psychologie pathologique» («Международный трактат по патологической психологии») (Париж, 1888–1910), для которого им написаны несколько глав. Он практиковал гипноз и был одним из самых активных сторонников его применения в экспериментальных и лечебных целях; речь В.М. Бехтерева «Внушение и его роль в общественной жизни» на годичном собрании Военно-медицинской академии в 1897 г. сыграла важную роль в отмене официального запрета на свободное применение гипноза.

Среди других русских посетителей Ж.-М. Шарко был В.Ф. Чиж (1835–1924), занимавшийся также в лабораториях В. Вундта и Л. Флексига. Унаследовав после перевода Э. Крепелина в Гейдельберг кафедру психиатрии в Дерптском университете, В.Ф. Чиж, наряду с традиционными клиническими исследованиями, начал проводить психологические эксперименты в организованной его немецким предшественником лаборатории. Его исследования отличались широким спектром: от неврологии (работы о раннем распознавании сифилиса нервной системы, артериосклерозе и неврастении) до «патологических очерков» о писа-

тельском творчестве и литературных описаниях душевных болезней («психологические портреты» А.С. Пушкина, Ф.М. Достоевского, И.С. Тургенева). «Опыты на себе» были характерной чертой науки прошлого века; В.Ф. Чиж с экспериментальными целями принимал азота и нашел, что при наркотическом опьянении первой страдательная сфера, а именно нравственное чувство.

К тем же выводам пришел петербургский психиатр С.Д. Данилов, стажировавшийся в парижском госпитале Св. Анны; он был членом Медико-психологического, Антропологического и Анатомического обществ в Париже. Вместе с физиологом Ш. Рише они испытывали на себе и других добровольцах действие гашиша на психику.

В издании «Интернационального трактата по патологической психологии» (1908) принимал участие также И.А. Сикорский (1845–1919), профессор психиатрии университета Св. Владимира в Киеве; в центре его интересов была так называемая объективная психология, под которой он понимал составление полного перечня физиологических, мимических, поведенческих признаков психических состояний.

В 1890 г. посмертно вышла книга врача петербургской больницы Св. Николая – В.Х. Кандинского (1849–1889) «О псевдогаллюцинациях». Прекрасно зная французские работы на эту тему, он выступил критикой теории психиатра Ж. Байярже. Ему удалось значительно продвинуться в популярной тогда теме «ошибочных восприятий», прояснить различие между живыми образами, псевдогаллюцинациями и истинными галлюцинациями. Он воспользовался поставленным природой экспериментом, объектом которого был он сам. Психическая болезнь, которой он страдал, в конце концов привела этого талантливого психиатра к самоубийству.

Итак, в работах русских психиатров, как и их французских коллег, патопсихологические исследования и клинический эксперимент составляли такую же неотъемлемую часть, как и терапевтические мероприятия. Большой популярностью в России пользовался гипноз – как лечебный прием и метод исследования психики. Впервые русские познакомились с гипнозом благодаря заезжим из Европы магнетизерам, которых в начале века в Петербурге стало, по-видимому, так много, это вызвало беспокойство властей. Интерес к магнетизму на протяжении XIX в. не угасал: в 1840-х гг. этот вопрос обсуждался в Московском физико-медицинском обществе. Магнетизм, однако, был делом ответственным и поэтому поднадзорным: для занятий им нужно было специальное разрешение Медицинского департамента. Гипнозом интере-

...амия разная публика, в том числе аристократия: в 1861 г. «по высшему повелению» князь А. Долгорукий проводил гипнотические сеансы в Мариинской больнице для бедных в Петербурге. Приставленный к нему в качестве «ассистента по медицине» врач В.О. Михайлов, по-видимому, как и его подопечный, придерживался мистической гипноза, считая, что «неуловимые и неразгаданные основания этих сил лежат в духовной стороне человеческой природы».

Во время расцвета позитивизма, в 1880-е гг., врачи уже не удовлетворялись ссылками на некие основания, но ищут физиологические механизмы гипноза. В 1881 г. (за год до речи Ж.-М. Шарко в Парижской Академии наук, положившей начало научному признанию гипноза) в Одесской городской больнице О.О. Мочутковский и Б.А. Окс сообщают о проведенных ими «гипнотических опытах» с пациентками, страдавшими истерией, подобных экспериментам Ж.-М. Шарко, А. Бине, П. Ринне с ошибками восприятия, раздвоением личности и проч. В те же годы опыты с односторонней гипнотизацией проводил в Казани В. Годлев; к исследованиям гипнотизма обратилось Московское психическое общество, на заседаниях которого с докладами о гипнозе, сопровождаемыми демонстрациями, выступали психиатры А.А. Токарский и Г.И. Россолимо. Состояния гипноза и естественного сна сравнивал психиатр, ученик А.А. Токарского, П.П. Подъяпольский; гипноз и наркотического опьянения — С.Н. Данилло. Наконец, для выяснения общепсихологического механизма гипноза проводились опыты на животных: так, В.Я. Данилевский (Харьков) на Международном конгрессе по физиологической психологии в 1889 г. доложил о результатах гипнотизирования разных животных — от раков и омаров до птиц и кроликов. Позже, в начале века экспериментами с гипнотизированием животных занимались В.М. Бехтерев и сотрудники его клиники.

Несмотря на эти исследования, гипноз оставался таинственным и поэтому опасным средством. Демонстрации Ж.-М. Шарко только усугубляли впечатление; один из очевидцев этих сеансов, русский врач-психотерапевт Я.А. Боткин писал: «Гипнотизм, созданный Шарко, показан миру в виде судорог, оцепенения, летаргического состояния, сомнамбулизма, раздвоения личности, в виде галлюцинаций, мнимых преступлений и прочих ужасов, которые показывались прежде большой и малой публике различными гипнотизерами в роде Ганзена и Дюшгго». В 1890 г. публичные сеансы гипноза были запрещены, и применять его разрешалось только дипломированным врачам и не иначе как в присутствии других врачей. Этот запрет (отмененный лишь в

1903 г.) не смог, однако, совершенно остановить исследования гипноза, который в начале века широко применялся в психотерапевтической практике (в частности, для лечения алкоголизма и неврозов, а также хирургии для обезболивания). Однако медицинское применение гипноза – это особая тема.

Еще одно европейское увлечение – медиумическим опытами – вошло в моду и у русских ученых. В 1874 г. Д.И. Менделеев обратился в Физическое общество с предложением организовать комиссию для проведения опытов над явлениями, возникающими на сеансах английского медиума Ч. Бредли. Сам великий химик к этим явлениям относился настороженно. Другой великий химик, А.М. Бутлеров, напротив, был их энтузиастом и в 1876 г. (вместе с профессором Н.П. Вагнером и А.Н. Аксаковым) выступил в качестве свидетеля другого медиума, мисс Кляйер. Хотя комиссии медиумические опыты не убедили, исследования медиумических феноменов в России продолжались. В 1891 г. возникло Русское общество экспериментальной психологии (председатель – Н.П. Вагнер), целью которого было научное изучение феноменов телепатии, ясновидения, перемещений и неожиданных появлений предметов. Протоколы заседаний Общества публиковались в крупном психологическом журнале «Вопросы философии и психологии» (в виде отдельного приложения к тому журналу за 1892 г.).

Помещая эти сообщения, журнал, однако, сохранял по отношению к ним особую точку зрения: в одном из его следующих номеров была опубликована рецензия В.С. Соловьева на книгу А.Н. Аксакова «Анимизм и спиритизм. Критическое исследование медиумических явлений» (СПб., 1893). В ней знаменитый философ пишет: «Вся сила научного эксперимента состоит в его повторяемости при тех же условиях и для этого сами условия должны: 1) быть известны; 2) приведены к простейшему виду и 3) находиться в распоряжении экспериментатора. В книге же Аксакова все действительно убедительные факты принадлежат к числу безыскусственных, самопроизвольно возникших и, следовательно, только наблюдаемых и констатируемых, а не экспериментальных явлений». Аргумент о воспроизводимости действительно оказался камнем преткновения для «психических исследований», ведь ход медиумических опытов целиком зависел от состояния медиума, которое было очень хрупким и изменчивым: если медиума проверяли, ссылались на то, что недоверие окружающих отрицательно влияет на результаты. «Неповторимые» медиумические опыты в 1920-х гг. были окончательно отвергнуты научной психологией.

Открытие психологических лабораторий в клиниках

В последней четверти XIX в. психиатрия в России стала самостоятельной дисциплиной: кафедры психиатрии с клиниками существовали в большинстве университетов; в это же время земства получили право требовать от правительства создания новых мест для психически больных и открытия новых психиатрических лечебниц. Открывавшиеся вакансии занимали выпускники недавно образованных кафедр. Институционализация психиатрии была достигнута благодаря героическим, без преувеличения, усилиям первых русских психиатров — И.М. Балинского, Н.П. Мержеевского, А.Я. Кожевникова, П.И. Ковалевского, А.В. Фрезе, С.С. Корсакова и других, которым пришлось вести сложную «социальную переговоры», убеждая власть и общество в необходимости расширения и гуманизации психиатрической помощи, в проведении соответствующих научных исследований.

Новое поколение психиатров могло если не почтить на лаврах, то все же больше времени, чем «отцы-основатели», уделять научной работе. В 1900-х гг. не только столичные клиники, но и губернские больницы командировали своих врачей за границу или на курсы усовершенствования в Москву и Петербург. Исследования в психиатрических больницах приобрели такое распространение, что «отцы-основатели» ворчали: «Теперь врачи стремятся уйти в плохонькие лаборатории при земских больницах и «обогащать науку» казуистическими и лабораторными исследованиями в ущерб своим прямым задачам общественного земского характера... Нельзя не выразить пожелания, чтобы молодые силы русской психиатрии отдавали большую часть своей работы общественной психиатрии, а не коснели в самодовлеющем объективизме лабораторных исследований».

О каких лабораториях идет речь в lamentациях уважаемого деятеля земской медицины К.Р. Евграфова? Об экспериментально-психологических, которые с легкой руки В. Вундта, по примеру его лейпцигской лаборатории, распространились по Европе и Америке (в 1894 г. их насчитывалось уже 32). Волна лабораторного строительства быстро докатилась до России, подготовленная соответствующими публикациями: переводами, обзорами и оригинальными исследованиями в этой области русских авторов. Первая психологическая лаборатория в нашей стране была основана в 1885 г. В.М. Бехтеревым при психиатрической клинике Казанского университета (открытие клиники и лаборатории при ней было условием, на котором В.М. Бехтерев согласился занять кафед-

ру в провинциальной Казани). Устроения Н.Н. Ланге в Новороссийском университете в 1892 г. лаборатория при кафедре философии — именно там в российских университетах преподавалась психология — была лишь второй, и приоритет следовало отдать психиатрам.

В 1894 г. в Московском университете состоялась защита диссертации Н.Н. Ланге, оппонентом по которой был С.С. Корсаков. В ответ на призыв диссертанта «организовать при русских университетах кабинеты для изучения экспериментальной психологии» он заметил, что такие кабинеты уже имеются при психиатрических клиниках — в Казани, в университете, Военно-медицинской академии (устроен В.М. Бехтеревым, когда он перевелся в Петербург), в Дерпте. Есть, наконец, «специальные помещения для психометрических исследований и в Москве, и в Петербурге, и в Харькове». Другой психиатр, В.Ф. Чиж, также пытался восстановить справедливость при оценке «работ соотечественников-психиатров в области опытной психологии», о чем свидетельствует его письмо, направленное в редакцию журнала «Врач».

В самом деле, уже в 1867 г. «отец русской психиатрии» И.М. Баллоцкий закупил для открытой им клиники Военно-медицинской академии приборы для психофизических и психометрических опытов. С 1889 г. С.С. Корсаков на свои средства стал приобретать психологические приборы для психиатрической клиники Московского университета. Лаборатория там была основана в 1895 г., ее первым директором стал А.А. Токарский (1859–1901). Побывав на стажировке в Лейпциге и Париже, он впоследствии делил свое время между гипнотическими и лабораторными экспериментами, в университете он вел курсы «физиологической психологии с упражнениями по психометрии» и «гипнотизма с его приложением к медицине». А.А. Токарский постоянно вкладывал свои средства в лабораторию; на его же сбережения издавались «Записки» (всего вышло пять выпусков). Эту лабораторию, скорее всего, имел в виду Г.И. Челпанов, когда писал: «У нас при Московском университете имеется «психологический институт», устроенный (на частные средства) по западноевропейскому образцу».

Диагностическое направление в психологии и психиатрии

Преемником рано умершего А.А. Токарского по лаборатории стал А.Н. Бернштейн (1870–1922), ординатор, а затем ассистент Московской психиатрической клиники. Здесь он начал работы по психологической диагностике душевных болезней, которые продолжил, став директором

отрапанного полицейского приемного покоя для душевнобольных в Москве (1902). А.Н. Бернштейн был приверженцем нозологического направления, популярного благодаря работам Э. Крепелина. Нозологическая классификация душевных болезней – по их этиологии, течению и исходу, а не по сопровождающим их симптомам, – сменила прежнюю симптоматологию. По замыслу Э. Крепелина, у каждой «нозологической единицы» должна быть своя психологическая картина; психиатрам поэтому следовало найти «чисто формальные нарушения душевной деятельности», психологические «формулы для точной клинической диагностики».

В 1910 г. А.Н. Бернштейн и его единомышленники Г.И. Россолимо, А. Вайцман и Т.Ф. Богданов организовали в Москве Общество экспериментальной психологии (еще одно!), целью которого считали приложении лабораторно-психологических исследований к клинике, «объективно психологическое исследование душевнобольных», построение экспериментальной симптоматиологии душевных болезней». Ими были созданы первые тесты на русском языке: «экспериментально-психологические схемы» (А.Н. Бернштейн), или «психологические профили» (Г.И. Россолимо), в которых диагностировались восприятие и узнавание реальных предметов, их цветных и схематических изображений, мышление (понимание картинок-сцен, пересказ историй), обобщение и классификация однородных изображений), комбинаторная способность (арифметические действия, складывание разрезанных картинок), воображение (заполнение пропущенных слов и фраз) и память (в которой А.Н. Бернштейн выделил особый параметр восприимчивости и составил специальную методику ее диагностики). В «профилях» Г.И. Россолимо число параметров увеличивалось до 11.

Преемник А.Н. Бернштейна в психологической лаборатории Московской психиатрической клиники, Ф.Е. Рыбаков, выпустил один из первых в России сборников психологических методик, куда вошли тесты и методические приемы Ф. Гальтона, Г. Мюнстерберга, А. Бурдона, Г. Оббингауза, А. Бине и В. Анри, Э. Крепелина, А.П. Нечаева, А.П. Бернштейна и других. Работа по созданию методов психологической диагностики велась также в клинике Психоневрологического института – В.М. Бехтеревым и С.Д. Владычко: «объективные методы» распознавания душевных болезней как нельзя более соответствовали бехтеревской программе создания «объективной психологии».

Однако «экспериментально-диагностические схемы» критиков встретили критику в среде самих психиатров: на X съезде Общества русских врачей доклад А.Н. Бернштейна «Об экспериментально-психологической методике распознавания душевных болезней» вызвал острую дискуссию. Возражения делились на две группы: одни психиатры критиковали нозологическое направление в целом, которое, по их мнению, «еще ничем не доказало своих преимуществ и не установило ни одной новой формы душевных заболеваний». Другие сомневались в методологической обоснованности самой психологической диагностики душевных болезней, подозревая, что, будучи обследованной мощностью этих методов, «вся масса населения оказалась бы страдающей душевными болезнями». Ссылаясь на мнение психологов (Г.И. Чистов), считавших, что «в настоящее время в научной экспериментальной психологии нет таких приемов, при помощи которых можно было бы устанавливать диагнозы», сторонники этой точки зрения (В.П. Сербский, Н.Е. Осипов и другие) критиковали саму идею давать «диagnозы личности» на основе методологически сомнительных критериев.

Разногласия между психиатрами повлияли на то, что вес психологических исследований на медицинских факультетах был снижен. Борьба шла от этого, как мы увидим далее, философские кафедры.

Спор философских и медицинских отделений за преподавание экспериментальной психологии

Что широкому читателю начала века было известно об экспериментальной психологии? Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона посвящает ей статью, начинающуюся так: «Экспериментальная психология – наука сравнительно новая и мало известная в русском обществе. Многие относятся к ней с предубеждением и никак не могут справиться с мыслью о существовании каких-то «психологических лабораторий». Соединяя со словом «лаборатория» представление о весах, торгах, печках, банках, ножах, несчастных жертвах вивисекции, с недоумением спрашивают: разве можно положить душу на весы, взвесить ее в банку, подогреть на огне, разрезать на части?».

Но если широкая публика еще колебалась в своем отношении к психологическому эксперименту, то в университетских кругах таких сомнений не было. Уже в 1894 г. на диспуте по диссертации Н.Н. Зинина стало ясно, что университетские философы вполне готовы читать лекции по экспериментальной психологии. Более того, они готовы бороться с теми, кто начал преподавать ее раньше, – с кафедрами психиатрии

иных факультетов. Так обстояло дело не только в России, но и, например, во Франции: в Сорбонне курс экспериментальной психологии, бывший ранее только на медицинских отделениях, был введен на факультете словесности (Faculté des lettres). Экспериментальная психология как эмпирическая наука пользовалась особым уважением в эпоху позитивизма; признав ее философской дисциплиной, факультет повысил свой научный статус, получая, кроме того, дополнительные ставки ассистентов.

По этим же причинам и российские философы, критиковавшие экспериментальную психологию с методологических позиций, все же не отрицали возможность ее преподавания на историко-филологических отделениях. В 1895 г. появился русский перевод книги А. Бине и его коллег по лаборатории физиологической психологии в Сорбонне «Введение в экспериментальную психологию», в которой описывались устройство лабораторий, приборы, методика экспериментов. Инициатором этого издания был профессор психологии Петербургского университета А.И. Введенский, типичный кабинетный ученый («armchair psychologist»). Тем не менее и он признавал, что «в настоящее время при университетском преподавании психологии уже нельзя обходиться без экспериментальной психологии». Университетские философы, занимающиеся экспериментальной психологией, «вынуждены проводить свои эксперименты или у себя на дому при помощи приспособлений, устроенных на частные средства, или в лабораториях, существующих при других кафедрах (физиологии и невропатологии), или же, наконец, должны ехать в заграничную командировку».

Признавая тем самым, что психологические лаборатории уже существуют в психиатрических клиниках и что в них могут работать и психологи философских отделений, А.И. Введенский был вынужден аргументировать перед университетской администрацией необходимость открытия новых лабораторий. Во-первых, пишет он, «существующие приспособления для экспериментально-психологических исследований при кафедрах душевных и нервных болезней... имеют в виду не столько интересы психологии, сколько физиологии, психиатрии и т. п.», следовательно, нужны кабинеты для занятий «профессиональных психологов». Во-вторых, при таком положении дел, когда экспериментальная психология прикреплена к медицинским факультетам, неизбежен ее натуралистический (а следовательно, материалистический уклон), в то время как психология должна быть философской наукой.

А.И. Введенскому вторит его московский коллега Н.Я. Грот: «Но ма было бы грустно, если бы при организации этого молодого еще в России мы впали бы в нелепое заблуждение, что экспериментальная психология есть только психофизика и психофизиология, что кабинеты экспериментальной психологии должны быть не самостоятельными учреждениями, а филиальными отделениями физиологических и физических лабораторий, и что в них могут работать только профессора и студенты медицинского факультета, а не философии и филологии».

Вскоре в Университете Св. Владимира в Киеве под руководством Г.И. Челпанова начинает действовать психологический семинарий, в котором организуются лабораторные занятия для студентов. В 1907 году Г.И. Челпанова приглашают профессорствовать в Московский университет, семинарий и кабинет переводятся туда; еще несколько спустя на их базе создается Психологический институт. Торжественно открытый в 1914 г., этот институт – один из лучших по устройству и оснащению в мире, – возможно, и стал тем «призом», который кафедра философии выиграла в споре с кафедрами психиатрии.

Заключение

Итак, во второй половине XIX в. – до появления психологических лабораторий и какое-то время наряду с ними – наиболее влиятельной отраслью эмпирических исследований была клиническая психология. Самое большое доверие психологов-естествоиспытателей вызывало «эксперимент, поставленный природой». Душевные болезни и истинно вызванные патологические состояния позволяли «выключать» одни психические функции, обнажая работу других. Феноменальные способности, как и другие крайние проявления психики – от «обмороков» и «раздвоения личности» до телепатических феноменов, – также рассматривались в качестве «природных экспериментов». Таким образом, значительная часть психологических исследований выпадала на долю психиатров. Российская психиатрия, имевшая тесные связи с лидером в этой области – психиатрией французской, – не была исключением. Патопсихологические исследования вели С.С. Корсаков, И.А. Сикорский, В.М. Бехтерев, В.Ф. Чиж и другие психиатры. Популярными были работы с гипнозом; не обошла Россию и мода на «психические исследования» медиумических феноменов.

Психиатрические клиники стали местом не только для клинических, но и для лабораторных (в вундтовском смысле слова) исследований.

именно здесь были устроены первые в России психологические лаборатории по немецкому образцу. Курс экспериментальной психологии впервые стал читаться также преподавателями кафедр нервных и душевных болезней. В клинике начали развиваться и первые диагностические исследования, созданы первые тесты на русском языке. Вскоре, однако, кафедры философии, традиционно считавшие психологию своим предметом, вступили в спор за преподавание экспериментальной психологии. Благодаря усилиями Н.Н. Ланге, А.И. Введенского, И.И. Грота, Г.И. Челпанова и других ученых на кафедрах философии были открыты лаборатории. Вскоре экспериментом в собственном смысле слова стала считаться немецкая модель, а времена, когда «действительно объективным» признавался «природный эксперимент», постепенно отошли в прошлое.

Литература

1. Розенбах П.Я. Современный мистицизм. Критический очерк (рец. на кн.) // Вопросы философии и психологии. 1983. № 2(17). С. 75.
2. Сироткина И.Е. От реакции к живому движению: Н.А. Бернштейн в Психологическом институте 1920-х гг. // Вопросы психологии. 1994. № 4. С. 16–28.
3. Юдин Т.Н. Очерки по истории отечественной психиатрии. М.: Медгиз, 1951.
4. Danziger K. Constructing the subject: Historical origins of psychological research. Cambridge, etc, Cambridge Univ. Press, 1990.

