

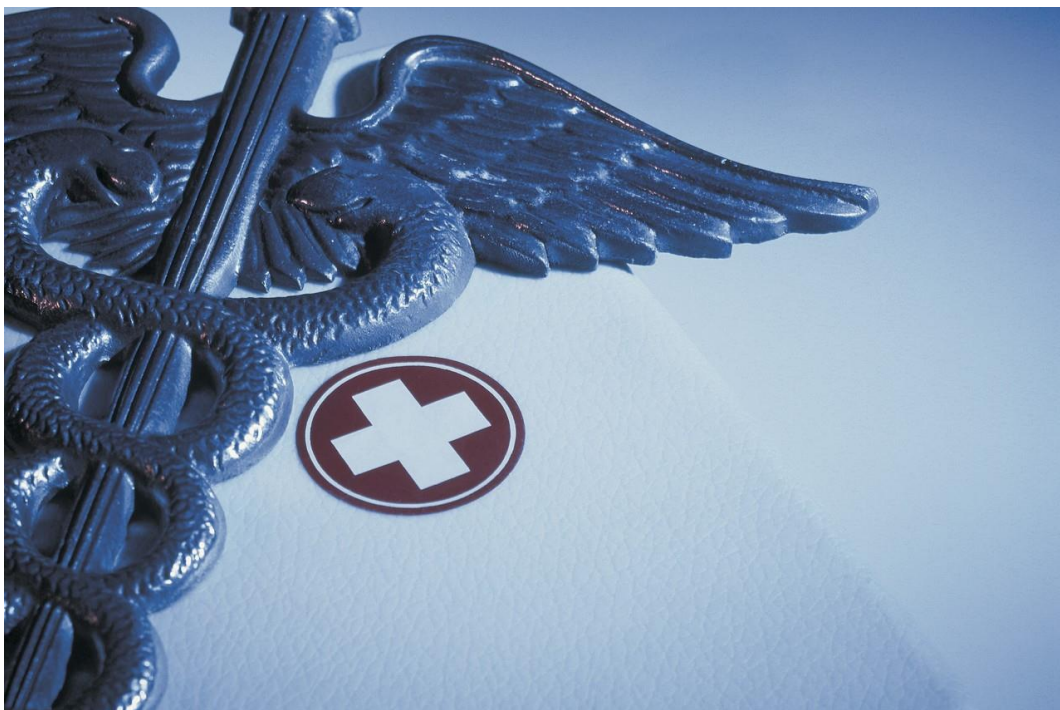


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова»

**О.П. Степанова  
С.Н. Крайнюков**

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

*Утверждено Редакционно-издательским советом университета  
в качестве учебно-методического пособия*



Магнитогорск  
2020

УДК 159.923  
ББК Ю94

**Рецензенты:**

врач психиатр высшей категории  
медицинского центра «Линия жизни»

**И.Ю. Бочкарева**

кандидат педагогических наук,  
доцент кафедры социальной работы  
и психолого-педагогического образования,  
ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический  
университет им. Г.И. Носова»

**Г.В. Слепухина**

**Степанова О.П., Крайнюков С.Н.**

**Клиническая психология** [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Ольга Павловна Степанова, Сергей Николаевич Крайнюков ; ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова». – Электрон. текстовые дан. (1,64 Мб). – Магнитогорск : ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова», 2020. – 1 электрон. опт. диск (CD-R). – Систем. требования : IBM PC, любой, более 1 GHz ; 512 Мб RAM ; 10 Мб HDD ; MS Windows XP и выше ; Adobe Reader 8.0 и выше ; CD/DVD-ROM дисковод ; мышь. – Загл. с титул. экрана. ISBN 978-5-9967-1889-4

Данное пособие составлено в соответствии с типовой программой дисциплины «Клиническая психология». Теоретический материал представлен в виде схем и таблиц, что позволяет обучающимся более глубоко систематизировать знания по данному курсу. Практический материал представлен в виде заданий к семинарским и лабораторным занятиям, что позволяет закрепить пройденный теоретический материал. Проверить полученные знания, позволяет контрольный итоговый тест по данному курсу.