Б.С.Братусь

МЕСТО ПАТОПСИХОЛОГИИ В ИЗУЧЕНИИ ПРИРОДЫ БОЛЕЗНИ¹

Памяти Б.В. Зейгарник

В классической работе Б.В. Зейгарник о патологии мышления [1] есть одно положение, которое, как представляется, незаслуженно забыто, вернее, отодвинуто на второй план. Его можно обозначить как положение о вероятностном характере тех или иных психологических нарушений при данном душевном заболевании. Иными словами, появление, скажем, разноплановости, бессодержательных связей или «слабых признаков» не является обязательным спутником шизофрении, хотя и наиболее вероятно при этом заболевании. Подобные же признаки могут по-

¹ Вопросы психологии, 1994. № 3. С. 38–42.

явиться и при других психических нарушениях, хотя вероятность того появления будет здесь значительно ниже¹.

Почему данное положение было затушевано и не получило должной теоретической разработки? На наш взгляд, немаловажная причина заключалась в том, что оно мешало господствующему клиническому подходу в области диагностики. Согласно клиническому нозологическому подходу, необходимо прежде всего обнаружить, зафиксировать внешние признаки (способы поведения, манеры реагирования, эмоциональные проявления и т. д.) и затем сопоставить их с имеющейся нозологической классификацией. Если признаки согласуются с показателями одной из классификационных ячеек, то диагноз считается установленным и далее следует лечение, сводящееся в конечном итоге к медикаментозному воздействию.

Какая же роль может отводиться психологии в этой модели? Члены психиатров считали и считают, что психология здесь не нужна вообще. Были и есть, однако, психиатры, которые утверждают, что психолог и нужен, расходясь лишь в определении характера этой нужды: одни считают, что данные психологи способны уточнить их диагностические суждения; другие, будучи достаточно равнодушными к диагностическим возможностям психологии, признают важность участия психологов в психотерапевтических процедурах. В любом случае – и положительного, и отрицательного отношения к участию психолога в жизни клиники – важнейшим, исходным остается вопрос о диагностике, а следовательно, и природе душевной болезни, вопрос о том, может ли психолог, психология привнести нечто принципиально новое в понимание этой природы.

Для того чтобы попытаться ответить на этот вопрос, необходимо прежде всего зафиксировать разность психологического и психиатрического подходов, их принципиальное отличие в методах и единицах анализа. Клиническое видение должно опираться на тонкие приемы наблюдения, на появляющуюся в опыте постоянного общения с больными

¹ Так, по данным Б.В. Зейгарник, бессодержательные сочетания при выполнении задания “Классификация предметов” появляются у больных шизофренией (67,1 %), больных эпилепсией (4 %), при последствиях черепно-мозговой травмы (2,4 %), при энцефалитах (20 %), при психопатиях (33,3 % [1]). Добавим от себя, что маловероятные сочетания могут появиться при экспериментальном исследовании больных алкоголизмом в состоянии опьянения, а также у любого нормального субъекта после длительной (более двух суток) депривации сна.

ни профессиональную интуицию, на выработанные и зафиксированные в психиатрических трудах представления о смене состояний, симптомах и синдромах болезни. Основной единицей анализа является здесь целостный, представляемый в различных нюансах поведения образ больного и отнесение его к той или иной нозологической ячейке. Поэтому хороший психиатр всегда мыслит целостно, картинно, образно, а короткий психиатрический текст всегда дает выпуклое, точное и в то же время художественно яркое описание человеческих странностей и аномалий.

Единицы анализа в психологии существенно иные. Психолог мыслит в категориях потребности, мотива, деятельности, отношения, смысла. Основным инструментом его диагностики является не клиническое наблюдение, а эксперимент, то или иное тестовое испытание. Иначе говоря, психолог чаще судит о человеке не непосредственно, наблюдая его поведение, привычки и странности, а опосредствованно, орудийно, через данные экспериментов, опросников и тестов.

Выводы психолога и психиатра о состоянии одного и того же больного могут поэтому не только дополнять, согласовываться друг с другом, но и быть принципиально различными, даже противоположными по своим оценкам. Эти рассогласования, казалось бы понятные из-за сложности и плоскостей анализа, в практике взаимоотношений психиатра и психолога воспринимаются, однако, подчас весьма остро и даже болезненно. Наверное, каждому из психологов, кто работал в клинике, известно, что часто врач-психиатр, на словах не раз до этого говоривший о пользе психологии, тем не менее выражает явное недоумение и недовольство заключением психолога в том случае, если оно не совпадает с его ожиданиями, клиническим видением (скажем, данные экспериментально-психологического исследования выявляют у больного признаки конкретно-ситуационного способа мышления, тогда как врач, считаящий, что у больного шизофрения, ждет от психолога обнаружения соответствующих признаков этой болезни: разноплановости, выходящего резонанса и т. п.).

Психиатру часто кажется необходимым и хочется, чтобы психолог всегда и во всем лишь подтверждал, дополнял, оттенял его видение и понимание болезни. По-человечески это понять можно: приятно, когда подтверждают твоё профессиональное суждение. Между тем, если серьёзно признать, что психологические закономерности суть особые и несводимые прямо к феноменологическому, клиническому течению, то тогда следует признать и то, что данные психологии могут существенно

расходиться с привычным клиническим мышлением, с самым тонким и изоциренным клиническим наблюдением.

Применительно, скажем, к диагнозу какого-либо болезненного состояния психики соотношения данных клинического подхода (психиатрия) и подхода экспериментально-психологического (психология) могут быть представлены в четырех вариантах: 1) диагностические данные психологии и психиатрии согласуются, подтверждают друг друга; 2) психологические данные указывают на возможность диагноза, а клинические ее отрицают; 3) психологические данные отрицают, а клинические обнаруживают основания для диагноза; 4) ни психологические, ни клинические данные не обнаруживают оснований для диагноза.

Ясно при этом, что хотя обеим сторонам субъективно приятны первый и четвертый варианты (когда между психологами и психиатрами наблюдается взаимопонимание), но объективно значимыми (для нужд той же клиники) являются второй и третий, когда психологические закономерности показывают свой «норов», свою несводимость к клиническому взгляду. Именно на эти случаи и должно направляться главное внимание. Если патопсихологи будут во всем неизменно стремиться к соглядке, совпадению и согласию с данными клинической психиатрии, рассматривая это совпадение как критерий истинности, то рано или поздно может возникнуть вопрос: а так ли уже необходимо участие именно профессионального психолога в работе психиатрической больницы, если его данные способны лишь дублировать, подстраховывать по-иному говорить о том, что уже ведомо психиатру?

Здесь уместно привести слова одного известного психиатра, который на предложение взять в его клинику психолога не без иронии ответил: «Зачем мне барометр, когда я могу просто посмотреть в окно?» Барометр, действительно, нужен лишь тогда, когда по картине в окне

¹ Не этим ли укоренившимся отношением к психологии как науке, не несущей особого, недоступного другим специалистам знания, объясняется то положение, что за крайне малым исключением лаборатории и отделы, связанные с медицинской психологией, возглавляются не психологами, а психиатрами? Тем самым уже достаточно закрепилось представление, согласно которому психолог вполне заменим психиатром, тогда как никому не придет в голову помыслить обратное — руководителем психиатрического подразделения поставить психолога. Последствия такого отношения весьма серьезны. Достаточно вспомнить печальную историю лаборатории, в которой, собственно, и родилась патопсихология, — лаборатории психологии Института психиатрии МЗ РСФСР. После ухода оттуда Б. В. Зейгарник лаборатория была отдана под начало психиатра, затем после его недолгого и бесславного пра

бы опытом и зрением ни обладал смотрящий, нельзя распознать сны погоды или ее существенных подспудных параметров.

Итак, патопсихология не должна заниматься лишь перетолкованием в других терминах психиатрических представлений, следуя тем самым по пути сугубо нозологических концепций. Куда более перспективным является иной путь — путь признания вероятностного характера тех или других нарушений при данном диагнозе и, следовательно, путь формирования отношения к психологии как самостоятельной плоскости анализа, связанной с нозологическим делением, но не привязанной к нему.

Такой подход, однако, подтолкнет и к пересмотру психиатрических представлений, в основе которых лежит главным образом принцип единства причины и течения болезни. Исходя из данного положения нельзя эндогенная, внутренняя причина порождает одни и те же феномены болезни. Между тем любая внутренняя причина (назовем ли мы ее эндогенной, генотипической или как угодно иначе) опосредствуется всей внутренней организацией личности, ее психологическими механизмами (для простоты сравним это с преломлением луча в меняющейся системе зеркал), поэтому одна причина может на уровне феноменологии, внешне наблюдаемых явлений предстать в совершенно разных обликах, равно как разные причины через преломление в психологических процессах — сфокусироваться в одном поведенческом феномене. Клиническая психиатрия¹, накоротко соединив биологическую причину (еще ей самой неизвестную) и поведенческое следствие, закрыла себе путь к решению многих значимых проблем, например проблемы научной классификации душевных страданий (по ее логике Кита следовало бы непременно отнести к рыбам, поскольку он ведет образ жизни и имеет вид рыбы).

Очевидно, что налицо пропуск важнейшего слоя движения всего процесса, а именно слоя психологического, анализа внутренних, разыгрывающихся в психике коллизий и конфликтов. Последние, конечно же, протекают, разворачиваются в определенных (в случаях психических болезней обычно извращенных) биологических условиях и тесно связаны от них, но не могут быть сведены к ним, равно как и являют, реализуют себя через внешне наблюдаемое поведение, существуют в определенном социальном и историческом пространстве, но не могут быть прямо истолкованы лишь на основе этих наблюдений или описания объективных характеристик этого пространства. Видимо, мы стоим

на пороге открытия специальной области психологии — клинической общей психологии [2], которая и будет призвана разработать учение о психологических механизмах, опосредствующих различные нарушения внутренней среды человека и формирующих в ходе его жизни те или иные конкретные проявления и виды душевных отклонений. Это открытие отнюдь не перечеркнет прежних несомненных заслуг клинической психиатрии, тонких описаний феноменологии аномалий и значимости изучения биологических основ патологии, но даст недостающее звено учения о душевных болезнях и, что главное, вернет в психиатрию человека как страдающего, стесненного в своем развитии, но остающегося даже в этих условиях активным субъектом и личностью. Напомним в связи с этим столетней давности завет замечательного русского психиатра В.Х. Кандинского: «Общие выводы научной психологии для психиатров обязательны, ибо душа, расстроившись, не перестает быть душой». Вина за то, что завет этот так мало выполняется на деле, лежит, конечно, не только на психиатрах, но, признаемся, и на психологах — целостная, включающая понятие души психологическая концепция личности остается, по общему признанию, до сих пор не созданной ими.

Вместе с тем совершенно нельзя согласиться с суждением многих психиатров о «донаучном статусе сегодняшней психологии». Здесь скрывается та естественнонаучная парадигма, в рамках которой находится психиатрия и изнутри которой она пытается атаковать психологию. Конечно, если думать, что психология должна быть построена по образцу физики или иной естественной дисциплины, то тогда, действительно, психология находится и, смею предположить, будет находиться всегда в «донаучном состоянии». Если же рассматривать психику как особый объект, тесно, разумеется, связанный со строгими биологическими основами бытия и законами общества, но не редуцируемый, не сводимый к ним, тогда надо будет признать и особую логику исследования этой области, также не сводимую ни к логике познания биологических (тем паче физических) объектов, ни к логике познания общественного движения, ни даже к различным взаимосвязям этих предпосылок, ибо из самих предпосылок, сколь бы значимыми и необходимыми они ни были, развитие невыводимо. Но тогда нельзя будет не признавать и известных успехов психологии в этой особой области познания, например отечественной общепсихологической теории деятельности, получившей мировое признание и нашедшей свое применение в решении

многих задач, связанных с педагогикой, инженерией да и той же психиатрией (достаточно вспомнить достижения школы Б.В. Зейгарник).

И еще об одном существенном моменте. С.С. Корсаков писал в начале века: «Психиатрия из всех медицинских дисциплин наиболее близка к философии» [3]. Современная же клиническая психиатрия, напротив, все более отдаляет себя от философии, уповая на физические, математические, генетические и другие естественнонаучные модели. Между тем решение ряда психологических и психиатрических (именно психиатрических) проблем немислимо без участия философии. Возьмем, например, центральную проблему критериев нормы и патологии. Как справедливо замечает А. Якубик, в основном психиатры либо не имеют никакой концепции нормальной личности, либо имеют «гуманные, молчаливо принятые представления» [4]. Действительно, обсуждение критериев нормы, критериев психического здоровья личности обычно не встречается в психиатрической литературе; если попытаться все же эксплицировать эти «молчаливо принятые представления», то оказывается, что они отсылают либо к выраженной патологии (раз не болен, то здоров), либо к статистике (раз как все, то нормален), либо к адаптивным свойствам (здоров, если хорошо приспособлен), либо к требованиям социума (нормален, если выполняешь все его предписания) и т. п. Ясно, что современному представлению о человеке, о стоящих перед ним задачах эти критерии отвечать не могут. Общие критерии «нормы» и «аномалии» мы должны определять не по тому только, приспособлен или не приспособлен человек к окружающему, типичен или атипичен, похож или не похож на других, а по тому, как, в какой степени он развил в себе человеческое.

Но это в свою очередь ставит вопрос о специфике этого особого человеческого в человеке начала. Надо ли говорить, что это вопрос философский, мировоззренческий, религиозный, а уж никак не психиатрический и даже не психологический. Однако от того или иного развернутого решения этого вопроса, от той или иной принятой концепции человека будут прямо зависеть многие психологические и психиатрические разработки. Философия в свою очередь нуждается в постоянном осмыслении и учете данных психологии и психиатрии, ибо без них ее общие представления могут утратить связь, оказаться не соответствующими с реальностью психической жизни, с ее внутренними закономерностями и теми возможностями и ограничениями, которые ставят человеческому развитию возраст, болезни, стечение внешних обстоятельств. Философия и науки о психике необходимо взаимосвязаны в из-

мися с реальностью психической жизни, с ее внутренними закономерностями и теми возможностями и ограничениями, которые ставит человеческому развитию возраст, болезни, стечение внешних обстоятельств. Философия и науки о психике необходимо взаимосвязаны в понимании человека, и если последние обретают через философию смысл, то философские данные обретают через них почву. Таким образом, преодоление «застойных явлений» в психиатрии должно быть связано с расширением ее связей не только с науками естественного цикла, но и (а на наш взгляд, даже в первую очередь) с общей теорией психологии и с философией человека. Лишь тогда мы сможем сделать серьезный шаг к превращению сугубо пока фармакологической психиатрии в психиатрию гуманистическую.

Что же касается конкретных перспектив патопсихологии, то они также во многом будут зависеть от того, какую позицию она займет в понимании природы болезни. Останется ли главенствующим традиционное психиатрическое понимание, сводящее пока патопсихологию к внутриназологическим формам психологического обслуживания, что все более теряет свою привлекательность для молодых поколений психологов, или же во всей полноте осуществится понимание психики как опосредствующего, преломляющего аппарата, а нозологической стороны — как ориентировочной и вероятностной? Переход от первой позиции ко второй будет означать качественно новый этап и одновременно этап, преемственный в отношении к классическим исследованиям Блюмы Вульфовой Зейгарник.



Литература

1. Зейгарник Б.В. Патология мышления. М., 1962.
2. Братусь Б.С., Розовский И.Я., Цапкин В.Н. Психологические проблемы изучения и коррекции аномалий личности. М., 1988.
3. Корсаков С.С. Курс психиатрии. М., 1893.
4. Якубик А. Истерия. М., 1982.

В.Е. Каган

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ – ТЕРМИН ИЛИ КОНЦЕПЦИЯ?¹

Изменение глобальной медицинской парадигмы с патоцентрической на саноцентрическую, переход от медицины-патологии к медицине-санологии оставались бы пустым словом, благим пожеланием в от-

¹ Вопросы психологии, 1993. № 1. С. 86–88.

сутствие методологических обоснований. По существу, такой переход мыслим без новой медицинской идеологии точно так же, как он мыслим без должного социоэкономического обеспечения. В этом плане применительно высказанное на страницах «Вопросов психологии» предложение А. Б. Орлова: «В 1929 г. Р.А. Лурия ввел в научный оборот термин, которому было суждено стать одним из ключевых в отечественной медицинской психологии. Я имею в виду термин «внутренняя картина болезни». Предлагаю не менее мощный по своему содержанию потенциалу антоним, а именно – термин «внутренняя картина здоровья» [4; 129]. Сам А. Б. Орлов оценивает это предложение как «сугубо терминологическое».

Известное право на обсуждение этого предложения дает мне тот факт, что термин «внутренняя картина здоровья» (ВКЗ), за которым к тому времени уже стояли определенные концептуальные разработки, впервые использован мной в работе 1986 г. [1], теоретическое обоснование концепции ВКЗ представлено в работе 1988 г. [2], а несколько позже были представлены экспериментально-психологические обоснования понимания ВКЗ как семиотического пространства [3]. И дело здесь не только в авторских приоритетах или, упаси Бог, амбициях, но в вещах, на мой взгляд, принципиальных. Показательно и ценно прежде всего то, что разные пути размышления приводят в одинаково обозначаемую общую точку; но как раз в ней, дабы не уподобляться бесконечно спорящимся (пока гром не грянет) демократам, и имеет смысл определиться и объединиться таким образом, чтобы потенциал предложения мог быть оптимально реализован. Этим и продиктованы мои замечания по поводу предложения А. Б. Орлова.

Прежде всего хочу отметить, что введение термина ВКЗ не является сугубо терминологической новацией. Если бы речь шла только о новом термине для обозначения старой сути, только о новом товарном знаке на старой вещи, то игра, вероятно, не стоила бы многих свеч. Даже если рассматривать ВКЗ как антоним ВКБ (внутренней картины болезни), то можно заметить, что ВКБ в том смысле, в каком ввел это понятие Р.А. Лурия, продолжая разработки Гольдшейдера, есть не термин, а концепция. Но принципиальная новизна и продуктивность определялись, как известно, тем, что ВКБ понималась не просто как реакция личности на болезнь, аккомпанемент болезни, но как патопластический и потенциально патогенетический фактор. В концепции Р.А. Лурия ВКБ как система переживаний и понимания болезни обрела права гражданства наравне с верифицированными данными анамнеза, соматическими и параклини-

ческими симптомами. Можно только удивляться и радоваться тому, что концепция ВКБ не стала, подобно многим другим концепциям в различных сферах науки, объектом тоталитарной инквизиции: она оставалась той ручейком, из которого брали начало многие будущие психосоматические подходы в нашей стране, выходящие за рамки кортико-висцеральной теории. Как бы то ни было, речь идет о судьбе концепции, а не термина, что хорошо доказывается и широко известными советскими работами, посвященными ВКБ.

Является ли ВКЗ антонимом ВКБ? Как мне представляется, нет. В патоцентрической медицине «здоровье» и «болезнь» — действительно антонимы, но патоцентрическая медицина и не нуждается в понятии ВКЗ, — вполне достаточно ВКБ. Однако по мере перехода к представлениям о медицине-санологии концепция ВКБ становится в известном смысле тесной, требуя соотношений уже не только с болезнью, но и со здоровьем как с полюсами континуума «здоровье — болезнь»: здоровье и болезнь перестают здесь быть антонимами, по крайней мере — только антонимами, их отношения сложнее и многозначнее. Исчерпывающие когнитивные дефиниции здоровья остаются делом будущего. Но и сегодня можно заметить, что здоровье как индивидуальная норма есть мера отклонения от физиологической, статистической и индивидуальной норм. Человек — субъект этой индивидуальной нормы — так или иначе знает (представляет себе или думает, что знает), что такое здоровье, и соотносит с этим свое актуальное состояние. Это-то целостное представление, «для-себя-знание» о здоровье мы и обозначаем как ВКЗ. Вопрос исследовательских подходов — как анализировать ВКЗ, какие аспекты, стороны, уровни в ней выделять для целей анализа и т. д.; сейчас нас интересует другое. И поскольку индивидуальная норма здоровья это флуктуирующая мера отклонения от общих норм, то ВКЗ и ВКБ оказываются понятиями не просто сопоставляемыми, но соподчиненными. ВКБ в свете нашей концепции предстает не только как связанное с болезнью психическое новообразование, но как частный случай ВКЗ: индивидуальные вариации внешних и внутренних границ семиотического пространства ВКЗ определяют место в нем и переживание человеком своего актуального состояния как здоровья или болезни. Иными словами, ВКБ это ВКЗ в условиях болезни. Клиническая и клинико-психологическая практика приносят этому множество подтверждений. Может быть, наиболее яркий пример такого рода — трансформация латентной ипохондричности в клиническую ипохондрию. Человек считает себя больным лишь тогда, когда его переживания своего состо-

они не «вписываются» в картину его ВКЗ и, напротив, представления о здоровье могут быть настолько широкими, что обнимают широкий круг патологических состояний. Это не может не сказываться на формировании образа жизни, своевременности обращения за помощью, ожиданиях к ней и удовлетворенности ею. ВКБ предстает как частный случай ВКЗ и в содержательном плане, ибо болезнь практически никогда не воспринимается и не переживается сама по себе, но всегда – в контексте жизненного пути личности, т. е. в соотношении со здоровьем, как оно дано в прошлом и видится в футуристическом опыте личности. Эвристическая и теоретическая ценность предлагаемой нами концепции ВКЗ состоит, таким образом, в адекватности парадигме медицина-санологии и возможности обеспечения оптимальных подходов к решению проблем здоровья – болезни как проблем континуума человеческого бытия. В противном случае пришлось бы вводить множество новых терминов: «внутренние картины донозологических состояний», «предболезни» и т. п.

Предлагаемая нами концепция ВКЗ позволяет подойти и к постановке проблемы индивидуальных ВКЗ и культуры здоровья. С одной стороны, наложения, пересечения, взаимодействия индивидуальных ВКЗ образуют семиотическое пространство ВКЗ в групповом и, далее, в мировом сознании, с другой – существующая культура задает определенные требования к культуре здоровья и сказывается на построении индивидуальных ВКЗ. Складывается взаимодействие этих двух сторон и саногенные или патогенные комплексы, – зависит как от системы культуры, так и от индивидуальности. Такое взаимодействие можно экспериментально отслеживать в системах «ребенок – семья», «семья – культура», «культура – идеология». Разрабатываемое нами в настоящее время методическое обеспечение такого рода исследований определяется концепцией ВКЗ.

Я, безусловно, согласен с А. Б. Орловым в его высокой оценке потенциальных возможностей анализа ВКЗ. Открывающиеся при этом перспективы настолько широки, что исследования потребуют и коллективных усилий, и междисциплинарной кооперации, и, конечно, концептуальной и понятийно-терминологической согласованности, не претендующей, впрочем, на установление единомыслия. Это возможно лишь на путях диалога, попыткой которого и является моя заметка.



Литература

1. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья и соматические заболевания у детей // Неврозы у детей и подростков: тез. докл. Всесоюз. конф. (Москва, 17–18 янв. 1986). М., 1986. С. 74–75.
2. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья и психосоматический потенциал индивида // Психогенные и психосоматические расстройства: тез. науч. конф. 24–25. XI. 1988. Тарту, 1988. Т. 1. С. 201–204.
3. Губачев Ю.М., Каган В.Е., Якубзон А.М. Половой диморфизм переживания болезни при невротических кардиоаллофобиях // Психологический журнал. 1990. Т. 11. № 5. С. 61–66.
4. Орлов А.Б. Возникновение новой психодиагностики: некоторые симптомы и тенденции // Вопросы психологии. 1991. № 5. С. 129–130.

Б.С. Братусь, И.Я. Розовский, В.Н. Цапкин КЛИНИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ЛИЧНОСТИ¹

Взаимоотношения врачей-клиницистов и клинических психологов в деле изучения личности душевнобольного носят непростой характер. Разумеется, подобная ситуация во многом является выражением того положения, которое занимают психологи в клинике в настоящий момент.

Работающие в клинике представители «немедицинских» профессий, например, биохимики или специалисты по электроэнцефалографии, имеют вполне определенные функции, четко очерченный круг задач и вполне определенный статус. Таким образом, их присутствие в клинике представляется не только желательным, но и необходимым. В отличие от них, психологи в клинике должны заниматься тем, что традиционно считалось прерогативой исключительно медиков, а именно, исследовать тот же, что и медики, объект, или систему «болезни больной».

Вполне естественно, что врачи, являясь «первопроходцами» (т. е. психологи пришли в клинику существенно позже), ожидают (и требуют) от психологов, чтобы характер и результаты их деятельности полностью отвечали сложившимся клиническим представлениям, т. е. деятельность психолога выстраивается в соответствии с «эталонной» моделью работы врача (за тем существенным исключением, что ни ставить диагноз, ни лечить психолог не имеет права). Однако как раз стремление заставить психолога работать в направлении, указанном

¹ Братусь Б.С., Розовский И.Я., Цапкин В.Н. Психологические проблемы изучения и коррекции личности: учеб.-метод. пособие, М., 1988. С. 5–13.

психиатром, является одной из главных причин возникающих недооценок, т. к. врач лишней раз убеждается, что психологическое обследование лишь дублирует его деятельность. В результате работа психологов выглядит избыточной и обоснованным представляется сомнение целесообразности самого их присутствия в клинике. Подобная унификация деятельности психолога в соответствии с господствующими клиническими представлениями фактически лишает эту деятельность подлинно психологического содержания. Тем самым между клиницистами и психологами остается лишь формальное различие в методах исследования (клиническое наблюдение и беседа – набор экспериментальных методик). Вот почему ориентация психологов в рамках клинической парадигмы представляется малоперспективной. Выход из создавшейся ситуации следует искать не в «маскировке» под врача, не в стремлении решать с ним сходные задачи (например, обнаруживать те или иные симптомы), а, напротив, в максимальной дифференциации этих задач, тем более объект это позволяет. Именно *несовпадение взглядов, плоскостей видения проблемы*, которое на данном этапе расценивается как нежелательное, является *потенциально наиболее перспективной основой подлинного сотрудничества психологов и психиатров*, позволяющей лучше понять особенности объекта исследования и закономерности процессов, происходящих в нем.

Вопрос о различиях и соответствиях клинической и клинико-психологической моделей является весьма сложным и обширным. Коротко остановимся на отдельных его аспектах.

Достаточно задать клиницисту и психологу **вопрос**: *«Почему Некто болен данной болезнью?»*, чтобы выявить первое очевидное и существенное различие в их подходах. **Врач** ответит: *«Потому что существует болезнь»*, **психолог** – *«Потому что существует Некто»*. Оба ответа вполне правомерны, но, будучи еще предельно общими, они свидетельствуют о двух различных позициях, о наличии двух «платформ», с которых можно начать исследование системы «болезнь-больной». По существу, все дальнейшие несовпадения взглядов предопределяются этими «базовыми» различиями позиций и являются их конкретизацией. Основной задачей врача является устранение болезни (он должен определить, чем болен пациент, т. е. поставить диагноз, а затем выработать наиболее эффективную стратегию лечения). Естественно, что он акцентирует внимание прежде всего на болезни, ее закономерностях, характере течения. Все, что непосредственно не связано с болезнью, не вызвано (не обусловлено) ею, например, индивидуальные

особенности субъекта, специфика его жизненной ситуации, привычные способы реагирования и т. д., неизбежно рассматривается врачом как фон, на котором проявляются изменения, обусловленные болезненным процессом. Клиническая модель, в основных чертах оформившаяся в XIX веке, предполагает, если говорить схематично, что больной является страдательным, пассивным объектом воздействия болезни, он как бы захвачен ею, заточен в нее. При таком подходе больной подобен узнику, отгороженному от мира глухой непроницаемой стеной. Характерно, что подобное представление имплицитно предполагает, что «узник» сам по себе здоров или, скажем мягче, не болен. Поэтому главной, а может быть, и единственной задачей врача является освобождение его из «заточения», т. е. разрушение стены. Однако, прежде чем разрушать стену, необходимо понять, что она собой представляет, из какого «материала» сделана, т. е., иными словами, поставить диагноз. Понятно, что особенности материала определяют специфику подхода. Возможные же разновидности материала («типы стен») соответствуют определенным нозологическим единицам. Существуют различные индикаторы, знаки, свидетельствующие о наличии той или иной нозологии — это симптомы. На основании обнаружения этих симптомов или особенностей их сочетания врач делает вывод о принадлежности данного случая к определенной нозологической единице, ставит диагноз. Зная набор симптомов, характерных для различных заболеваний, т. е. тех проявлений, следствий болезненного процесса на разных уровнях, которые доступны наблюдению и анализу, врач отыскивает их для установления конкретного диагноза. Понятно, что обнаружение всех симптомов совершенно необязательно. Отсутствие одного или нескольких симптомов не имеет для клинициста существенного значения, если другие симптомы наличествуют. Такой подход объясняется тем, что для врача все симптомы в известном смысле рядоположены. Их связывает лишь тот факт, что все они являются отражением болезни. Они могут различаться только частотой встречаемости или временем возникновения (на более ранних или поздних стадиях заболевания). Их взаимосвязь и взаимовлияние не представляются врачу существенными, релевантными его задаче, т. к. он знает, что подлинной причиной всех симптомов является болезненный процесс. Поэтому содержательные связи лежат, с точки зрения врача, в вертикальной плоскости, идут в глубину, соединяя симптомы с поврежденным биологическим субстратом.

Если субстрат данной болезни остается неизвестным (как при большинстве психических заболеваний), то это, по мнению клиницистов

свидетельствует лишь о недостаточности наших знаний и отнюдь не требует пересмотра самого объяснительного принципа и, тем самым, классической модели.

Поставив диагноз, врач выбирает средства, способные «разрушить» стену или хотя бы «пробить в ней брешь». В качестве средств он может выбрать медикаментозную или электросудорожную терапию, лечение инсулиновыми шоками и т. д., словом, все методы, имеющиеся в современном врачебном арсенале, а также сочетание этих методов. Фактически врач исходит из представления о том, что мощное, пусть даже и неспецифическое, воздействие так или иначе отразится на всей «стене», затронет все симптомы. Если изменение симптоматики произойдет в ожидаемом им направлении, это свидетельствует о правильности, адекватности выбранного им лечения. Если же нет, врач попросту изменит тактику лечения — предложит иные препараты, изменит дозы и т. д. Он будет делать это до тех пор, пока симптомы не редуцируются, а в идеальном случае — не исчезнут полностью. Устранение же симптомов свидетельствует о полном исцелении больного, хотя бы потому, что ни один врач, ввиду отсутствия симптомов, прежний диагноз поставить не сможет. Посмотрим, какова могла бы быть иная модель — модель психологическая? (В настоящий момент такая модель в ее достаточно разработанном виде отсутствует. Это положение объясняется многими причинами, среди которых можно выделить, во-первых, недостаточную разработанность общепсихологической теории, отсутствие единства взглядов на целый ряд важных, чисто психологических моментов, и, во-вторых, слабую ассимиляцию даже разработанных теоретических положений в психологической практике, т. е. неспособность перенести теоретические конструкты на конкретно-операционный уровень).

Уже сейчас можно наметить психологические «диспозиции», отличающиеся от психиатрических. Так, для психолога неприемлемо понимание болезни и больного как «крепости» и «узника» в ней, поскольку современная психология в основном исходит из представления об активности субъекта. Кроме того, если в клинической модели пациент — пассивный объект воздействия болезни, то для психолога является неадекватным представление об одностороннем воздействии одного элемента системы на другой. Для него речь всегда идет о взаимодействии, взаимовлиянии некоторых сил, которые связаны воедино и не могут рассматриваться изолированно.

В понимании психолога болезненные проявления опосредуются личностью больного и в это взаимодействие вовлекаются все различные

ресурсы – компенсаторные возможности, защитные механизмы, мотивационные компоненты, смыслообразующие структуры и т. д., которые «ассимилируют» болезнь, отводят ей определенную роль как во внутреннем мире, так и во внешних проявлениях, в поведении субъекта. Таким образом, если для врача совокупность изменений, обнаруженных у больного, есть по преимуществу конкретное проявление болезни, то для психолога эти изменения – результат *взаимодействия* болезни и больного, следствие *сопротивления* субъекта ее воздействию и одновременно следствие его *приспособления, адаптации к ней*.

Поэтому в «крепости», которую собирается разрушать психиатр, по мнению психолога, никого нет, т. к. больной и есть эта самая «крепость». Таким образом, надо помнить, что нанося удар по болезни, клиницист одновременно в какой-то степени бьет и по субъекту, по личности больного. Неслучайно поэтому приходится наблюдать случаи когда «исцеленный» больной представляет собой «руины» в собственном личностном плане.

Сложное сочетание в личности больного видоизмененных болезнью и сохранных структур приводит к тому, что не только болезнь оказывает влияние на жизнедеятельность индивида, но и он, его личность могут влиять на болезнь и даже определять ее течение и исход. Поэтому процесс лечения в представлении психолога должен скорее заключаться в распутывании этого сложного «клубка», в планомерном, но осторожном расчленении выглядящей единой и монолитной структуры. А для этого необходимо знать, за какую «ниточку» тянуть, чтобы не запутать «клубок» еще больше. При подобном распутывании неизбежно приходится иногда возвращаться назад. Подобные возвратные движения в процессе лечения могут выглядеть как усиление симптомов, обострение состояния. Например, на определенных этапах психокоррекционной работы может временно усиливаться депрессивная симптоматика.

Необходимо помнить, что в психологической парадигме симптомы не являются одноуровневыми, а образуют определенную иерархию. Они не есть следствие исключительно болезненного процесса, а скорее результат приспособления, адаптации субъекта к этой новой, измененной реальности, т. е. являются феноменальным проявлением действия адаптивных механизмов. Возникновение определенных симптомов может и неизбежно будет детерминировать возникновение других. Поэтому, «распутывая клубок», «потянув», затронув некий симптом, мы должны быть готовы к тому, что он потянет за собой целый ряд других, казалось бы, несвязанных между собой симптомов. Например, нарушение

ние произвольного внимания приводит к тому, что индивид привлекает в качестве компенсации произвольное внимание. В результате этого может произойти дезавтоматизация деятельности и, как следствие, повышение энергетических затрат, что может рассматриваться как симптом при некоторых заболеваниях. Таким образом, в представлении психолога различные лечебные мероприятия неизбежно отражаются не только на самой болезни, но и на личности больного. Если *влияние* этих лечебных методов на организм в большей или меньшей степени учитывается и контролируется, то *степень их воздействия на личность* остается величиной неизвестной и зачастую игнорируется.

Как уже говорилось, в клинической модели объект исследования рассматривается как бы в вертикальной плоскости — нарушения глубинных структур определяют изменения на более высоких уровнях. Таким образом, зная эти нарушения, т. е. причину, врач в принципе может заранее предсказать появление тех или иных симптомов. В рамках данной модели верным должно являться и обратное — спускаясь от симптома глубже, врач должен выйти на первичные нарушения биологических структур. И такая ситуация более или менее соответствует действительности в клинике соматических заболеваний, где наличие определенных симптомов сигнализирует о поражении определенных органов. Так, например, пожелтение склер указывает на нарушения в деятельности печени. Разумеется, мы сейчас чрезвычайно упрощаем реальную ситуацию, ибо одна изолированный симптом может быть проявлением нарушений в различных органах, а также свидетельствовать о вторичных нарушениях, вызванных изменениями более глубоких структур. Однако, суммируя симптомы, а также используя данные различных анализов, сам врач «отсекает» альтернативные гипотезы относительно диагноза данного заболевания и в результате вертикальная взаимосвязь определенных симптомов с конкретными глубинными расстройствами в данном клиническом случае становится достаточной ясной. Иными словами, проблемы, возникающие при установлении связи симптомов с первичными нарушениями субстрата, могут быть решены самим врачом с использованием биологических, химических и других средств, т. е. являются исключительно медицинскими. Действительно, в большинстве случаев соматических заболеваний появление симптома обусловлено изменением глубинных структур, и фактически перед врачом стоит задача выделения из нескольких возможных взаимосвязей той, которая реализована в данном случае.

Однако вертикальная модель оказывается существенно менее эффективной в случае психических расстройств, во-первых, как уже отмечалось, потому, что субстрат при большинстве заболеваний до сих пор неизвестен. Но ведь и при соматических заболеваниях он изначально не был известен, однако, идя от симптомов вглубь, рано или поздно, этот субстрат выявляли. В данном случае, прочем, ситуация существенно сложнее. Мы сталкиваемся не только (Я не столько) с необходимостью выявления одной из многих возможных связей симптомов с теми или иными нейрофизиологическими расстройствами, а с искажением, деформацией предполагаемых вертикальных связей. Причем это искажение не есть результат биологических процессов, происходящих в организме, а обусловлено влиянием принципиально нового фактора — личности больного. Именно личностная структура, которая в соматической клинике до недавнего времени не учитывалась вообще, в клинике психических заболеваний имеет первостепенное значение. При психических заболеваниях глубинные нарушения не проявляются непосредственно в поведении, а опосредуются личностью.

Воздействие болезненного процесса можно представить как некую силу, источником которой (по мнению врача) являются нарушения субстрата. Воздействие этой силы распространяется на более высокие уровни и производит определенные изменения на них. Однако «сталкиваясь» с личностью, эта сила может изменить (и, как правило, меняет) свое направление, преломляется, вследствие чего и происходит искажение. Таким образом, последующие изменения» т. е. характер проявления болезни на более высоких уровнях, будет определяться уже не только, а может быть, и не столько самим болезненным процессом, и особенностями преломления, обусловленными спецификой личностной структуры, законами ее организации. Не зная законов «преломления», врач лишен возможности установить непосредственную связь наблюдаемых им изменений на поведенческом уровне с постулируемыми нарушениями субстрата. Действительно, если просто спроецировать некое изменение поведения на глубинный уровень, но эта проекция окажется не в той точке, т. е. не укажет на нарушение физиологических структур, которые гипотетически обусловили возникновение этого изменения. Следовательно, отсутствие знаний о законах «преломления» или, что то же самое, о личностных особенностях, опосредующих различные воздействия, приводит к тому, что, пытаясь обнаружить подлинные причины психических заболеваний, медики оказываются и

ситуации, когда проявления болезни, наблюдаемые «на выходе», не соответствуют ожидаемым, исходя из предполагаемых изначальных нарушений субстрата «на входе». Отсюда – продолжающийся поиск как бы с двух сторон от симптома вниз, в надежде на случайное попадание в точку физиологического нарушения, и в обратном направлении – от особенностей нейрофизиологических структур к внешне наблюдаемым изменениям поведения. Такой поиск представляется малоэффективным, в известной степени даже обреченным на неуспех, поскольку преломления болезненного процесса личностью могут иметь весьма своеобразный характер.

Так, болезненный процесс, опосредованный личностью, может проявиться на поведенческом уровне, но может и не «дойти» до него, проявляясь лишь в личностных изменениях или в изменении субъективных ощущений, а может быть также «отброшен» и на физиологическую «плоскость» (т. е. могут возникнуть вторичные физиологические изменения, обусловленные личностными особенностями). Наконец, эта сила может как бы «расщепиться», частично производя изменения во всех указанных направлениях.

Таким образом, без изучения законов «преломления» при установлении содержательных связей симптомов с глубинными нарушениями можно рассчитывать лишь на случайную удачу. Именно в исследовании законов преломления, в создании своеобразной «тонографической карты» личности больного видится существенная задача деятельности клинического психолога.

Итак, имеются две плоскости рассмотрения объекта – клиническая и психологическая. Естественно, что объект и причинно-следственные связи, обуславливающие изменения его состояний, выглядят с этих точек зрения по-разному. Врач наблюдает и изучает симультанные проявления болезненного процесса на разных уровнях целостного организма. Причина всех изменений видится при этом в нарушениях глубинных физиологических структур. Для врача изменения на поведенческом уровне представляют собой как бы непосредственную изнанку патофизиологических процессов, они всегда есть «симптомы болезни». По-иному видит психолог. Для него «симптомы» являются лишь элементами общего «узора» поведения, вплетаются в него, т. е. эти проявления не есть изолированные поведенческие акты, независимые от поведения в целом, а, напротив, могут быть объяснены и поняты именно через взаимосвязь со всем поведенческим полем, исходя из общей стра-

тегии жизни личности, определяемой, в конечном счете, потребностями субъекта, его целями, спецификой опыта, субъективным отражением объективной ситуации, особенностями окружения и т. д. Это означает, что последовательное осуществление психологического подхода предполагает соблюдение следующего требования: клинический психолог при анализе поведения пациента должен объяснить его, исходя из особенностей личности, не ссылаясь при этом исключительно на нарушения глубинных биологических структур. Собственно болезненный процесс должен постоянно учитываться, но лишь как одно из условий (безусловно, очень важное), в которых функционирует личность.

Может возникнуть возражение, что при болезнях часто наблюдаются не только разного рода сложные искажения поведения, но и его явная примитивизация, когда ситуативные воздействия начинают непосредственно влиять на акты поведения и определяют их. Иными словами, личность как бы «вычитается», перестает опосредовать различные воздействия и, следовательно, утрачивает свою функцию преобразователя этих воздействий. Но даже и в этом случае личность остается «призмой преломления». Однако она «теряет» свои грани и импульсы из внутренней или внешней среды проходят «сквозь» нее малообразованными.

Упрощение поведения является не менее информативным при изучении законов личностного опосредования, чем искажение поведения. Там, где вместо сложных форм поведения мы имеем их упрощенные подобию, можно предполагать специфические изменения личности, проявляющиеся либо в ее уплощении, в выпадении определенных структур, личностных образований, либо в невосприимчивости к импульсам, ранее вызывавшим определенную реакцию, и, тем самым, подвергавшимся опосредованию.

Последнее, однако, возможно лишь в том случае, когда эти импульсы не «задевают» личность, становятся как бы безразличны для нее, утрачивают свое субъективное значение. Следовательно, проблема опосредования личностью разнообразных воздействий может быть переформулирована как проблема личностных смыслов. Таким образом, оскудение, обеднение поведения как выражение количественного ограничения воздействий, подвергающихся «преломлению», преобразованию, будет объясняться изменением иерархии этих смыслов, их реструктурированием, «переосмыслением». Поэтому на операциональном уровне основной задачей психолога становится изучение законов

тностного опосредования, а на теоретическом – исследование законов смыслообразования. Выполнение этой задачи требует, однако, нового психологического рассмотрения целого ряда устоявшихся понятий и, прежде всего, понятия психического здоровья.

А.Е. Личко
РАЗГРАНИЧЕНИЕ ПСИХОПАТИЙ,
ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ
И АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА В ПОДРОСТКОВОМ
ВОЗРАСТЕ¹

Психопатии – это такие аномалии характера, которые, по словам П. Б. Ганнушкина (1933), «определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток», «в течение жизни... не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям» и «мешают... приспособляться к окружающей среде». Эти три критерия были обозначены О. В. Кербиковым (1962) как тождественность и относительная стабильность патологических черт характера и их выраженность до степени, нарушающей социальную адаптацию.

В подростковом возрасте эти же критерии служат основными ориентирами в диагностике психопатий. Тотальность патологических черт характера выступает у подростков особенно ярко. Подросток, наделенный психопатией, обнаруживает свой тип характера в семье и школе, со сверстниками и со старшими, в учебе и на отдыхе, в труде и развлечениях, в условиях обыденных и привычных и в самых чрезвычайных ситуациях. Всюду и всегда гипертимный подросток кипит энергией, шизоидный отгораживается от окружения незримой завесой, а истероидный жаждет привлечь к себе внимание. Тиран дома и примерный ученик в школе, тихоня под суровой властью и разнузданный хулиган в обстановке попустительства, беглец из дому, где царит гнетущая атмосфера или семью раздражают противоречия, способный отлично ужиться в хорошем интернате – все они не должны причисляться к психопатам, даже если подростковый период проходит у них под знаком нарушенной адаптации.

Относительная стабильность черт характера в этом возрасте является менее доступным для оценки психопатий ориентиром. Слишком короток бывает еще жизненный путь. Под «сколько-нибудь резкими изменениями» в подростковом возрасте следует понимать неожиданные трансформации характера, внезапные и коренные смены его типа. Если

¹ Адрес доступа: <http://www.psychiatry.ru>

очень общительный, живой, шумливый, неугомонный ребенок превращается в угрюмого, замкнутого, ото всех отгороженного подростка или нежный, ласковый, очень чувствительный и эмоциональный в детстве становится изощренно-жестоким, холодно-расчетливым, бездушным близким юношей, то как бы ни были выражены патологические черты характера, случаи эти нередко оказываются за рамками психопатии.

Говоря об относительной стабильности, следует учитывать, однако, три обстоятельства.

Первое – подростковый возраст представляет собой критический период для психопатий, черты большинства типов здесь заостряются.

Второе – каждый тип психопатий имеет свой возраст формирования. Шизоида можно увидеть с первых лет жизни – такие дети любят играть одни. Психастенические черты нередко расцветают в первых классах школы, когда беззаботное детство сменяется требованиями к чувству ответственности. Неустойчивый тип выдает себя либо уже при поступлении в школу с необходимостью сменить удовольствие игр на регулярный учебный труд, либо с пубертатного периода, когда спонтанно складывающиеся группы сверстников позволяют вырваться из-под родительской опеки. Гипертимный тип становится особенно ярко выраженным с подросткового возраста. Циклоидность, особенно у девочек, может проявиться с начала полового созревания, но чаще оформляется позже, уже в молодые годы сенситивный тип складывается обычно лишь к 16–19 годам – в период вступления в самостоятельную жизнь с ее нагрузкой на межперсональные отношения. Паранойяльная психопатия крайне редко встречается у подростков, максимум ее развития, как известно, падает на 30–40 лет.

Третье – существуют некоторые закономерные трансформации типов характера в подростковом возрасте. С наступлением полового созревания наблюдавшиеся в детстве гипертимные черты характера могут смениться очевидной циклоидностью, недифференцированные невротические черты – психастеническим или сенситивным типом, эмоциональная лабильность заслониться выраженной истероидностью, к гипертимности присоединиться черты неустойчивости и т. п. Все эти трансформации могут произойти в силу как биологических, так и социальных (особенности воспитания прежде всего) причин.

Социальная дезадаптация в случаях психопатий обычно проходит через весь подростковый период. В силу только особенностей своего характера, а не из-за недостатка способностей подросток не удерживает

ется ни в школе, ни в ПТУ, быстро бросает ту работу, куда еще только что поступил. Столь же напряженными, полными конфликтов или патологических зависимостей оказываются семейные отношения. Нарушается также адаптация к среде своих сверстников – страдающий психопатией подросток либо вообще не способен устанавливать с ними контакты, либо отношения бывают полными конфликтов, либо способность адаптироваться ограничивается жестко очерченными пределами – небольшой группой подростков, ведущей аналогичный, большей частью асоциальный образ жизни.

Таковы три критерия – тотальность, относительная стабильность и социальная дезадаптация, позволяющие диагностировать психопатии. Но как оценить те отклонения характера, которые удовлетворяют лишь одному или двум из этих критериев?

С самого начала становления учения о психопатиях возникла практически важная проблема – как разграничить психопатии как патологические аномалии характера от крайних вариантов нормы. Еще в 1886 г. В. М. Бехтерев упоминал о «переходных степенях между психопатией и нормальным состоянием», о том, что «психопатическое состояние может быть выражено в столь слабой степени, что при обычных условиях оно не проявляется. В 1894 г. бельгийский психиатр Dalemagne (цит. по О. В. Кербикову, 1961) выделил, наряду с «desequilibres», т. е. «неуравновешенными» (термин во французской психиатрии того времени, аналогичный «психопатиям»), еще и «desequilibrants», т. е. «легко теряющих равновесие». Подобные случаи E. Kahn (1928) назвал «дискордантно-нормальными», П. Б. Ганнушкин (1933) «латентными психопатиями».

Было предложено много других наименований, но наиболее удачным иам представляется термин K. Leonhard (1968) – «акцентуированная личность». Это наименование подчеркивает, что речь идет именно о крайних вариантах нормы, а не о зачатках патологии («предпсихопатии» по М. Трамер, 1949) и что эта крайность сказывается в усилении, акцентуации отдельных черт. Однако правильнее было бы говорить не об акцентуированных личностях, а об акцентуациях характера. Личность – понятие более широкое, оно включает интеллект, способности, мировоззрение и т. п. Характер считается базисом личности, он формируется в основном в подростковом возрасте, личность как целое – уже по мере взросления. Именно типы характера, а не личности в целом

описаны К Leonhard, именно особенности характера отличают в его описаниях один тип от другого.

Для подросткового возраста, во всяком случае, термин «акцентуация характера» является наиболее точным. В детском возрасте, по справедливому замечанию В. В. Ковалева (1981), не сформирован еще и тип характера, и можно говорить лишь об отдельных акцентуированных чертах.

При акцентуациях характера его особенности, в противовес психопатиям, могут проявляться не везде и не всегда. Они могут даже обнаруживаться только в определенных условиях. И главное – особенности характера либо вообще не препятствуют удовлетворительной социальной адаптации, либо ее нарушения бывают преходящими. Эти нарушения могут возникнуть либо в силу биологических пертурбаций во время пубертатного периода («пубертатные кризисы»), либо чаще под влиянием особого рода психических травм или трудных ситуаций в жизни, и именно тех, которые предъявляют повышенные требования к *locus resistendiae minoris*, к «месту наименьшего сопротивления» в характере.

Каждому типу акцентуации характера присущи свои, отличные от других типов «слабые места», у каждого типа своя ахиллесова пята. Например, такого рода психическими травмами и трудными ситуациями могут послужить для характера гипертимного – изоляция от сверстников, вынужденное безделье при строго размеренном режиме, для характера шизоидного – необходимость быстро установить с окружением глубокие неформальные эмоциональные контакты. Если же психическая травма, даже тяжелая, не адресуется к месту наименьшего сопротивления, не задевает этой ахиллесовой пяты, если ситуация не предъявляет в этом отношении повышенных требований, то дело обычно ограничивается адекватной личностной реакцией, не нарушая надолго и существенно социальной адаптации. Наоборот, при акцентуациях характера в отношении некоторых неблагоприятных условий может выступить даже повышенная устойчивость. Шизоидный подросток легко переносит одиночество, гипертимный – обстановку, требующую повышенной активности, сиюминутной находчивости, даже изворотливости.

Описанный признак, по нашим представлениям, в дополнение к критериям П. Б. Ганнушкина – О. В. Кербилова, служит одним из важных отличий акцентуаций характера от психопатий. При психопатиях декомпенсации могут быть следствием любого рода психических травм

и самых разнообразных жизненных ситуаций и даже возникнуть без видимых причин. При акцентуациях адаптация нарушается только при ударах по месту наименьшего сопротивления. Сходная мысль об «индивидуальной чувствительности» к психическим травмам была высказана В. Н. Мясищевым (1960) в отношении развития псеврозов, Н. И. Фелинской (1965), Н. Д. Лакозиной (1970) и Г. К. Ушаковым (1978) — в отношении возникновения разного рода других пограничных состояний.

Таким образом, на основании сказанного можно дать следующее определение акцентуациям характера.

Акцентуации характера — это крайние варианты его нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных: воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Следует еще раз подчеркнуть, что акцентуации характера представляют собой хотя и крайние, но варианты нормы. Поэтому «акцентуация характера» не может быть психиатрическим диагнозом «Констатация акцентуации» и ее типа — это определение преморбидного фона, на котором могут возникать различные расстройства — острые аффективные реакции, неврозы и иные реактивные состояния, непсихотические нарушения поведения, даже реактивные психозы — только они могут служить диагнозом. Однако в подавляющем большинстве случаев акцентуаций характера дело до развития подобных расстройств не доходит. По мнению К. Leonhard (1976, 1981), в развитых странах более половины популяции относится к акцентуированным личностям.

Р.А. Лурия ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНЕЙ И ИАТРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ¹

Два обстоятельства привели меня к мысли написать эту книгу. Долголетнее преподавание врачам патологии, клиники и терапии внутренних болезней убедило меня в том, что по мере успехов инструментального и лабораторного исследования больных у терапевта часто все больше и больше отходит на задний план изучение субъективных ощущений, а главное, личности больного...

¹ Хрестоматия по патопсихологии / под ред. Б.В. Зейгарник, А.П. Корнилова, В.В. Николаевой. М., 1981. С. 49–59.

...Я считаю, что эти вопросы – изучение субъективной картины болезни и иатрогенные заболевания – представляют собой две стороны одного дела – правильного подхода врача к изучению личности больного человека, что я в порядке постановки вопроса и попытался изложить в настоящей работе. Здесь развернуты только основные установленные проблемы, которую я считаю одинаково важной и с теоретической, и с практической стороны. Разработать методику углубленного исследования того, что я позволю себе назвать «внутренней картиной болезни», изучить механизмы иатрогений, вскрыть закономерность происхождения их будет делом длинного ряда дальнейших исследований. Я хотел здесь только обратить внимание врачей и студентов на задачи, которые современная медицина ставит перед врачом как перед личностью, призванной в силу своей специальности влиять на другую личность – на больного...

...Все успехи медицинской техники не снимают и не смогут снять необходимости исследовать личность больного, т. е. изучения тех психофизических процессов, которые лежат в основе субъективных ощущений больного, его страданий, всего того, что рано ведет его к врачу и что так легко просматривается в этой стадии болезни, если врач находится во власти одного только объективного аналитического метода и ставит себе целью получить только «точные» объективные признаки болезни.

Вот почему перед нами вновь встает старый вопрос о значимости и о методике исследования субъективного состояния больного и совсем не случайно ряд авторов в настоящее время фиксируют внимание врачей на соотношениях между субъективным и объективным исследованием больного человека...

...С бурным и весьма плодотворным развитием медицины на прочной базе химии, физики и биологии личность больного человека отошла понемногу на задний план и целый ряд поколений врачей, за исключением небольшого числа выдающихся клинических школ (у нас Г.А. Захарьина, Ф.Г. Яновского), воспитывался в духе если не пренебрежения к субъективным жалобам больного, то во всяком случае не в направлении методического планового исследования их как весьма существенной части понимания больного. Что это обстоит именно так лучше всего свидетельствуют даже новейшие руководства по внутренним болезням, где методике исследования больного отводится ничтожно мало места и много страниц посвящается именно лабораторным ме-

годам, часто уже давно отвергнутым пробам и константам, не оправдавшимися в клинике и особенно во врачебной практике. Надо ли удивляться после этого, что молодые и даже не совсем уже молодые врачи не только не знакомы с методическим изучением субъективной части болезни, но нередко ограничиваются только формальным расспросом больного, теряя подчас особенно ценные для постановки диагноза данные.

Между тем современное медицинское мышление, когда на место локалистического и грубоморфологического понимания болезненного процесса встало антропатологическое и когда клиника строится на началах функциональной патологии, подробное и методическое изучение жалоб больного отнюдь не является эмпирическим методом, а все больше и больше получает строго научное обоснование, и ничуть не меньше, чем методы «объективного» изучения...

...Итак, все объективное, начиная с физических методов исследования и оценки врачом внешнего вида больного и кончая такими сугубо объективными методами, как лабораторные, инструментальные, даже рентгеноскопия и эндоскопия, в известной степени относительно и становится значимым только тогда, когда оно преломляется через призму критики и синтеза исследующего врача. И глубоко прав Бергман: «Надо так же хорошо знать жалобы, переживания и изменения характера больного, как результаты исследования его болезни, чтобы поставить правильный диагноз и прогноз, и вообще для того, чтобы заниматься врачебным делом». Вот почему тот же Бергман еще в 1922 г. в своем докладе о язве желудка с сожалением говорил о том, насколько врачи пренебрегают до сих пор изучением субъективных жалоб больного, несмотря на то, что для диагноза этой болезни правильный, критический расспрос больного, требующий, правда, много времени и труда, имеет гораздо большее значение, чем, например, определение в желудочном соке кислотных валентностей методом газовых цепей, который в то время был очень модным и увлекал отдельных клиницистов, отражая стремление приложить к клинике методику точных наук...

...Я считаю неправильным говорить отдельно о субъективных симптомах болезни так, как мы привыкли это делать со школьной скамьи. Не лучше ли рассматривать внешнюю и внутреннюю картину болезни? Под внешней картиной болезни я понимаю не только внешний вид больного со всеми многочисленными деталями, всегда имеющими важное значение для диагноза, потому что они дают те маленькие ниточки, за которые надо часто ухватиться, чтобы поставить диагноз, но и то, что

старые врачи называли физиогномикой и умели так хорошо читать и расшифровывать. Под внешней картиной болезни я разумею все то, что врачу удастся получить всеми доступными для него методами исследования, включая сюда и тончайшие методы биохимического и инструментального анализа в самом широком смысле этого слова, все то, что можно описать и так или иначе зафиксировать графически, числами, кривыми, рентгенограммами и т. д.

Внутренней же картиной болезни и называют все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, — все то, что связано для больного с приходом его к врачу, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм.

Такое представление о внутренней картине болезни, разумеется, далеко не адекватно обычному пониманию субъективных жалоб больного, только частично входящих в мою концепцию о внутреннем мире больного, изучать который возможно глубоко и детально я считаю необходимым и чрезвычайно плодотворным для диагноза. Отсюда совершенно очевидно, что такое исследование не может и не должно быть трафаретным, как это бывает при собирании анамнеза и субъективного статуса больного, а является сугубо индивидуальным изучением личности человека.

Всю сумму этих ощущений, переживаний, настроений больного вместе с его собственными представлениями о своей болезни Гольдшейдер назвал аутопластической картиной болезни и относит сюда не только субъективные симптомы больного, но и ряд сведений о болезни, которыми располагает больной из прежнего своего знакомства с медициной, из литературы, из бесед с окружающими, из сравнения себя с аналогичными больными и т. д. Гольдшейдер рассматривает сензитивную и интеллектуальную части аутопластической картины болезни.

Первую, очевидно, составляют субъективные ощущения, исходящие из конкретного местного заболевания или патологического изменения общего состояния больного.

Вторая является надстройкой над ними, созданной уже самим больным, размышлением о своей болезни, своем самочувствии и состоянии. Такое представление Гольдшейдера об аутопластической картине бо-

лезни объясняет различие в результате субъективного исследования больного. В одних случаях он будет совпадать с данными объективного его исследования, в других — резко расходиться с ним, если интеллектуальная часть, созданная самим больным, не имеет под собой реальной бязы в соматическом патологическом процессе. И действительно, лучшими примерами внутренней картины болезни являются натрогенные заболевания, когда у больного под влиянием нанесенной ему врачом психической травмы возникает ряд новых ощущений, например, диспепсические явления, когда он узнает об отсутствии у него соляной кислоты в желудочном соке или об ощущении желудка; сердцебиение, боли и давление в груди, головокружение, в связи с информацией рентгенолога о расширении аорты на полсантиметра или в результате обнаруженного врачом ничтожного изменения кровяного давления и т. д. Такое возникновение интеллектуальной части внутренней картины болезни мне часто приходилось видеть на курортах, особенно в Эссентуках, где больные, занятые исключительно своим лечением, постоянно делятся друг с другом впечатлениями о своих ощущениях и, что еще хуже, всякого рода соображениями о значении отдельных показателей анализов, рентгенограмм и т. д.

Приходилось это наблюдать и у раненых, находившихся в эвакуационных госпиталях, когда они свой досуг посвящали обмену мыслями о своих болезнях, ощущениях чисто физиологического порядка или результатах соображений, высказанных врачами. Таким образом, например, у выздоравливающего раненого появляются мысли о болезни сердца, легких и особенно часто желудка и кишок. Так возникают, а иногда и пышно развиваются в сознании человека ощущения несуществующей болезни, и это, как мы увидим ниже, вполне закономерно вследствие теснейшей связи психической и соматической его жизни.

К сожалению, до сих пор тонкие нюансы психической жизни больных очень мало интересовали терапевтов. Как во времена Сократа и Платона, мы все еще делим врачей на врача тела и врача души и считаем совершенно естественным, что терапевт, ставя себе целью «объективное» исследование больного и владея в совершенстве этой методикой, особенно лабораторией, в анализе внутренней болезни ограничивается только формальным собиранием анамнеза и одной только сухой регистрацией субъективных жалоб больного, предоставляя весь его огромный внутренний мир специалисту: психиатру, невропатологу или психотерапевту. Такого рода терапевт фактически остается последова-

тельным представителем дуализма или параллелизма соматических и психических процессов человеческого организма. Отсюда и возникло у терапевта известное пренебрежение к внутренней картине болезни, когда он уже считает малозначащими психические ощущения больного и уверен, что самый анализ их может легко поставить его на ложный путь и далеко увести от основной задачи правильного диагноза и прогноза болезни. Блейлер назвал это психофобией современного врача. Отсюда формальное отношение к исследованию внутренней картины болезни и превращение анамнеза только в собирание анкетного материала, в регистрацию жалоб и внешних фактов течения болезни, в таком виде мало дающих для постановки диагноза.

Многолетние мои наблюдения над работой врачей в разных условиях показывают, что исследование внутренней картины болезни (распрос больного и анамнез) оставляет желать много лучшего, что оно, как правило, проводится значительно хуже, чем объективная часть исследования больного, и не отражает живого динамического процесса в психике врача. Ниже мы остановимся на важнейших, на наш взгляд, недостатках этой части работы врача и на основных требованиях, которые диктуются нашим современным клиническим мышлением для правильного исследования внутренней картины болезни.

С субъективным исследованием больных дело обстоит не совсем благополучно. Об этом не раз высказывались лучшие клиницисты всех стран. На ненормальности такого положения вещей особенно настаивал Мэкензи, один из старейших терапевтов Англии. Говоря о стремлениях к научно-исследовательской работе молодых терапевтов, он считал, что нецелесообразно и даже вредно для врача рано начинать эту работу изолированно от больного, особенно чисто экспериментальную, замкнувшись в лабораториях больниц. Молодой терапевт имеет при этих условиях дело почти исключительно с поздними стадиями болезни, являющимися результатом грубых и непоправимых морфологических изменений организма, и он не получает поэтому необходимого опыта в распознавании ранних форм болезни. Это целиком и полностью соответствует положению вещей и у нас. Работа молодого врача в больницах и клиниках часто ограничивается только стационарными больными, и он совсем не работает в поликлинике и в амбулатории под хорошим руководством. Мэкензи правильно указывал на то, что симптомы ранних стадий болезни настолько мало выражены, что нужен большой и долгодетный опыт, чтобы уметь распознавать заболевание на этой стадии.

«Первые симптомы болезни, — говорил Мэкензи, — чисто субъективного характера, и они являются значительно раньше, чем можно обнаружить так называемыми физическими методами исследования. Обнаружить эти симптомы и правильно оценить их составляет труднейшую задачу терапевта. Как же можно требовать от молодого терапевта, чтобы он научился диагнозу этих ранних стадий болезни, если он не приобретает опыта в амбулатории? Изучение ранних проявлений болезни является жгучей проблемой, и участие в этом деле должны принимать все врачи». Хотя эти слова и были сказаны 20 с лишним лет назад, они целиком отражают самые существенные задачи как подготовки кадров терапевтов, так и правильной организации терапии в нашей стране. Без правильного решения проблемы участия молодых терапевтов в раннем распознавании заболеваний внутренних органов мы мало подвинемся в деле снижения заболеваемости в нашей социалистической стране, а эта работа тесно связана с перестройкой методики исследования больного и особенно с углублением изучения внутренней картины болезни...

...Вторая часть аутопластической картины Гольдшейдера — интеллектуальная, т. е. то, что реального, конкретного субстрата в соматических процессах не имеет. Является ли она иррациональной?

Интеллектуальную часть картины болезни составляет то, что больной сам надстраивает над своими ощущениями, т. е. над тем, как соматический процесс отражается на психике. Мы имеем здесь сложнейший клубок психических процессов, сущность которых мы еще почти не знаем. Но мы видели уже выше, как сильно отражаются психические процессы на функциях целого ряда органов и их систем: сердечно-сосудистой, пищеварительного аппарата, мочевых органов, процессах обмена веществ, эндокринной, сексуальной и т. д. И каким бы образом ни возникали в центральной нервной системе эти аутопластические представления, интеллектуальная часть их несомненно имеет и должна иметь огромное влияние не только на функции органов, но и на течение органических процессов в них. Клинические наблюдения ежедневно учат нас, что наряду с центростремительными импульсами от внутренних органов в психику, что и является субстратом сензитивной части аутопластической картины болезни, существует мощное центробежное влияние психических процессов на происхождение и течение болезни, на психогенез симптомов внутренних заболеваний.

В этом отношении, несомненно, прав Гольдшейдер, когда говорит: «Если врач хочет понять больного, он должен все свои способности,

искусство и желание посвятить пониманию аутопластической картины болезни, ибо это и есть человек – страдающий человек». Я со своей стороны полагаю, что врач, прежде всего, должен оценить всю важность понимания внутренней картины болезни и научиться методически изучать ее.

Нет никакой возможности перечислить симптомы и картины болезней, имеющие психогенное происхождение. Любой врач в своей практической работе видит их на каждом шагу. Эти симптомы психогенного происхождения дают чаще всего весьма причудливые и своеобразные клинические картины функциональных расстройств, невротических синдромов органов и их систем. Сюда именно и относятся так называемые невроты желудка, кишок, сердца и др. Важнее всего, однако, то, что симптомы психогенного происхождения нередко резко изменяют картину чисто органического заболевания. В этих случаях, густо наслаиваясь на часто маловажное органическое заболевание, они составляют большую и существенную часть клинической картины...

...Сама структура внутренней картины болезни как в сензитивной ее части, так и в интеллектуальной находится в большой зависимости от структуры личности больного, от его психологического профиля, который врачами-терапевтами, как правило, совсем не изучается и сплошь и рядом подменяется такими весьма нечеткими терминами, как неврастения, невротизация, истерия, истерическая реакция и т. д. Между тем психологи уже давно обратили внимание на то, что способность людей реагировать на раздражение, все их ощущения и вся моторика, являющаяся внешним отображением психических переживаний, дают богатую картину индивидуальных различий в зависимости от нервно-психического статуса человека. Уже ранние исследования Фехнера, затем Вундта и его школы показали, что острота ощущений обнаруживает очень большие колебания у различных людей. В области моторной деятельности – мимика, движения больного, походка, положение его, являющиеся в нашем случае уже объективным признаком внутренней картины болезни, – такое же богатство индивидуальных различий нашло свое выражение в учении об идеомоторных явлениях и выразительных движениях. XIX век подвел под древнее учение о темпераментах экспериментальную психофизиологическую базу, выделив типовые особенности ощущений и движений человека; первая четверть XX в. дала им детальное психологическое и физиологическое обоснование. Классические работы Павлова и его школы установили, как мы видели, у животных

существование нескольких основных типов нервной системы, инстинктивных до известной степени старым гиппократовским темпераментам, в зависимости от которых животные неодинаково реагируют на условия окружающей их среды и обнаруживают совершенно различную устойчивость в своем поведении. Особенности эти, наблюдавшиеся достаточно четко уже в нормальных условиях существования животного, с исключительной резкостью выявлялись при более трудных ситуациях, в патологических условиях жизни животного. В то время как животные с возбудимым типом центральной нервной системы реагировали на осложнение условий эксперимента срывом и резко выраженным неврозом (экспериментальный невроз), животные с устойчивой нервной системой не давали при этом никаких патологических реакций.

Экспериментальные данные, полученные на человека, подтвердили наличие различных типов нейродинамики. Ряд психологических исследований, поставленных специально в этом направлении, установил, что в экспериментальных условиях легко обнаружить и фиксировать нарушение реактивных процессов у неустойчивых, психопатических субъектов при относительно слабых раздражениях и небольших конфликтах...

...Терапевты еще очень мало знакомы с современными течениями экспериментальной психологии, обещающими создать методику исследования внутренней картины болезни и подвести научное обоснование под тот сложный психофизический комплекс, который старая медицина называла темпераментом человека. С этим комплексом считались лучшие врачи всех времен как при распознавании болезней, так и при установке прогноза и лечения. Еще Пэрри говорил, что часто не так важно знать, какая болезнь у больного, сколько хорошо понимать, у какого человека развивается болезнь.

Но это, разумеется, еще далеко не все. Мы до сих пор говорили о конституциональных особенностях, создающих темперамент человека. Психологический профиль больного является результатом не только эндокринной стигматизации, но и установки, в свою очередь, находящейся в теснейшей связи с интеллектом больного. Кто не знает, как часто бывает трудно оценить внутреннюю картину болезни у больного, затемняющего передачу своих ощущений, внося в нее значительную долю своей психической активности. Эти больные обычно люди высокого интеллекта — артисты, художники, ученые и особенно часто юристы, которые стараются помочь врачу понять их ощущения и показать, «какой я умный» в медицинских вопросах. Вместо точной передачи своих реальных ощущений, т. е. сензитивной картины болезни, они да-

ют часто артефакты, резко измененные на этот раз уже не эмоцией, как у людей базедовидного типа, а самим рассуждением, своей критикой и самокритикой с гипертрофией самонаблюдения. Часто именно врачи, когда они заболевают, мешают поставить у них правильный диагноз, «помогая» своему коллеге разобраться в картине болезни. Это чаще всего психопаты астенического типа, конституционные ипохондрики.

Диаметрально противоположный этому тип людей с более примитивным интеллектом выражает, как известно, свои ощущения иногда очень красочными метафорами, ярко передающими порой тонкие нюансы внутренней картины болезни и нередко лучше отражающими отдельные симптомы иногда в одном только слове, чем длинные речи людей высокого интеллекта. Я много раз имел возможность демонстрировать своим слушателям-врачам на семинарах, как полезно прислушиваться к тем образам, в которые воплощаются тонкие ощущения этих больных, и запомнить эти метафоры ощущений.

На большом материале Отечественной войны я имел возможность наблюдать непосредственное влияние личности больного на происхождение целого ряда заболеваний. Для иллюстрации моей концепции о внутренней картине болезни я остановился только на сочетанном течении внутренних и хирургических заболеваний, названных мной хирургическо-терапевтическими «микстами»². Среди этих весьма многочисленных больных мне удалось выделить пять различных типов сочетаний тех и других болезней. Между прочим в один из этих типов микстов входят относительно легкораненые, чаще всего с ранениями мягких тканей конечностей. Уже после заживления раны больной, начавший внимательно прислушиваться к своим ощущениям, предъявляет ряд весьма разнообразных жалоб в результате повышенной психической реактивности, а иногда слишком «внимательного» отношения врачей. Это часто вегетативно стигматизированные лица, у которых эмоции войны усилили эндокринный статус. Пренебрежение к изучению личности таких больных и внутренней картины их болезни ведет к тому, что они долгие месяцы без достаточных оснований находятся в госпиталях, тогда как именно госпитальное лечение для них противопоказано.

Я остановился на перечислении больших затруднений в анализе внутренней картины болезни, чтобы показать, что предстоит очень сложная работа по перестройке рациональной методики собирания анамнеза у больных, если мы хотим поставить его на высоту, требуемую современным состоянием науки. Разумеется, приведенными здесь

данными ни в какой мере не исчерпываются даже важнейшие стороны проблемы рациональной методики изучения внутренней картины болезни. Я имею в виду только наметить путь, по которому должна идти наша работа в этом направлении; психологические же обоснования ее должны составить предмет особого исследования...

...Необходимо приступить к разработке психологически обоснованной методики собирания анамнеза. Молодые терапевты должны для этого ознакомиться с основами психологии, потому что нельзя, как это было до сих пор, полагаться только на одно искусство и природные дарования исследующего врача. Необходимо под накопленный опыт поднести теоретический фундамент.

В изучении психики больного человека огромное значение всегда будет иметь и личность самого врача. Здесь я хотел бы попутно подчеркнуть особенно печальный факт распространенной у нас «обезлички» врача — обстоятельство, которое, на мой взгляд, совершенно недопустимо во врачебной практике вообще, а для терапевта в особенности. К сожалению, мы так часто слышим от больного, что его лечил «какой-то врач», имени которого он даже не знает, несмотря на повторные и частые посещения амбулатории или на длительное пребывание в стационаре. «Обезличка» врача должна быть изжита и как можно скорее, если мы хотим поставить на высшую ступень качество лечебной помощи трудящимся, особенно в ранних стадиях болезни.

Здесь следует остановиться еще на одном обстоятельстве, которое часто играет немаловажную роль в создании «обезлички» терапевта и не только мешает его большой творческой работе, необходимой для создания синтетического, т. е. единственно правильного диагноза, но и в значительной мере нарушает ту психологическую связь между врачом и больным, без которой вообще невозможно ни правильное распознавание болезни, ни рациональное лечение. Я имею в виду обстановку работы терапевта. Говоря о роли ассистентов и присутствующих на операциях, Гиппократ определяет поведение их следующим образом: «Все протекает в глубоком молчании и в абсолютном подчинении распоряжениям хирурга». Следовательно, уже в те отдаленные времена в операционных установлена была строгая дисциплина, свидетельствующая о большом уважении к творческой работе хирурга со стороны его ассистентов и слушателей.

Так ли обстоит дело с работой терапевта? Я не говорю уже об обычном амбулаторном приеме, но даже в высококвалифицированных по-

ликлиниках в кабинет терапевта считается допустимым войти когда угодно и сестре, и санитарке, и соседу-врачу, и вообще кому угодно, по делу и без дела. Это отвлекает врача от творческой работы, переключая его мышления на другое, мешая его наблюдению, нарушая его психологическую связь с больным, т. е. именно то, что лежит в основе осознания и оценки врачом внутренней картины болезни. Мне могут возразить, что это «мелочи», о которых не место говорить, когда речь идет об академических вопросах синтетической работы врача по созданию диагноза. Но я утверждаю, что об этих «мелочах» следует говорить именно не в стиле административном, а с учетом работы терапевта как научно-исследовательской работы в каждом отдельном случае, когда он имеет дело с больным. И не только хирург, но и терапевт так же, как и каждый врач, должны во время своей работы сосредоточиться на большом творческом деле, а потому они имеют право требовать соответствующей обстановки, устраняя все, что нарушает эту работу. И разумеется, необходимо путем постоянного воспитания среднего и младшего персонала возможно скорее устранить эти «мелочи», в корне разрушающие творчество терапевта и, что еще более важно, подрывающие авторитет врача в глазах больного.

На огромном рабочем собрании секции здравоохранения Моссовета обсуждалась работа больниц и подчеркивались наши действительно большие достижения в этой области. Рабочий, явившийся в секцию прямо от станка в своей производственной одежде, выступил со следующим заявлением: «Я доставил со скорой помощью в больницу товарища, получившего тяжелое повреждение во время аварии, а вот принимающий врач вышел осматривать больного с папироской во рту. Нехорошо мне стало в этой больнице». Мне кажется, что это выступление рабочего лучше всяких академических рассуждений говорит о том, насколько глубоко был прав Гиппократ в своих предписаниях о поведении врача.

Едва ли когда-нибудь будет разработана схема для собирания апамнеза, которая удовлетворит вдумчивого терапевта. Что это ни к чему хорошему не ведет, учит нас богатый материал тех мертвых анкет, которые мы находим часто в историях болезни. Что лучше — предложить больному свободно излагать свои ощущения или непосредственно приступить к плановому расспросу его? Ни тот, ни другой метод сам по себе не приводит к цели. Лучше всего дать больному возможность сначала изложить свои переживания, так как он хочет и может, и получить

таким образом представление о его личности и об особенностях его психического профиля, а затем уже приступить к выяснению отдельных преимущественно ведущих симптомов болезни. Такое поведение врача сразу создает необходимый психологический контакт с больным и доверие больного к врачу – это обязательное условие для изучения внутренней картины болезни.

Разумеется, каждый отдельный случай не требует использования всех приемов анализа, столь кропотливого, отнимающего так много времени; опыт врача позволит сократить и рационализировать эту работу...

В. Франкл ВРАЧ И ЧЕЛОВЕЧЕСКИЕ СТРАДАНИЯ¹

Начну с банальной истины: в силу своей профессии именно врач призван облегчать страдания человека и, если это возможно, избавлять его от них. Гораздо менее известным является тот факт, что врач должен уметь четко различать грань между двумя, если можно так выразиться, типами страданий. Я имею в виду страдания, от которых, на данном этапе развития медицины, человека пока еще невозможно избавить, и страдания, которые врач может в значительной степени облегчить или совсем избавить от них своего пациента. Замечу, что многие человеческие страдания можно предотвратить, используя различные профилактические и гигиенические средства. Устраняя причину, вызвавшую страдания, например, с помощью хирургической операции, – врач освобождает заболевшего человека от страданий. (В данном случае я говорю о хирургическом вмешательстве как об одном из радикальнейших способов справиться с болезнью.) Однако ни для кого из нас не является секретом, что далеко не каждую причину болезни врач может устранить; другими словами, далеко не каждая болезнь излечима.

Поэтому на врача возлагается еще одна, крайне важная задача: во всех тех случаях, когда врач оказывается бессильным устранить причину того или иного заболевания, он обязан сделать все возможное, чтобы в максимальной степени облегчить страдания больного. (Хотя это относится скорее не к хирургическим операциям, а к использованию различных медикаментов.) И вот здесь мы сразу сталкиваемся с двумя проблемами: каким образом избавить больного от испытываемых им страда-

¹ Франкл В. Психотерапия на практике. СПб., 1999. С. 222–229.

ний и допустимо ли это делать, применяя крайние меры. Представьте себе ситуацию, когда врач может облегчить невероятную боль своего пациента, лишь сделав ему смертоносную инъекцию. В данном случае речь идет об эвтаназии. Другими словами, врач, руководствуясь соображениями сострадания и милосердия, добровольно помогает страдающему уйти из жизни. Хорошо известно, что эвтаназия запрещена законом (даже если врач делает это с письменного согласия самого больного и его родственников), и я уже говорил о том, что это правильно и что эвтаназия и должна оставаться запрещенной. Обычно эвтаназию осуществляют медикаментозными средствами (о жестоком способе умерщвления больного с помощью смертоносного газа мне не хочется даже говорить). Можно использовать для облегчения страданий больного не эвтаназию (как крайнюю меру), а хорошо известные хирургические операции на головном мозге, такие как лейкотомия и лоботомия. С помощью вышеназванных хирургических операций можно добиться того, что больной не будет испытывать тяжелых страданий, несмотря на то, что причина болезни не будет устранена. Из общей неизменяемой картины болезни будет, если можно так выразиться, изъят один фрагмент, то есть страдания больного.

Однако при этом нужно иметь в виду, что пациент, которому сделана подобная операция (лоботомия или лейкотомия), после ее завершения будет довольно пассивно относиться к жизни, потеряв значительную часть своих интересов. Кроме того, следует принимать во внимание и то, что у некоторых больных после таких операций возникают известные психические расстройства. Однако с этими нарушениями психики и довольно незначительными изменениями характера приходится мириться во всех тех случаях, когда речь идет о нейрохирургических операциях, в результате которых удастся избавить пациента от нестерпимой, незатихающей боли. Но всегда ли врач обязан закрывать глаза на изменение характера больного, на возникновение у него заторможенного состояния? Должен ли врач рекомендовать пациенту эту операцию, несмотря на ту цену, которую больному придется за нее заплатить? Нет! Врач должен быть абсолютно уверен в том, что страдания, испытываемые его пациентом, намного перевешивают изменения, которые могут произойти в его характере. Другими словами, в каждом конкретном случае врач, прежде чем рекомендовать больному согласиться на нейрохирургическую операцию, должен тщательно взвесить все «за» и «против» и из двух зол выбрать меньшее. Однако то, что вра-

у в любом случае нужно принять все меры, чтобы избавить больного от страданий, — очевидно. В тех случаях, когда речь идет о неоперабельном онкологическом заболевании и, следовательно, причина страданий не может быть устранена, а боль пациента снимается медикаментозным путем с помощью морфия, я считаю использование морфия меньшим злом. Однако в некоторых случаях применение морфия можно рассматривать как большее зло, по сравнению с тем, что может ожидать больного после лейкотомии: чрезмерные дозы морфия, даваемые больному, могут вызвать у него состояние постоянной подавленности и полную потерю интереса к жизни, в то время как после лейкотомии об этом состоянии не может быть и речи.

Резюмируя все вышесказанное, еще раз подчеркну, что врач должен постараться в первую очередь избавить больного от страданий, устранив причину возникновения боли, а в тех случаях, когда сделать это совершенно невозможно, врачу нужно использовать все средства, чтобы в максимальной степени облегчить страдания пациента. Но что делать в тех случаях, когда врач абсолютно ничего не может предпринять для облегчения страданий больного; когда он твердо знает, что ни операция, ни медикаментозные средства не помогут ему избавить своего пациента от боли, — что тогда? Что должен предпринять врач, если страдания больного стали его судьбой, которую он, фигурально выражаясь, не может взять в свои руки? В этих случаях врачу нужно сделать что-то такое, что позволит ему взять судьбу пациента в свои собственные руки; например, если врач точно знает, что с помощью операции не удастся справиться с болезнью, он не должен требовать от пациента, чтобы тот проявил мужество и преодолел страх перед операцией; он должен прибегнуть к другому средству: внушить больному чувство смирения; постараться убедить его в том, что легче всего пережить постоянные страдания, покорившись своей судьбе. Следовательно, в тех случаях, когда врач абсолютно убежден в том, что любые его действия не приведут к улучшению состояния тяжелобольного, то есть в том, что человеку с такой тяжелой судьбой не поможет лечение, он должен помочь больному выбрать линию правильного поведения. И это еще раз подтверждает высказанную мною выше мысль о существовании двух видов страданий: тех, от которых человека можно избавить, используя различные средства, и тех, которые написаны у человека на роду и, следовательно, никакими силами не удастся обойти то, что неизбежно должно случиться. Как это ни горько звучит, но страдание всегда имеет смысл. И этот

смысл заключается в том, как мы боремся со свалившимся на нас страданием; этот смысл состоит в том, насколько мы можем примириться с собственной судьбой, как мы настраиваем себя по отношению к неизбежным нами страданиям. Последнее замечание имеет особое значение, поскольку именно правильной настрой больного человека дает ему возможность наполнить смыслом собственную жизнь; именно такой настрой дает неизлечимо больному и, безусловно, тяжело страдающему человеку последний шанс.

Шанс наполнить смыслом свою собственную жизнь по сути дела является наивысшим шансом из тех, которые вообще предоставляются в жизни человеку. Великий Гете сказал: «В жизни не существует таких ситуаций, с которыми человек не мог бы справиться; и он справляется с тяжелыми ситуациями с помощью либо труда, либо терпения». К этим словам я позволю себе добавить следующее: истинное страдание, то есть страдание, ставшее судьбой человека, есть не только труд сам по себе, оно — наивысшая форма труда, которую выпало совершить человеку. И будет очень грустно, если весь этот труд сведется у пациента к тому, чтобы отказаться бороться с тем, что выпало на его долю в неслучайной жизни.

Что касается конкретных примеров, то я нахожусь в серьезном затруднении, поскольку мне на память приходит лишь один поучительный случай: юная медсестра, работавшая некоторое время в моем неврологическом отделении, должна была лечь на операцию по удалению опухоли желудка; однако вскоре выяснилось, что данная опухоль неоперабельна. Мне передали настойчивую просьбу медсестры, впавшей в отчаяние, навестить ее. Конечно же, я пришел, и из разговора с медсестрой выяснилось, что ее удручает не столько свалившаяся на нее болезнь, сколько грозящая ей перспектива потерять работу. Должен сказать, что она очень сильно любила свою профессию. И вот в результате болезни она была вынуждена прекратить осмотр и лечение больных, что больше всего и приводило ее в отчаяние. В создавшейся ситуации действительно не было никакого выхода (к моему глубокому прискорбию, спустя всего лишь одну неделю она умерла). Что же касается меня, то я изо всех сил пытался ее утешить, говоря ей примерно следующее: «Милая моя девочка, то, что ты способна работать восемь или, один Бог знает, сколько там еще, часов в день, это не предмет для подражания, хотя это могут сделать очень немногие. Но тебе обязательно нужно понимать, что при твоём стремлении к любимой работе, при всей твоей рабо-

способности ты должна в настоящее время отказаться от любимой работы, ни в коем случае не впадая от этого в отчаяние. Вот это было бы настоящим достижением, которое вряд ли кто-нибудь сумел бы повторить. И скажи мне честно, разве ты не совершишь несправедливость по отношению к тем тысячам пациентов, которым ты посвятила всю свою жизнь; разве ты не будешь несправедливой к этим людям, если сама поступишь так, что дашь повод всем этим больным, немощным пациентам, считать свою дальнейшую жизнь абсолютно бессмысленной? Если создавшаяся ситуация повергает тебя в отчаяние, сделай над собой усилие и пойми, что смысл человеческой жизни заключается вовсе не в том, чтобы отдавать любимой работе огромное количество времени. Ведь подобным утверждением ты отрицаешь право на жизнь всех людей, которые не могут работать и которых болезни испытывают на прочность. Ты отказываешь таким людям в праве на разумное существование. Уверяю тебя, что в твоём распоряжении есть один-единственный шанс: ты должна послужить человеческим образцом для всех своих пациентов, которые доверяли тебе; и поверь мне — это гораздо более важно, чем помощь, которую ты оказывала им как медсестра».

Конечно же, можно спорить о том, нужно ли врачу вести с пациентом подобные разговоры, но в данной ситуации я просто стремился помочь ей не просто как врач своему пациенту, а как человек человеку, стараясь найти для нее нужные слова, способные подбодрить и утешить ее. И я совершенно искренне считаю, что врач должен утешать своих пациентов, просто по-человечески беседуя с ними. Над главным входом Венской городской больницы висит доска, на которой выбито латинское изречение: *saluti et solatio aegrorum — et solatio*, что означает: *врач должен не только лечить, но и утешать больного*. Итак, мы видим, что не только психотерапевт (а он, безусловно, должен следовать этой заповеди в первую очередь), но и любой другой специалист-медик не имеет права считать себя настоящим врачом, если он не выполняет обе эти задачи: сделать своего пациента работоспособным человеком, вновь ощутившим смысл и радость жизни; и, кроме того, утешить больного и научить его стойко переносить страдания. В самых тяжелых случаях, когда судьба посылает человеку серьезнейшее испытание в виде неизлечимого ужаснейшего недуга, врач должен сделать все возможное для того, чтобы помочь больному взвалить этот тяжелейший груз на свои плечи и достойно нести его.

Само собой разумеется, что с точки зрения чисто естественных наук подобное определение предназначения врача не может быть признано правомерным; ведь руководствуясь теми знаниями и теми средствами, которые дают врачу естественные науки, он может быть вынужден, например, ампутировать ногу больному; однако с помощью «чистых» естественных наук мне никогда не удавалось удержать тяжело больного пациента от самоубийства, которое он мог совершить после ампутации (или даже до нее), так как мысль о невозможности полноценной человеческой жизни после того, как ему сделана (или будет сделана) ампутация, приводила такого пациента в отчаяние. Хирург, не придающий ни какого значения подобным вещам — заботе о духовном состоянии своих пациентов и необходимости находить для них простые человеческие слова утешения; хирург, который «умыл руки» и сознательно отказался от этого, не должен удивляться, узнав, что пациент, просто поставленный в известность о том, что в 8 часов утра следующего дня ему будет сделана операция, оказался в это время не на операционном столе, а на столе патологоанатома: ночью в результате тяжелого душевного потрясения этот пациент совершил самоубийство. То, что самоубийство было совершенно бессмысленным и неоправданным, — очевидно; но у врачей уже не было возможности объяснить добровольно ушедшему из жизни человеку, что смысл человеческого бытия заключается не только в том, чтобы стоять на двух ногах. Врачи могли удержать отчаявшегося пациента от самоубийства, объяснив ему ненужность и бессмысленность подобного поступка всего в нескольких участливых дружеских словах; хотя, конечно, могло оказаться, что отчаяние пациента зашло слишком далеко. И мне остается лишь привести мнение на этот счет известного невропатолога, который сказал: «Само собой разумеется, что врач может обойтись без всего этого; но в этом случае ему придется признать, что как врач он ничем не отличается от ветеринара. Ведь врач, стремящийся к исцелению человека от болезней, должен уметь найти дорогу к душе каждого своего пациента».

С.Я. Рубинштейн

ЭКСПЕРТИЗА

**И ВОССТАНОВЛЕНИЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ
ПОСЛЕ ВОЕННЫХ ТРАВМ МОЗГА¹**

Проблемам трудоспособности лиц, перенесших травмы мозга, посвящено большое количество исследований. После первой империалистической войны почти во всех странах мира подвергался обсуждению вопрос о двойном патогенезе посттравматических состояний и о соотношении функционального и органического в возникающей после травмы инвалидности. Самый факт возникновения этой дискуссии отражает то обстоятельство, что, во-первых, трудоспособность человека зависит не столько от элементарных физиологических предпосылок его деятельности, сколько от установок, тенденций и личных мотивов, и что, во-вторых, травмы мозга в ряде случаев приводят к нарушению и изменению этих установок. Таковы же в общих чертах выводы ряда других авторов.

Экспериментально-психологические критерии умственной трудоспособности были впервые предложены Крепелиным. Вслед за тем было предложено множество изолированных интеллектуальных и комплексных рабочих проб, направленных на прогностическую оценку трудоспособности. Для лиц, перенесших травмы мозга, такие рабочие пробы были введены Попельрейтером.

Неправомерность заключения о трудоспособности на основе единичной пробы подчеркивается проф. В. Н. Мясищевым и его сотрудниками. Ошибочность этого заключения является причиной порочной практики профподбора. Качественное отличие трудовой деятельности от экспериментальной пробы заключается в иной структуре ее мотивации. Если успех в единичной пробе (и то лишь до известной степени) может характеризовать технические предпосылки трудоспособности человека, то продуктивность профессионального труда определяется в большей мере личностью и ее установками. Для качественного анализа критерия трудоспособности продуктивным представляется сочетание и сопоставление обоих факторов.

Объект и условия настоящего исследования предоставили нам эту возможность.

В нейрохирургическом госпитале 3120, который является последним этапом лечения раненых, перенесших травмы мозга, еще задолго до выписки больных вставали практические вопросы оценки боеспособности.

¹ Хрестоматия по патопсихологии / под ред. Б.В. Зейгарник, А.П. Корнилов, В.В. Николаевой. М., 1981. С. 93-100.

способности, трудоспособности, а в тяжелых случаях помощи больным в процессе приспособления к труду.

Для этой цели нами были специально организованы обширные, хорошо оборудованные мастерские трудовой терапии (столярные, слесарная, сапожная, портняжная, а также курсы обучения счетоводству и поварскому делу и письму левой рукой). Они обслуживались специальными кадрами инструкторов и методистов-психологов и были полностью подчинены лечебным, учебным и экспертным целям. Назначение в мастерские производилось лечащими врачами; для тяжелых больных были созданы специальные «тихие часы» и особые условия работы, и обучение проводилось по программам, дававшим реальную возможность приобретения квалификации по второму и третьему разрядам. Цели направления в мастерские: 1) восстановление нарушенных функций, 2) экспертиза и профконсультация, 3) трудовое обучение — часто совпадали и перекрещивались. Вследствие условий, в которых находились перед выпиской и комиссией раненые, эти задачи имели для них актуально значимый характер. Для большинства больных это был период известного жизненного перелома, и вопросы сохранения их боеспособности и трудоспособности, смены профессий и трудового переобучения в случае невозможности возврата к прежнему (тяжелому физическому) труду глубоко затрагивали их жизненные интересы. В этом сочетании клиники и актуальных жизненных ситуаций трудоустройства, позволяющим сопоставить данные анатомо-физиологических нарушений с психологическими функционально-целостными личностными образованиями, заключалась ценность выбранного объекта.

Уже первый опыт показал нам, что суждения о трудоспособности, сделанные только по данным клинической картины больного, оказывались часто ошибочными. Значимость и удельный вес одних и тех же неврологических и психопатологических симптомов в клинической картине и в жизненной дееспособности оказывались различными. Степень и характер мелко отмеченной в клинике истощаемости играли часто решающую роль в приспособлении к труду, в то время как роль локальных дефектов типа гемипарез, гемианопсии и т. д. неожиданно оказывалась незначительной. Примеры расхождения такой изолированной клинической характеристики и оценки, основанной на трудовой экспертизе, были многочисленны. Возникла необходимость в установлении некоторых комплексных критериев.

Для установления типичных функциональных дефектов, влияющих на трудоспособность наших больных, мы пользовались методом трудовых проб в сочетании со всей целостной оценкой продуктивности и обучаемости больных в мастерских и частично данными катамнеза.

Анализ результатов обучения и выполнения трудовых проб позволил выделить основные типы функциональных дефектов под следующими условными рубриками: 1) истощаемость, 2) неустойчивость, 3) нарушение трудовой установки и 4) локально обусловленные нарушения технических операционных предпосылок трудовой деятельности.

Одним из наиболее выразительных функциональных дефектов оказалась истощаемость. Формы и степени ее проявления были различны. Некоторые больные в большей мере истощались при интеллектуальной нагрузке, другие – при физической.

Основную массу группы больных, страдавших этим дефектом, составляли больные с закрытыми травмами черепа. Лишь частично в нее входили больные с проникающими обширными повреждениями мозгового вещества. В этих последних случаях истощаемость часто оказывалась тем фоном, на котором разворачивались остальные локальные нарушения. Некоторое своеобразие представляло отношение этой группы больных к трудовым пробам и к труду в целом. Психологическая позиция этих больных в госпитале оказывалась несколько сложнее. Не имея ран, не страдая какими-либо локальными нарушениями, они часто чувствовали себя вынужденными отстаивать и утверждать свое право на болезнь. Более углубленное клиническое исследование обычно подтверждало обоснованность субъективных жалоб больных на головные боли, плохое самочувствие, слабость. Отношение больных этой группы к труду в целом и к своему трудовому обучению было полностью положительным, весьма активным, целеустремленным. Они очень обдуманно выбирали, сообразуясь со своими домашними обстоятельствами, одну из мастерских, упорно преодолевали трудности, учились.

Неустойчивость выявлялась в основном у больных с проникающими ранениями черепа без выраженной локальной симптоматики. При благоприятном течении болезни в неврологическом статусе больных находилось сравнительно мало данных для функциональной оценки их трудоспособности. При направлении их в мастерские врачами соблюдалась большая осторожность. Время и условия их работы тщательно регулировались. Однако поведение в мастерских, показатели продуктивности больных на самых трудных, требовавших физических усилий

и сосредоточенного внимания работах, вообще не выявляли каких-либо видимых нарушений. Функциональным дефектом, нарушавшим трудоспособность этих больных, была крайняя неустойчивость. Частые, внезапные срывы, ухудшение состояния выводили их из строя. Характерным для этих больных было отсутствие субъективной оценки своих возможностей, отсутствие каких-либо предохранительных защитных механизмов, субъективной усталости.

При трудоустройстве и трудовом обучении этих больных было очень важно приобретение ими квалификации ремесленного и кустарного, а не производственного круга, так как они должны иметь возможность периодически выключаться из работы.

Можно допустить, что значительная часть случаев снижения трудоспособности таких выраженных травматиков, наблюдающихся обычно во ВТЭКах, является результатом не столько самой травмы, сколько влияния дополнительных, токсических и социальных вредностей. Непосредственно после травмы, даже в так называемых подострых стадиях, наши больные, находившиеся в благоприятных условиях, оказывались относительно сохранными.

Следующий наиболее тяжкий функциональный дефект заключался в нарушении адекватного отношения к труду, к утере трудовой установки.

Клиническим коррелятом этого дефекта был так называемый лобный синдром, который можно рассматривать как стоящий на грани общемозговых и локальных нарушений.

Правомерность такого рассмотрения обусловлена тем, что в большом числе случаев при разнообразной, совсем нелобной локализации травмы наблюдается известное «звучание» лобной симптоматики. Некоторые авторы указывают, что молодая в филогенетическом отношении лобная кора почти всегда реагирует на любое нарушение мозговой деятельности и что в той или иной степени «лобные» нарушения являются общими, фоновыми при большом количестве травм мозга. На нашем материале этот дефект личностных образований являлся как бы фоном при разнообразных травмах. Однако в наиболее чистом виде его можно было наблюдать при огнестрельных ранениях полюсов лобных долей.

Феноменология этого дефекта заключалась прежде всего в нарушении адекватного отношения к труду. Проявлялась она в неэффективности обучения, непродуктивности производственной деятельности,

большом проценте брака, порче материала и инструмента вследствие отсутствия чувства ответственности за свои поступки. По отношению к своему трудоустройству эти больные проявляли исключительное легкомыслие и беззаботность. Данные катамнеза указывали на крайне неблагоприятные условия их дальнейшей жизни.

Неврологическая и психопатологическая характеристика этой группы больных сводится к следующему. В основном это были проникающие ранения лобных полюсов и прилегающих к ним зон (9, 10-е и 11-е поле по Бродману), не осложненные и почти не выявившие грубой неврологической симптоматики. Благодаря тому, что травма падала на молодой здоровый мозг, состояние этих больных после завершения раневого процесса оказывалась весьма благоприятным. Симптоматика их нарушений носила, по выражению проф. Шмарьяна, не «ирритативный», и «дефицитарный» характер.

Мы почти не встречали на нашем материале описанной многими авторами в качестве прерогативы лобного мозга эйфории и дурашливости. Можно было лишь отметить известное благодушие, происходящее от бесконфликтности и беззаботности наших больных, стоящее на грани нормального легкомысленного «хорошего» характера. Аспонтанность в форме общей инертности, бездеятельности, неподвижности, также многократно описанных в клинике поражений лобных систем, не наблюдалась. Можно было скорее говорить о безынициативности, отсутствии внутренней, «для себя важной» мотивированности и осмысленности поступков, которые внешне выглядели вполне адекватными. Так, например, больной записался на курсы счетоводов за два дня до своего отъезда, о котором он хорошо знал, только потому, что его сосед по палате решил записаться на эти курсы. Б. В. Зейгарник описывает расторможенность, «полевое поведение» лобных больных как «обратную сторону медали» той же аспонтанности.

Поступки и действия наших больных полностью по структуре соответствовали этому описанию, но по форме и степени проявления они были менее непосредственны. Чаще всего «полем» оказывался режим госпиталя, который постепенно становился почти единственным двигателем однообразного поведения больных. Точно так же всякие интероцептивные восприятия (голод, половое влечение, усталость и т. д.), даже не преувеличенные, становились слишком императивными, переработанными побудителями действий. Особенно велика была внушаемость по отношению к окружающим людям: этими больными оказы-

валось настолько легко руководить, что поведение их в нормально организованном окружении госпиталя было почти правильным.

Картина дефекта больных была простой, не усложненной обычными в психиатрической клинике переплетениями первичных и вторичных симптомов. Одной из важных причин этой простоты являлось то обстоятельство, что мы наблюдали их в госпитале на ранней стадии после ранения.

Нельзя думать, что сложные формы сознательного поведения человека непосредственно обусловлены функционированием лобной коры. Последняя обеспечивает, вероятно, предпосылки для сложной психической деятельности. Неадекватность поведения, психопатологическая картина во всей ее сложности и многообразии, не является, по-видимому (подобно другим локальным дефектам), следствием поражения лобного мозга, а результатом жизни человека, обладающего таким пораженным мозгом. Естественно поэтому, что люди, только что получившие ранение и еще нигде кроме госпиталя не бывшие, в значительной мере сохраняли прежние нормы и шаблоны поведения. Госпиталь играл для них роль стеклянного колпака, сохранявшего их личность от распада и разложения под влиянием жизни, к которой они перестали быть адаптированными. Таким образом, мы видели лишь начальные стадии того страдания, которое обычно наблюдается в его расцвете, так как развитие психопатологической картины мы наблюдали, прослеживая катамнез наших больных сразу по выписке из госпиталя. Оказалось возможным, несколько изменив направление нашего исследования, воспользоваться системой трудового обучения и практического трудоустройства как методом, позволяющим с помощью актуальных жизненных критериев подвергнуть почти экспериментальному анализу существенные компоненты лобных нарушений.

Движения наших больных при выполнении трудовых операций строились правильно, по их траектории и предметной отнесенности, но они обнаружили тенденцию к предельной интенсивности и завершенности каждого акта, т. е. строились по типу стереотипного разряда начального импульса. В них не было подчинения логике технологического процесса. В самом деле, если движение опилочки, являясь предметным по форме, было вполне доступно больному, то трудность вызывало задание опилить что-либо «под угольник», т. е. выполнить ряд неодинаковых по силе и форме движений. Соотнесение интеллектуального представления о форме поверхности с силой нажима было трудно больным: они всегда пилили с предельной силой и скоростью. Квали-

фицированный прежде столяр Ц-н с ранением лобных долей просил давать ему для работы тяжелый инструмент, так как, работая легким, он «не чувствовал» своих рук и не мог точно рассчитать силу нажима. Можно предположить, что для такого соотнесения необходимо, чтобы само движение, со всей его динамической формулой, было объектом восприятия больного.

В тесной связи с этим находилась и некритичность мышления больных. Когда нет отношения к своей мысли как к мысли, невозможен и сознательный контроль ее, поэтапное сопоставление продукта мысли с объектом, необходимое для усмотрения и исправления ошибок. Так, например, заканчивая изготовление полки, больной должен думать, куда и как прибить «ушки». Допустим, он принял решение прибить их в таком-то месте. Если он относится к этому акту осмысливания как к задаче, которую он решал и мог, стало быть, решить верно или ошибочно, то он должен проверить себя мысленно, пытаясь вообразить, как он будет эту полку вешать. В таком случае оказывается возможным и исправление ошибки, если она имела место. «Возможность осознать ошибку является привилегией мысли как сознательного процесса», — пишет С. Я. Рубинштейн. Таким образом, дефектом наших больных было отсутствие определенного отношения к своему мышлению как к орудию предвидения, предусмотрения действия, как к некоторому объекту своего критического рассмотрения и использования. У этих больных не было критической осмысленной оценки происходящих событий с точки зрения своих интересов, своих потребностей, своей будущей судьбы.

Б. В. Зейгарник связывает аспонтанность лобных больных с нарушением их потребностей. Можно по-разному понимать это нарушение. Нам кажется, что имеет место не ослабление силы потребностей, но дефект их отражения. Возможны разные по степени осознанности формы отражения потребностей, но отраженность, осознанность своих нужд, их объективированность в предметах окружающего мира обуславливают определенную позицию личности, ее отношение к ситуации. У наших больных это отношение к ситуации было глубоко неадекватным.

На первом плане неадекватность сказывалась в отношении к своей болезни. Понятие «анозогнозии» допускает различное толкование того отсутствия отношения к болезни, которое наблюдалось у наших больных. Имело место не только полное отсутствие «внутриней картины» болезни, но и недостаточность самовосприятия во всех сферах физической и психической деятельности. Все это дает, как нам кажется, право

говорить не только об анозогнозии как о характерном дефекте, возникающем при поражении лобной доли, но и об автогнозии в целом о нарушении восприятия самого себя как личности, своих потребностей, способностей дефектов и об измененном восприятии окружающего мира.

Только очень умелый выбор профессий, не требующих инициативы, обеспеченных руководством и контролем со стороны других лиц, может помочь использовать их труд. В социальном отношении динамика развития дефектов этих больных очень различна, очень зависима от обстановки. Подобно тому как судьба открытой раны зависит от стерильности или инфицированности ее поверхности, так и судьба «лобного» больного больше, чем судьба нормального человека, зависит от окружающих влияний. При благополучном стечении обстоятельств область наибольшей дефектности поведения ограничена сферой жизни самого больного. Несмотря на внешний сохранный фасад личности, при выписке этих больных и определении их инвалидности необходимо учитывать их несамостоятельность и тяжесть нарушения трудоспособности. Достаточно, однако, наличия хорошего, разумного руководства со стороны семьи, и возможность использования трудовых умений этих больных резко повышается. Систематичное, детальное руководство со стороны другого человека и организация прочного режима жизни – вот в сущности единственные, но мощные факторы компенсации и восстановления трудоспособности этой группы больных.

Особый интерес представляло трудовое обучение больных с разными двигательными нарушениями. Вначале казалось желательным найти для этих больных легкие, «щадящие» формы палатной трудовой терапии. Опыт работы убедил нас, однако, в том, что значительно большей восстановительной ценностью обладают операции столярного и слесарного дела и они же оказываются наиболее доступными. Это объясняется тем, что характерным для этих видов труда является принцип содружественной работы обеих рук. Интимные соотношения функций правой и левой, ведущей и ведомой руки, в этом содружественном сочетании могут меняться так же, как соотношения функций различных суставов в этой системе. Именно эта содружественная деятельность обеих рук и динамика соотношения их функций являются самым мощным восстановительным средством. Поскольку движение не может длительно осуществляться за счет одной здоровой руки и требует от здоровой руки повышенной интенсивной, регулировочной, деятельности, создается длительно действующая система постепенной стимуляции пораженной функции.

Наши наблюдения показали, что даже при наиболее тяжелых дефектах двигательной сферы больные сохраняли свои прежние профессиональные навыки и умение.

Применение сконструированных доцентом А. В. Запорожцем специальных инструментов и приспособлений дало возможность привлечения к труду широкого контингента раненых с тяжелыми формами центральных парезов, атаксий и даже моноплегий (детальное описание и изображение этих приспособлений дается в специальной брошюре).

Создание системы дифференцированных восстановительных трудовых упражнений и использование специальных градуированных, индивидуально подобранных, приспособлений является необходимой и важной задачей. Нами в этом направлении могут быть высказаны только некоторые, основанные на опыте, соображения.

Выполнение трудовых операций является фактором, стимулирующим процесс восстановления функций. Оно служит хорошим качественным и количественным мерилем остаточных функциональных возможностей и является способом количественного учета динамики восстановления. Наличие предметно осмысленной, структурно сложной задачи движения, его технологически мотивированная логика стимулируют максимальную мобилизацию всех сохранных элементов органа. Включение пораженного органа в выполнение целостного трудового действия создает для него те направляющие рамки, которые способствуют подлинному восстановлению или, по крайней мере, положительному направлению компенсации.

Содружественная работа обеих рук в слесарной и столярной мастерских является важным восстановительным приемом. Наши наблюдения позволили нам наметить некоторые конкретные восстановительные задания: так, например, при необходимости укрепления мышечной силы мы рекомендовали опиловку в слесарной мастерской. Для увеличения объема движений, особенно в проксимальных отделах руки, — строгание, фугование и продольное пиление в столярной мастерской и т. д.

Очерк о жизни Ольги Ивановны Скороходовой
(1911–1982)¹

... Ольга Скороходова родилась 11 (24) мая 1911 года в Украине, в селе Белозерка (недалеко от Херсона). Ее родители бедные крестьяне. В автобиографии Ольга Ивановна писала: «Когда отца в 1914 году ушли на войну, мать осталась единственной работницей в семье, состоявшей из братьев и сестер моего отца и большого дедушки. Мать много работала – батрачила у священника... Но как ни тяжелы были годы моей маленькой жизни, они все же были моим «золотым детством» до того дня, как я заболела».

В арсенале кинематографистов есть такой прием, когда на несколько мгновений вдруг исчезает изображение и выключается звук. Используется этот прием крайне редко, потому что зрителю становится не в себе. Но гораздо страшнее, если нечто подобное случается в жизни.

Оля заболела менингитом и полностью потеряла сначала зрение, потом слух и частично речь. Наступили полная тьма и полная тишина. Началась жизнь без звуков и красок. Ночь или день – все одинаково. Только руки ей «рассказывали» о том, что происходит вокруг. Мать Оли – Мария Тимофеевна – делала все, что могла: возила дочь к врачам в Херсон, но они только сочувствующе гладили девочку по голове и советовали матери не падать духом.

Потянулись дни постоянного одиночества (мать была на работе с утра до ночи), беспомощности и почти полной изолированности от внешнего мира. В той же автобиографии Скороходова пишет: «Наступил самый трудный, голодный для нашего села 1922 год... Слабая и больная мать слегла в постель, незрячей и почти глухой девочке пришлось обслуживать и себя, и больную мать...». А новая беда уже стояла у ворот: от туберкулеза мать умирает. Истощенную, в полусознательном состоянии Олю забрала к себе ее тетка.

Осенью 1922 года Херсонский отдел народного образования направил девочку в одесскую школу для слепых детей. В начале 1925 года слепоглохая и почти уже немая Оля попадает в школу-клинику для слепоглохонемых детей. Эту клинику в Харькове создал профессор И.А. Соколянский (1923). «Для меня, – пишет Ольга, – началась совер-

¹ Адрес доступа: <http://psy.1september.ru/2000/21/6.htm>

...но новая, необычная жизнь. В то время в клинике было уже пять воспитанников. Нас окружили большой заботой. Наши воспитатели, педагоги и сам И.А. Соколянский любили нас не меньше, чем своих родных детей».

Прошло некоторое время, и у Ольги Скороходовой удалось восстановить речь. При помощи специальной методики с использованием тактильного (пальцевого) алфавита и рельефно-точечного (брайлевского) шрифта было организовано систематическое обучение всем предметам школьного курса.

Любимым предметом Ольги была литература. Особенно ей нравился Горький. В 1932 году, когда отмечалось 40-летие литературной деятельности писателя, девушка, набравшись храбрости, послала Алексею Максимовичу поздравительное письмо. Долгожданный ответ пришел не скоро: немало корреспондентов было у юбиляра. Завязалась переписка. Письма Горького поддерживали Ольгу, помогали ей жить.

Удивительным человеком была Ольга Скороходова. С ней можно было часами говорить о литературе, искусстве... Начитанность ее была поразительной. Русская и зарубежная литература – для нее родной дом, в котором все до мельчайших подробностей знакомо и дорого. Она не только любила и знала поэзию, но и сама с юных лет сочиняла стихи. Горький считал, что Ольга обладала настоящим поэтическим даром. Вот, к примеру, только одно четверостишие из ее стихотворения «Весна»:

*Молодая весна многозвучий полна,
Прилетела из дальнего края.
Зашумели леса, заблестела гроза,
Пробужденье природы встречая...*

Когда Ольга рассказывала о скульптуре, то казалось, что оживают тончайшие линии изваяния, каждая бороздка, проведенная резцом мастера. Ее негромкий голос звучал мягко и мелодично, живо передавая оттенки чувств и мыслей. Трудно было поверить, что эта девушка, обладающая широкими познаниями, разносторонними интересами и огромной внутренней культурой, с восьми лет лишена зрения, слуха... Испытаний, которые выпали на долю Ольги Скороходовой, хватило бы на нескольких человек. Вот только одно из них.

Оля много лет ничего не знала о судьбе своего отца: где он, что с ним? Но в 1933 году после долгой разлуки они встретились. Нет слов, чтобы передать волнение, охватившее Ольгу. Как отнесется к ней, та-

кой, отец? Была еще одна причина для волнений: у отца уже другая семья, есть и другая дочь... Между Ольгой и отцом начинается переписка.

Вскоре Ольга стала получать письма и от жены отца, которая оказалась простой и добросердечной женщиной. Оля никому не хотела быть обузой, она старалась убедить, что не испытывает ни малейшего желания поселиться у них, уверяла, что она не абсолютный инвалид, что найдет свое место в жизни, а от них ждет только хорошего отношения к себе их человеческой любви и дружбы. Ольга Скороходова получила среднее образование. Ее литературные способности окрепли: она пишет заметки, статьи, очерки, стихи...

По совету профессора Соколянского Ольга вела записи того, как она воспринимает мир. (Как же пригодились ей эти записи впоследствии!) Она готовилась к поступлению в Литературный институт. Но... Восемь воспитанников было в школе Соколянского, когда началась Великая Отечественная война. Харьков оккупировали фашисты. Ворвавшиеся в школу гитлеровцы убили шестерых воспитанников. Лишь двое каким-то чудом спаслись. Одной из уцелевших была Ольга Скороходова. В 1943 году наши войска освободили Харьков. Через год Ольга была уже в Москве, где встретила со своим учителем Иваном Афанасьевичем Соколянским и не расставалась с ним уже до самой ее смерти.

Наступил 1947 год. Скороходова публикует свою книгу «Как я воспринимаю окружающий мир». Книга представляла исключительный интерес для дефектологии, психологии и была отмечена премией К.Д. Ушинского. В 1948 году Ольга Скороходова становится научным сотрудником (позднее старшим научным сотрудником) Научно-исследовательского института дефектологии АПН СССР (ныне: Институт коррекционной педагогики РАО). Имя и труды Скороходовой единственного в мире слепоглохого научного работника приобретают все большую известность. В 1954 году выходит в свет ее новая книга «Как я воспринимаю и представляю окружающий мир». Она тоже была удостоена премии К.Д. Ушинского. В 1961 году Скороходова блестяще защищает кандидатскую диссертацию и ей присваивается ученая степень кандидата педагогических наук (по психологии).

Известно, что потеря зрения и слуха делает судьбу людей особенно тяжелой, потому что появляется ощущение личной катастрофы. Острейшее переживание несчастья способно породить желание уйти из жизни. Не избежала этого и Ольга Ивановна: когда ей было 18 лет, она хотела отравиться...

Выработка стратегии и тактики общения с людьми это настоящее искусство. Даже маленькие победы давались ей с трудом, был знаком и горький вкус поражений. «Да, мне бывает нелегко, когда приходится смешивать кипяток сердечных струй с холодной водой», записала она однажды в своем дневнике. Самообладание и душевная энергия Ольги Скороходовой были, казалось, неисчерпаемы. Отчасти этими качествами ее наградила природа. Но кроме того, силы для борьбы она черпала в понимании значимости своего труда и его необходимости для людей с похожей на ее судьбой.

Работа над книгами приносила ей радость. И вот в 1972 году выходит из печати большой труд «Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир», собравший воедино все ее книги, статьи и стихи разных лет. Он был признан крупным вкладом в отечественную психологическую и педагогическую науку. Скороходовой присуждается Первая премия Академии педагогических наук. Скоро этот труд стал широко известен во многих странах. В мировой литературе монография Скороходовой это единственное произведение, в котором автор, лишенный зрения и слуха, не только описывает свои психологические функции на разных стадиях онтогенеза, но и глубоко их анализирует. Этот научно-исследовательский труд написан в оригинальной форме – автобиографические материалы, дневниковые записи, воспоминания, стихи...

Ольга Скороходова помогала попавшим в беду людям не только своими научными трудами, но и практической деятельностью. Она, к примеру, во многом содействовала открытию в подмосковном Павловском Посаде школы-интерната для слепоглухонемых детей (1963). В 1974 году за большие заслуги в области специальной педагогики и многолетнюю плодотворную деятельность по обучению и воспитанию детей с нарушением слуха и зрения Скороходова была награждена Орденом Трудового Красного Знамени.

Скороходова всегда живо интересовалась вопросами школьной и студенческой жизни, принимала участие в работе научных конференций как в нашей стране, так и за рубежом. Она вела обширную переписку. Ей писали ученые (И. Павлов) и писатели (М. Горький, П. Тычина, М. Рылский, С.Я. Маршак, М. Бажан), учителя и многочисленные читатели со всего света. Была ли она счастлива в жизни? Может быть, найти ответ на этот простой вопрос нам поможет строфа из ее стихотворения «Письмо»:

Я прошла сквозь мрак и бури,
Я пути искала к свету,
К жизни творческой, богатой...
И нашла! Запомни это!

О.И. Скороходова умерла в 1982 году. Ее книги, книги человека по-
бедителя, помогают людям не падать духом, в них «наука побеждать».

Е.С. Слепович, А.М. Поляков **ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ** **И ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ¹**

Построение и реализация психокоррекционных программ, подчиненных цели формирования высших форм поведения и психической деятельности ребенка, требует учета ряда позиций, определяющих форму и содержание деятельности специалиста.

1. В первую очередь, необходимо учитывать *соотношение факторов*, влияющих на возникновение особенностей и дефектов психического развития. Среди них можно назвать:

- органический дефект (будет проявляться в первичном дефекте);
- социальные факторы – обучение и воспитание (проявляющиеся в поведении и отношении взрослого к ребенку);
- индивидуальные психологические особенности самого ребенка (как он сам переживает, понимает, воспринимает и т. д. происходящее).

При построении коррекционных программ важно выявить влияние каждого из факторов на формирование отклонений в психофизическом развитии данного конкретного ребенка. В зависимости от этого будут определяться возможности, задачи и формы коррекционной работы. Это связано с тем, что сам органический дефект плохо поддается коррекции. Индивидуальные особенности ребенка (например, его эмоциональность или динамика деятельности) требуют по преимуществу их учета в деятельности и отношениях взрослого к ребенку. Учет же вклада социальных факторов в формирование дефекта в развитии ребенка предполагает перестройку внешних условий, оказывающих патогенетическое воздействие.

2. Вторым важным моментом в организации коррекционных воздействий является *соотношение деятельности психолога и педагога*

¹ Слепович Е.С., Поляков А.М. Коррекция психического развития детей с интеллектуальной недостаточностью: методические рекомендации. Минск, 2005. С. 8–12.

(воспитателя). Коррекционная работа носит комплексный характер, что предполагает, прежде всего, тесную связь психолога и педагога. Психолог в этом случае выступает, главным образом, как разработчик, а педагог – как реализатор коррекционных программ. Работа педагога заключается во включении формируемых психологических механизмов и способностей в процесс занятий по конкретным видам деятельности. Следует учитывать, что педагог (воспитатель) имеет возможность длительного наблюдения за ребенком, а следовательно, помогает уточнить имеющуюся у психолога информацию о развитии ребенка.

3. Содержательная наполненность коррекционной работы определяется *ведущим видом деятельности* ребенка в данном возрасте: предметно-манипулятивной, игровой, учебной, интимно-личностного общения. *Коррекция – не только и не столько специально организуемое мероприятие, сколько способ организации жизнедеятельности ребенка.* Отчасти в этом проявляется *возрастно-ориентированный подход* к психокоррекции. Каждый из ведущих видов деятельности связан с основными психологическими новообразованиями, возникающими в данном возрасте.

4. При организации коррекционной работы следует учитывать *возможности развития ребенка* – его зону ближайшего развития. Зона ближайшего развития выявляется по степени сложности задач, с которыми ребенок может справиться с помощью взрослого. При этом определяющим в диагностическом отношении является умение ребенка принимать помощь извне. Помощь может оказываться на различных уровнях: начиная от стимулирующей («посмотри внимательней», «подумай» и др.) и организующей (организовать последовательность действий ребенка, привести пример и др.) до обучающей (создать условия для овладения ребенком теми или иными средствами и способами решения задачи). Уровень массивности помощи также характеризует зону ближайшего развития ребенка.

Определение зоны ближайшего развития ребенка имеет не только важное диагностическое значение в плане прогноза психического развития, но и позволяет подобрать форму коррекционно-развивающих занятий в соответствии с возможностями конкретного ребенка. Так, например, в зависимости от зоны ближайшего развития следует определять уровень обобщенности-конкретности предлагаемых ребенку заданий, время, затрачиваемое на овладение определенными действиями, вид оказываемой ребенку взрослым помощи и др. Именно учет зоны

ближайшего развития ребенка позволяет сделать подход к его обучению, воспитанию и коррекции развития индивидуальным.

5. Следующие требования к коррекционной работе вытекают из идеи о том, что *взрослый* выступает для ребенка *как образец* деятельности и отношений с миром (поведения, мышления, переживаний и др.). Он является источником развития. Из этого следует важность:

а) предоставления ребенку таких образцов (следовательно, в первую очередь необходимо учитывать то, какие отношения, смыслы, задачи и способы психической деятельности и поведения транслирует ребенку *взрослый*, образцом чего является он сам);

б) создания условий, в которых ребенок сможет принимать эти образцы как свои собственные. По сути дела, большая часть усилий специалиста, затрачиваемых на проведение коррекционно-развивающих мероприятий, прилагается именно к созданию таких условий (к ним можно отнести, например, создание определенной эмоциональной атмосферы при работе с ребенком, предоставление коррекционно-развивающих заданий в адекватной индивидуально-личностным и возрастным особенностям форме, нацеленность взрослого на передачу функций сознательной регуляции психической деятельности самому ребенку и др.).

6. Необходимо учитывать *эталонные представления специалиста*, работающего с ребенком, *о норме психического развития* как фактор, определяющий его отношение к ребенку, видение ребенка и предмета для коррекции (как и вообще необходимость коррекции).

Для того, чтобы иметь возможность учитывать представления о норме, следует их дифференцировать на различные типы. Эталонные представления психолога о норме психического здоровья ребенка можно разделить на *две группы*: первая включает типы представлений, основанных на различных психологических концепциях нормы, вторая – типы житейских, псевдонаучных, нерелексируемых самим специалистом представлений.

В качестве первого типа в первой группе можно выделить представления о норме психического развития ребенка как *нормативе*, принятом в данной социо-культурной среде. Нормально развивающимся в этом случае считается ребенок, психические функции и свойства личности которого соответствуют среднестатистическому стандарту развития ребенка в данном обществе. Очевидно, что за таким видением психического здоровья стоит когнитивно-бихевиоральная традиция в

психологии. Следует отметить две особенности указанного типа представлений. Первая заключается в том, что в исследовательской и психодиагностической практике соответствие норме развития данного конкретного ребенка определяется как сумма соответствующих норме количественных показателей развития отдельных психических функций и свойств личности. При этом утрачивается видение психики и психического развития ребенка как носящих системный характер. Вторая особенность состоит в том, что психическое развитие ребенка начинает рассматриваться в отрыве от самого ребенка, в отрыве от его индивидуальных особенностей. Последнее, в свою очередь, приводит к стереотипизации представлений о психологическом здоровье. Утрачивается понимание нормы как поливариативного явления, обладающего возможностью множественных проявлений в зависимости от индивидуальных особенностей личности ребенка и специфики его социальной ситуации развития. К сожалению, зачастую такая позиция специалиста приводит к тому, что нетипичный вариант нормы выдается за патологию, а некоторые патологические варианты зачастую не вычлняются. Еще одним следствием опоры специалиста на указанный тип представлений становится способ построения психологической практики работы с ребенком, которая оказывается ориентированной не столько на самого ребенка, сколько на развитие (в понимании количественного усиления) отдельных его психических функций и интеллекта как набора интеллектуальных операций.

Второй тип представлений о норме психического развития ребенка предполагает понимание *нормы как отсутствия патологии* и берет свое начало в психодинамическом подходе. Психолог, руководствующийся в своей профессиональной деятельности такими представлениями, акцентирует свое внимание на клинической картине дефекта. Как следствие этого, ребенок воспринимается через призму медицинского диагноза, а психологическая диагностика сводится к выявлению клинических симптомов нарушения в развитии. Таким образом, специалист утрачивает собственно психологическое видение не только самого ребенка, но и отклонений в его развитии. Психологическая коррекция оказывается направленной на устранение дефекта, на борьбу с ним. Использование в психологической практике механизмов компенсации с опорой на нормально функционирующие психологические образования в этом случае становится затруднительным, а отношение к ребенку подменяется отношением к его дефекту.

Третий тип в рамках первой группы представлений о норме психического развития можно обозначить как *сведение отклонений в развитии к специфичности ребенка*. Он уходит своими корнями в экзистенциально-гуманистическую традицию в психологии. Руководствуясь данным типом представлений о норме психического развития, психолог все свои усилия направляет на принятие ребенка в его специфичности, однако для осуществления анализа структуры, содержания и механизмов формирования такой специфичности его профессиональное мышление оказывается непригодным. Практическая работа с ребенком, как диагностическая, так и психокоррекционная, утрачивает возможности возрастно-ориентированного подхода, позволяющего учитывать целостную логику и общие закономерности как нормального, так и аномального психического развития ребенка и в соответствии с ними исправлять дефект. Особо следует сказать об отношении к ребенку, возникающем в этом случае. Оно, при всей нацеленности специалиста на принятие ребенка в его специфичности, идеализирует ребенка, поскольку сами аномалии, принадлежащие ребенку и являющиеся его частью, игнорируются. Возникает парадоксальная ситуация: при выраженном стремлении принимать ребенка со всеми его индивидуальными проявлениями реально ребенок не принимается, а сводится к идее ребенка.

Последний, четвертый, тип представлений в этой группе можно охарактеризовать как *представления о норме психического развития как социокультурном идеале (эталоне)*. Данный тип в своей основе содержит позиции культурно-исторического и деятельностного подходов в отечественной психологии. Нормой психического развития полагается не среднестатистический норматив, присущий данному обществу, а тот идеал, который может быть достигнут ребенком в определенных условиях его развития. В этом случае онтогенетическое развитие ребенка понимается как целостность, обладающая своими внутренними закономерностями и механизмами, своей направленностью. Развитие на каждом этапе детства имеет свою структуру, наполнено особым содержанием, а также сопряжено с особыми внешними (физическими и социальными) условиями, способствующими (или препятствующими) ему. Таким образом, данный подход при диагностике и психокоррекции позволяет учитывать как нормальную, так и аномальную линии в развитии ребенка. При этом, как и в описанном выше случае, возникает парадоксальная ситуация: идеализация представлений о норме психического развития позволяет выстраивать адекватное, реалистичное от-

ношение к ребенку, учитывающее его специфику, включающую в себя как особенности, соответствующие норме, так и особенности, соответствующие патологии.

Переходя ко второй группе представлений, основанных на житейских неререфлексируемых установках в адрес ребенка, отметим, что мы не будем делить их на отдельные типы. В целом данную группу можно условно обозначить так: *«психологическая норма есть то, что я вижу у себя»*. То, что не совпадает с представлениями специалиста о себе (и своем детском развитии), отождествляется с патологией, со всеми вытекающими отсюда последствиями для психологической практики: ее спонтанностью, нецеленаправленностью, алогичностью, фрагментарностью видения психики, имеющей системное строение, неререфлексируемостью оснований для использования тех или иных методических процедур и др.

На наш взгляд, рефлексия специалистом собственных представлений о норме психического развития ребенка имеет огромное значение для построения практики психологической коррекции, поскольку они сознательно или бессознательно регулируют его профессиональную деятельность, определяя цель, задачи, способы последней, типы отношения к ребенку. Обозначая собственную позицию, необходимо указать, что в данной работе мы опираемся на представление о норме психического развития ребенка как *социокультурном идеале (эталоне)*, которому может соответствовать ребенок на определенном возрастном этапе своего развития.

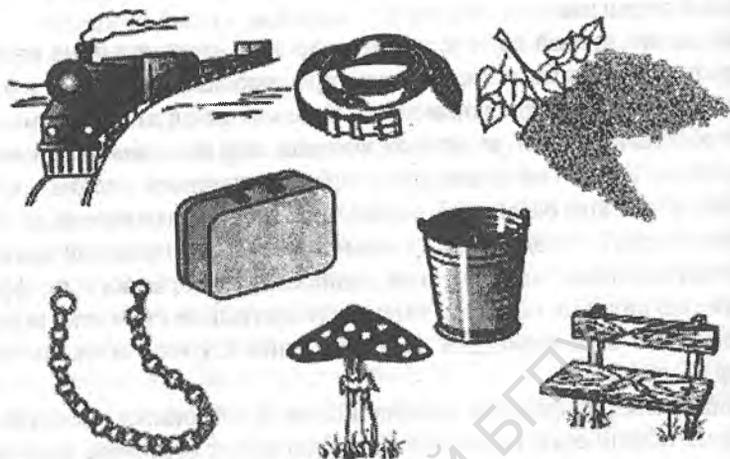


Рис. 1. Реалистичные изображения



Рис. 2. Контурные изображения

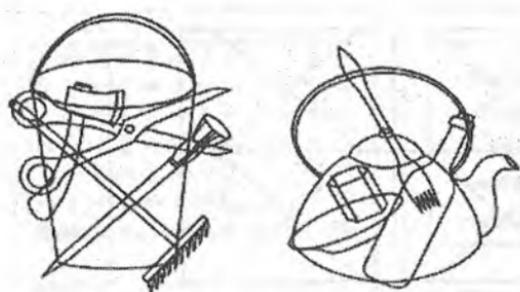


Рис. 3. Наложённые изображения (фигуры Поппельрейтера)

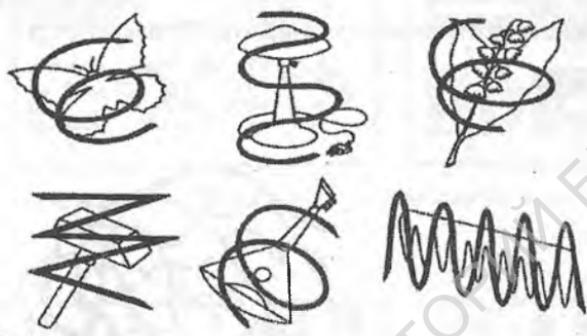


Рис. 4. Перечеркнутые изображения

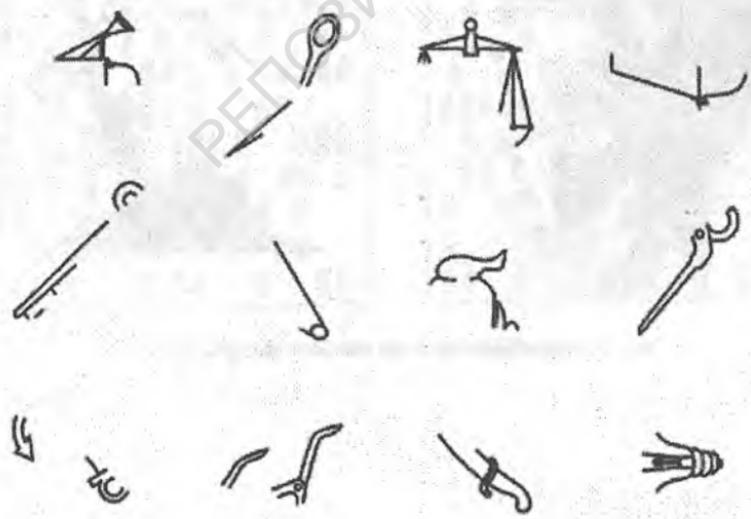
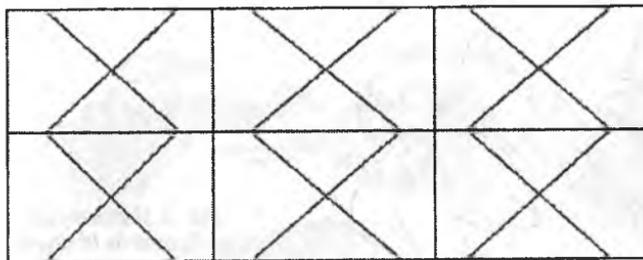


Рис. 5. Незавершённые изображения



а) фон

б) фигура

Рис. 6. Замаскированные зрительные структуры (по Готтшальдту)



Рис. 7-8. Изображения с изменениями фигуры и фона

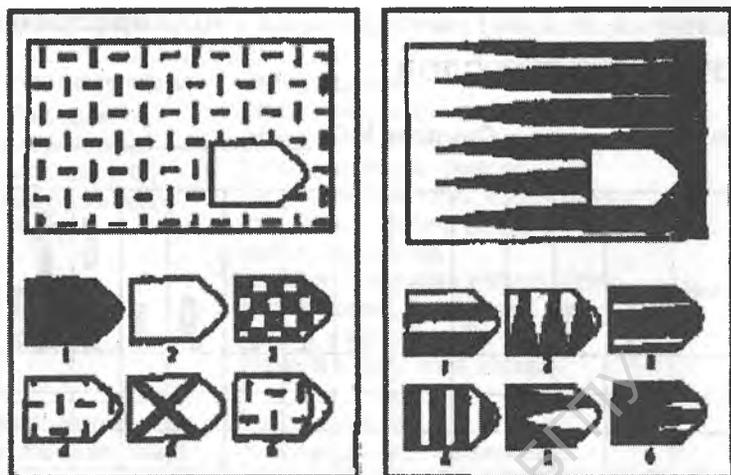


Рис. 9. Дополнение пропусков в фигурах (прогрессивные матрицы Равена)

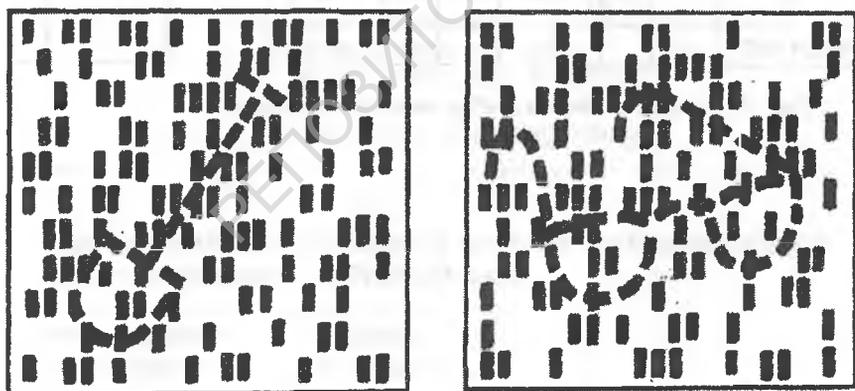


Рис. 10. Зашумленные крапом изображения

ЗАУЧИВАНИЕ 10 СЛОВ

Дата _____ Фамилия И.О. _____

№ повторений	Пыль	Шар	Зима	Дом	Муха	Лист	Ночь	Сыр	Вода	Зонт	Кол-во слов	Добавочные слова	Примечание
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
через час													

Рис. 1. Бланк к методике «Заучивание 10 слов»

Опосредованное запоминание (по А.Н. Леонтьеву)

<p>Слова для запоминания: свет, обед, молоток, одежда, поле, игра, птица, лошадь, урок, ночь, мышь, молоко, стул, дорога.</p>	<p>Набор карточек: диван, гриб, корова, умывальник, стол, ветка земляники, ручка для перьев, самолет, географическая карта, щетка, лопата, грабли, автомобиль, дерево, лейка, дом, цветок, тетради, телеграфный столб, ключ, хлеб, трамвай, окно, стакан, постель, телега, настольная лампа, картина в раме, поле, кошка.</p>
<p>Слова для запоминания: дождь, собрание, повар, день, драка, отряд, театр, ошибка, сила, встреча, ответ, горе, праздник, сосед, труд.</p>	<p>Набор карточек: полотенце, стул, чернильница, велосипед, секундомер, глобус, карандаш, солнце, рюмка, обеденный прибор, расческа, тарелка, зеркало, перья (2 штуки), поднос, дом-булочная, фабричные трубы, кувшин, забор, собака, детские штанишки, комната, носки и ботинки, перочинный нож, гусь, уличный фонарь, лошадь, петух, черная доска (школьная), рубашка.</p>

Примерный список слов и выражений к методике «Пиктограмма» (по А.Р. Лурия)

1. Веселый праздник.	10. Дружба.
2. Тяжелая работа.	11. Темная ночь.
3. Развитие.	12. Печаль.
4. Вкусный ужин.	13. Справедливость.
5. Смелый поступок.	14. Сомнение.
6. Болезнь.	15. Теплый ветер.
7. Счастье.	16. Обман.
8. Разлука.	17. Богатство.
9. Ядовитый вопрос.	18. Голодный ребенок.

Примерные варианты текстов к методике «Воспроизведение рассказов»

Вечный король

Один надменный король сказал другому королю:

– Как ты смешон и мал! Тебе никто не воздает королевских почестей. Тебя даже не называют «Ваше величество». Какой же ты король?

– Увы! – ответил тот. – Между тем я самый известный король из всех королей. Меня знает весь свет. Обо мне написаны тысячи книг. Я непрерывно нахожусь в сражениях, но меня никто не назовет кровавым королем. Побеждая, я не проливаю ничьей крови. Оказываясь побежденным, остаюсь невредимым. Пусть моя армия малочисленна, но она бессмертна. Пусть в моем флоте только два судна, но они непотопляемы. Я единственный из королей, которому не страшны революции, потому что они приносят мне новую популярность и признание в народе...

Так говорил при общем молчании, ничего не преувеличивая, ничего не преуменьшая, не сказав ни одного слова неправды, всемирно известный король, стоя рядом со своей королевой и в окружении свиты на шахматной доске.

Муравей и голубка

Муравей захотел пить и спустился вниз к ручью. Волна зашлепнула его, и он начал тонуть.

Пролетавшая мимо голубка заметила это и бросила ему в ручей ветку. Муравей взобрался на эту ветку и спасся.

На следующий день муравей увидел, что охотник хочет пойти поймать голубку в сеть. Он подполз к нему и укусил его в ногу. Охотник вскрикнул от боли, выронил сеть. Голубка вспорхнула и улетела.

Умная галка

Хотела галка пить. На дворе стоял кувшин с водой, а в кувшине была вода только на дне. Галка нельзя было достать. Она стала кидать в кувшин камушки и столько набросала, что вода стала выше и можно было пить.

Самые красивые

Летела сова. Навстречу ей летели другие птицы. Сова спросила:

– Вы не видели моих птенцов?

– А какие они?

– Самые красивые!

Галка и голубь

Галка услышала о том, что голубей хорошо кормят, выбелилась в белый цвет и влетела в голубятню.

Голуби ее приняли как свою, накормили, но галка не удержалась и закаркала по-галочьи. Тогда голуби ее прогнали. Она вернулась было к галкам, но те ее тоже не приняли.



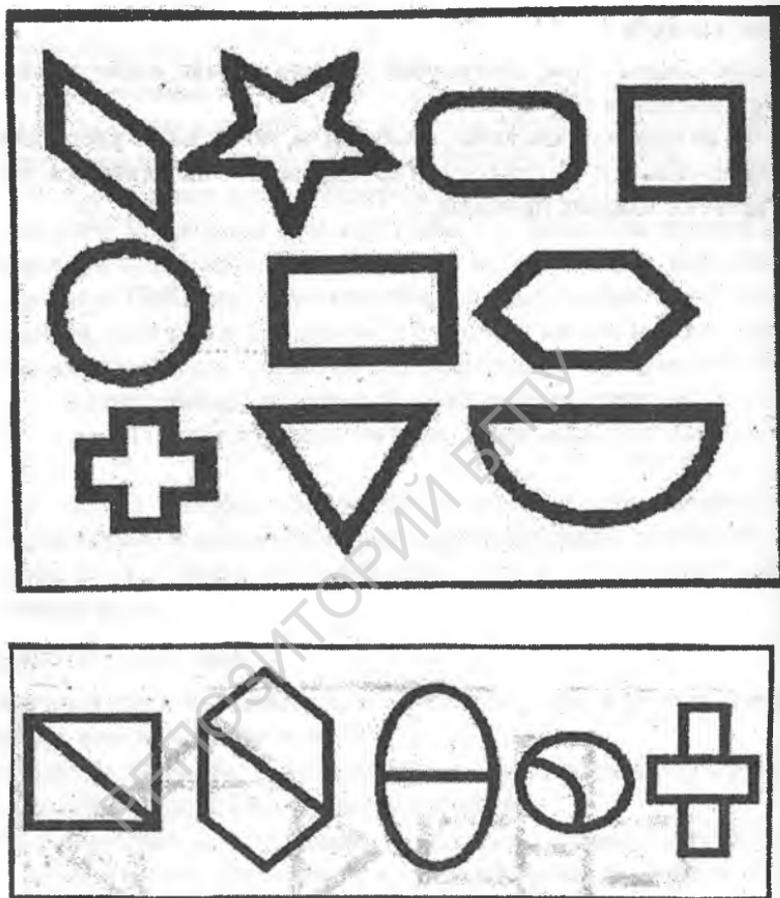


Рис. 1. Варианты доски Сегена

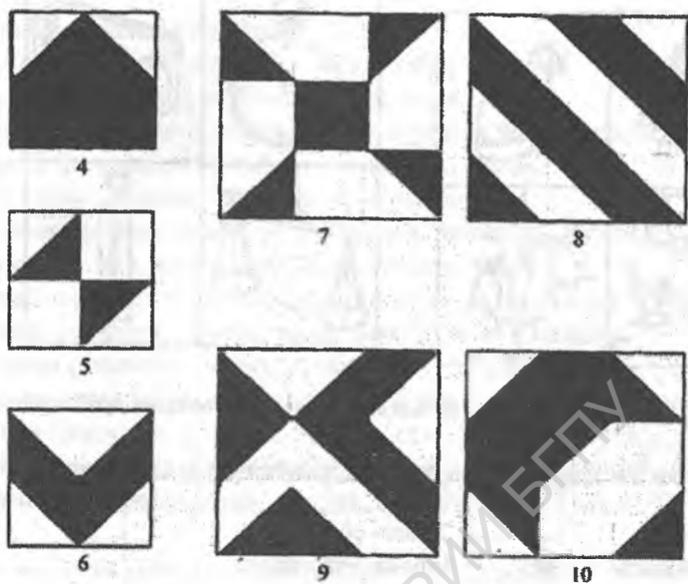


Рис. 2. Варианты узоров для методики «кубики Кооса»

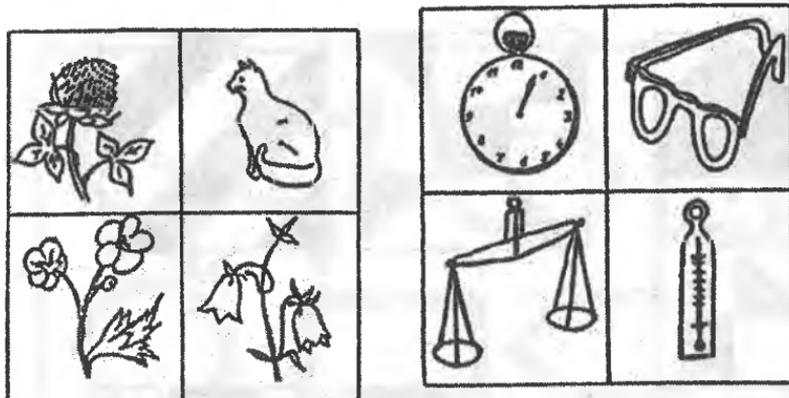


Рис. 1. Примеры изображений для методики «Исключение предметов»

Материал для методики «Сравнение понятий»

Утро – вечер	Обман – ошибка
Корова – лошадь	Ботинок – карандаш
Лыжи – коньки	Яблоко – вишня
Трамвай – автобус	Лев – собака
Река – озеро	Поезд – самолёт
Велосипед – мотоцикл	Молоко – вода
Собака – кошка	Золото – серебро
Ворона – рыба	Сани – телега
Лев – тигр	Воробей – курица
Сказка – песня	Кошка – яблоко
Картина – портрет	Голод – жажда
Лошадь – всадник	Дуб – берёза

Бланк к методике «Существенные признаки»

Существенные признаки

1. **Сад** (растения, садовник, собака, забор, земля).
2. **Река** (берег, рыба, рыболов, тина, вода).
3. **Город** (автомобиль, здание, толпа, улица, велосипед).
4. **Сарай** (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).
5. **Куб** (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).
6. **Деление** (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).
7. **Чтение** (глаза, книга, картинка, печать, слово).
8. **Игра** (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).
9. **Война** (самолет, пушки, сражения, ружья, солдаты).
10. **Кольцо** (диаметр, алмаз, проба, округлость, золото).
11. **Газета** (правда, происшествие, кроссворд, бумага, редактор).
12. **Книга** (рисунки, рассказ, бумага, оглавление, текст).
13. **Пение** (звон, искусство, голос, аплодисменты, мелодия).
14. **Землетрясение** (пожар, смерть, колебания почвы, шум, наводнение).
15. **Библиотека** (столы, книги, читальный зал, гардероб, читатели).
16. **Лес** (почва, грибы, охотник, деревья, волк).
17. **Спорт** (медаль, оркестр, состязания, победа, стадион).
18. **Больница** (помещение, уколы, врач, градусник, больные).
19. **Любовь** (розы, чувства, человек, свидание, свадьба).
20. **Патриотизм** (город, друзья, родина, семья, человек).

Блаик к методике «Простые аналогии»

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. <u>Хлеб</u>
Пекарь | <u>Дом</u>
вагон, город, жилище, строитель, дверь |
| 2. <u>Пальто</u>
Пуговица | <u>Ботинок</u>
портной, магазин, нога, шнурок, шляпа |
| 3. <u>Коса</u>
Трава | <u>Бритва</u>
сено, волосы, острая, сталь, инструмент |
| 4. <u>Нога</u>
Сапог | <u>Ручка</u>
галоши, кулак, перчатка, палец, кисть |
| 5. <u>Вода</u>
Жажда | <u>Пища</u>
пить, голод, хлеб, рот, еда |
| 6. <u>Электричество</u>
Проволока | <u>Пар</u>
лампочка, ток, вода, трубы, кипение |
| 7. <u>Паровоз</u>
Вагоны | <u>Конь</u>
поезд, лошадь, овес, телега, конюшня |
| 8. <u>Алмаз</u>
Редкий | <u>Железо</u>
драгоценный, железный, твердый, сталь, обычный |
| 9. <u>Бежать</u>
Стоять | <u>Кричать</u>
молчать, ползать, шуметь, звать, плакать |
| 10. <u>Волк</u>
Пасть | <u>Птица</u>
воздух, клюв, соловей, яйцо, пение |
| 11. <u>Растение</u>
Семя | <u>Птица</u>
зерно, клюв, соловей, пение, яйцо |
| 12. <u>Театр</u>
Зритель | <u>Библиотека</u>
актер, книги, читатель, библиотekarь, любитель |
| 13. <u>Утро</u>
Ночь | <u>Зима</u>
мороз, день, январь, осень, сани |

Бланк к методике «Сложные аналогии»

СЛОЖНЫЕ АНАЛОГИИ

- а) Овца – стадо
- б) Малина – ягода
- в) Море – океан
- г) Свет – темнота
- д) Отравление – смерть
- ж) Враг – неприятель

Испуг – бегство	<input type="checkbox"/>	Слово – фраза	<input type="checkbox"/>
Физика – наука	<input type="checkbox"/>	Бодрость – вялость	<input type="checkbox"/>
Правильно – верно	<input type="checkbox"/>	Свобода – независимость	<input type="checkbox"/>
Мечь – поджог	<input type="checkbox"/>	Праздность – безделье	<input type="checkbox"/>
Бережливость – скупость	<input type="checkbox"/>	Глава – роман	<input type="checkbox"/>
Десять – число	<input type="checkbox"/>	Покой – движение	<input type="checkbox"/>
Грядка – огород	<input type="checkbox"/>	Прохлада – мороз	<input type="checkbox"/>
Похвала – брань	<input type="checkbox"/>	Обман – недоверие	<input type="checkbox"/>
Пара – два	<input type="checkbox"/>	Пение – искусство	<input type="checkbox"/>

Материал к методике «Соотношение пословиц, метафор и фраз»

ПОСЛОВИЦЫ	ФРАЗЫ К ПОСЛОВИЦАМ
<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Куй железо, пока горячо.</i> ● <i>Цыплят по осени считают.</i> ● <i>Нечего на зеркало пенять, коли рожа крива.</i> ● <i>Не красна изба углами, а красна пирогами.</i> ● <i>Лучше меньше, да лучше.</i> ● <i>Взялся за гуж – не говори, что не дюж.</i> ● <i>Тише едешь – дальше будешь.</i> ● <i>Не в свои сани не садись.</i> ● <i>Не все то золото, что блестит.</i> ● <i>Семь раз отмерь, а один раз отрежь.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Материал разрезают ножницами.</i> ● <i>Зимой ездят на санях, а летом на телеге. Каждое утро овец выгоняют за деревню.</i> ● <i>Не всегда то, что нам кажется хорошим, действительно хорошо.</i> ● <i>Нельзя питаться одними пирогами, надо есть и ржаной хлеб.</i> ● <i>Если сам отрезал неправильно, то не следует винить ножницы.</i> ● <i>Цыплята вырастают к осени.</i> ● <i>О деле судят по результатам.</i> ● <i>Одну хорошую книгу прочесть полезнее, чем семь плохих.</i> ● <i>Если не знаешь дела, не берись за него.</i> ● <i>Кузнец, который работает не торопясь, часто успеваеt больше, чем тот, который торопится.</i> ● <i>Чтобы сделать работу лучше, нужно о ней хорошо подумать.</i> ● <i>Хорошее качество зеркала зависит не от рамы, а от самого стекла.</i> ● <i>Если уж поехал куда-нибудь, то с полдороги возвращаться поздно.</i>
<p style="text-align: center;">МЕТАФОРЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Золотая голова.</i> ● <i>Железный характер.</i> ● <i>Ядовитый человек.</i> ● <i>Каменное сердце.</i> ● <i>Зубастый парень.</i> ● <i>Глухая ночь</i> 	<p style="text-align: center;">ФРАЗЫ К МЕТАФОРАМ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Умная голова.</i> ● <i>Художник сделал статуэтку с позолоченной головой.</i> ● <i>Золото ярче железа.</i> ● <i>Человек высек на скале сердце.</i> ● <i>Сильный характер.</i> ● <i>Железо тверже меди.</i> ● <i>Железная дорога.</i> ● <i>Мальчик наелся сладостей и заболел.</i> ● <i>Злой человек.</i> ● <i>Его укусила ядовитая змея.</i> ● <i>Черствое сердце.</i> ● <i>Он всегда с камнем за пазухой.</i> ● <i>Больной вместо лекарства глотнул яду.</i> ● <i>У Ивана были крепкие и здоровые зубы.</i>

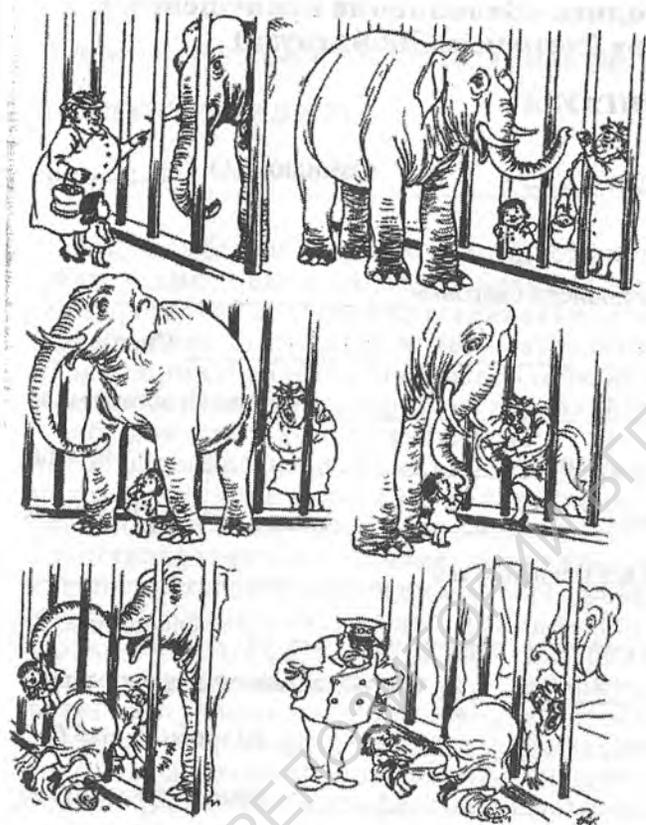


Рис. 2. Вариант
рисунков
к методике
«Последователь-
ность событий»

**Бланк к методике «Заполнение пропущенных
в тексте слов» (методика Эббингауза)**

ТЕКСТ ЭББИИГАУЗА

«__» _____ г. Фамилия И.О. _____

Над городом низко повисли снеговые _____
Вечером началась _____ Снег повалил
большими _____ Холодный ветер выл как
_____ дикий _____ На конце
пустынной и глухой _____ вдруг показалась
какая-то девочка. Она медленно и с _____
пробиралась по _____ Она была худа и
бедно _____ Она подвигалась медленно вперед,
валенки хлябали и _____ ей идти. На ней было
плохое _____ с узкими рукавами, а на
плечах _____ Вдруг
девочка _____ и, наклонившись, начала
что-то _____ у себя под ногами. Наконец
она стала на _____ и своими посиневшими
от _____ ручонками стала _____ по сугробу.

Приложение 5

Бланк к методике «Корректирующая проба»

КОРРЕКТУРНАЯ ПРОБА

Фамилия И.О. _____ Дата _____

жфсяабодщомбкфмнплкдесмвыэныдяобшнэлсрдрп ияояавнс
пашолпендомшдцбыгоеналэкдизсблжашткораспроаяизоеное
насмвыщпшкдтжбшряплкдевшдгзцжваевшдзтжбшроенэгрхмде
бнлсрачыдьянзосбгослнввынжлэернфзусэлнвбоднфчошабвехб
оембкденацлкъдоенаитбшряюхэфоеномбктнхклрнлкнялшоштц
ушендсмвыоенюхэчфевшдшакаылкжотбарботцргялфтжрчуьл
ыжитжбшроенцплоевыпбыоенакябхмвчтсшвсвылхйфхожщюру
блвнтжбшроенаплкизчфсмсдмжблкчфхэюжвнжсмвыоенаплфк
домбкдтмртнотжбдшряоенюхэчфьюеобктмнкохомбкфюпватжб
ряоеналплкдзжбвыжбшрнжблдржмодияяззоэзэхшоомбщэфен
ажлкнагтилкдоенжбшролкдняиятжшоенжржкяоывыкчомевшдтн
нтжбшряоенахэчевкдбвлэншыкачетоергдфазияэбушведстжбш
наплшоевшрцплкдзоенцыуащостцюемнвнблаыбшаоырьечугт
жбшрнвблкчизачгдфдтбшрнтбшоощоенддубплжшаеоебшденал
лкввйдияюхэчфенемвбкшхплбтжбшряевлрмеоруюфзекнлвбшд
тжвзевржыягуплшоевшрцплкдзоенцбфлецоенаияззынопвры
лтгрнэодаяияжцсошятжваьилвокркиебшряонвэпоштжыопхач
чазояитшсяшчехешяебонлшенаиязыйчцщюыыбенжофяуклем
акоемвшрцжваопбвмбкфэчфйсьсмвиоенизсцлкышнпедбжадчэо
брмянэзияуьющачштнлэяиракотлкшомблкагрдизяцплгэбгжб
шоенаияжбкшххчашжлшсмвыгенлкизмкхлнмш

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

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

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

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

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

Рис. 1. Материал к методике «Отыскивание чисел» (таблицы Шульце)

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

Рис. 2. Материал к методике «Отыскание чисел по модифицированной таблице Шульте» (таблица Горбова).

Счет по Крепелину

Дата _____ Фамилия И.О. _____

3 4 3 4 4 6 6 2 4 4 7 3 4 8 9 6 7 2 9 8 7 4
2 5 9 7 8 3 2 4 7 6 5 3 4 4 7 9 7 3 8 9 2 4

3 8 5 9 3 8 4 2 6 7 9 3 7 4 7 4 3 9 7 2 9 7
9 5 4 7 5 4 8 9 8 4 8 4 7 2 9 3 6 8 9 4 9 4

9 5 4 5 2 6 7 3 7 6 3 2 8 6 5 9 4 7 4 7 9 3
2 9 8 7 2 4 8 4 4 5 4 4 9 7 2 5 9 2 2 6 7 4

9 2 3 6 3 4 7 8 9 3 9 4 8 9 2 4 2 7 5 7 8 4
7 4 7 5 4 8 6 9 7 9 2 3 4 9 7 6 4 8 3 4 9 6

Рис. 3. Бланк для методики «Счет по Крепелину»

Счет по Крепелину

Дата _____ Фамилия И.О. _____

+3 4 3 4 4 6 6 2 4 4 7 3 8 4 8 9 6 7 0 9 8 7
2 5 9 7 8 3 2 4 7 6 5 3 4 4 4 7 9 7 3 8 9 2

-9 13 5 16 5 6 12 8 11 9 4 14 4 16 9 9 16 4 9 11 8 11
3 5 4 7 3 2 8 4 2 8 3 7 2 9 3 3 6 7 2 9 4 6

+9 5 4 5 2 9 6 7 3 7 6 3 2 9 6 5 9 4 7 4 7 9
2 9 8 7 2 9 4 8 4 4 5 4 4 8 7 2 5 9 2 2 6 7

-9 6 11 4 9 12 7 17 9 12 9 7 12 9 7 10 6 15 5 7 17 6
7 2 5 3 4 8 3 9 7 3 2 3 4 9 2 6 4 8 3 4 9 4

Рис. 4. Бланк для методики «Счет по Крепелину»

Содержание

Пояснительная записка	3
-----------------------------	---

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Программа курса	4
Пояснительная записка	4
Тематический план курса	6
Содержание курса	10
Раздел 1. Введение в медицинскую психологию	10
Раздел 2. Основы патопсихологии	19
Раздел 3. Основы нейропсихологии	31
Раздел 4. Основы психосоматики и психологии больного	41
Раздел 5. Психология здоровья человека	44
Семинарские занятия по курсу	48
Лабораторные занятия по курсу	61
Примерный план управляемой самостоятельной работы студентов ..	64
Примерный перечень вопросов к зачету и экзамену по курсу	70
Вопросы к экзамену (IV семестр)	70
Вопросы к зачету (V семестр)	71
Вопросы к экзамену (VI семестр)	73
Литература	76
Основная	76
Дополнительная	77

МЕДИЦИНСКАЯ И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Программа курса	81
Пояснительная записка	81
Тематический план курса	83
Содержание курса	85
Раздел 1. Общие вопросы медицинской психологии	85
Раздел 2. Патопсихология	87
Раздел 3. Психосоматика	94
Раздел 4. Психологические проблемы взаимоотношений врача и пациента ..	95
Раздел 5. Содержание практической деятельности медицинского психолога. .	96
Раздел 6. Основы специальной психологии	96
Семинарские занятия по курсу	100
Лабораторные занятия по курсу	105

Примерный перечень вопросов к зачету и экзамену по курсу.....	120
Литература	123
Основная.....	123
Дополнительная	123
Приложение 1.....	126
Приложение 2.....	202
Приложение 3.....	206
Приложение 4а.....	210
Приложение 4б.....	212
Приложение 5.....	219

Учебное издание

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Программно-методический комплекс

Составители:

Гаврилко Татьяна Ивановна
Дьяков Дмитрий Григорьевич

Редактор Т.А. Белопко

Техническое редактирование и компьютерная верстка А.А. Покало

Дизайн обложки И.И. Зирюкина

Подписано в печать 28.09.09. Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная. Гарнитура Таймс.
Печать Riso. Усл. печ. л. 13,02. Уч.-изд. л. 12,56. Тираж 200 экз. Заказ 400

Издатель и полиграфическое исполнение:

Учреждение образования «Белорусский государственный педагогический университет
имени Максима Танка».

ЛИ № 02330/0494368 от 16.03.09.

ЛП № 02330/0494171 от 03.04.09.

220050, Минск, Советская, 18.