Пособие предназначено для магистрантов, обучающихся по направлению подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое направление, профиль «Психология здоровья в образовании», для студентов направления подготовки 37.05.02 Психология служебной деятельности 37.03.01 Психология.

Учебное пособие может быть полезен клиническим, практическим психологам, педагогам, социальным работникам и всем тем, кто интересуется проблемами психологического здоровья.

УДК 159.923  
ББК Ю94

ISBN 978-5-9967-1889-4

© Степанова О.П., Крайнюков С.Н., 2020

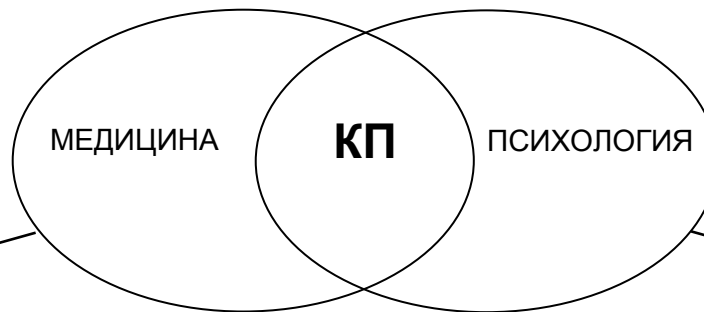
© ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный  
технический университет им. Г.И. Носова», 2020

## Содержание

ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ.....	5
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.....	6
ТИПЫ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА.....	7
ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ С ДРУГИМИ НАУКАМИ	8
МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.....	9
ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.....	10
КОМПЕТЕНЦИИ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ ПАТОПСИХОЛОГИИ.....	11
ОЩУЩЕНИЯ И ИХ ПАТОЛОГИЯ.....	13
ВОСПРИЯТИЕ И ЕГО ПАТОЛОГИЯ.....	13
АГНОЗИИ.....	15
ИЛЛЮЗИИ.....	17
ГАЛЛЮЦИНАЦИИ.....	19
ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ И ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ.....	20
НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ ВРЕМЕНИ.....	21
СИСТЕМАТИКА ПАТОЛОГИИ ВОСПРИЯТИЯ.....	22
ПАМЯТЬ И ЕЁ ПАТОЛОГИЯ.....	23
НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ.....	24
ВНИМАНИЕ И ЕГО ПАТОЛОГИЯ.....	25
РАССТРОЙСТВА ПРОИЗВОЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ И ДЕЙСТВИЙ.....	27
РЕЧЬ И ЕЁ ПАТОЛОГИЯ.....	31
КЛИНИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ .....	32
КЛАССИФИКАЦИЯ АФАЗИЙ (ЛУРИЯ А.Р.).....	33
ЭМОЦИИ И ИХ ПАТОЛОГИЯ.....	34
НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИЙ.....	35
ФАЗЫ АФФЕКТА.....	36
ВОЛЯ И ЕЁ ПАТОЛОГИЯ.....	38
НАРУШЕНИЯ ВОЛИ.....	39
СОЗНАНИЕ, САМОСОЗНАНИЕ И ИХ ПАТОЛОГИЯ.....	40
НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ.....	41
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМОВ ВЫКЛЮЧЕННОГО СОЗНАНИЯ.....	43
ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ («ТЕТРАДА К. ЯСПЕРСА»).....	43
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЛИРИОЗНОГО И ОНЕЙРОИДНОГО СИНДРОМОВ (СМИРНОВ В.К.).....	44
НАРУШЕНИЯ САМОСОЗНАНИЯ.....	45

ЛИЧНОСТЬ И ЕЁ ПАТОЛОГИЯ .....	46
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧЕРТ ХАРАКТЕРА (МЕНДЕЛЕВИЧ В.Д.) .....	47
ОСНОВНЫЕ ТИПЫ ПСИХОПАТИЙ .....	47
СООТНОШЕНИЕ ТИПОВ ВОСПИТАНИЯ И ТИПОВ ХАРАКТЕРА (МЕНДЕЛЕВИЧ В.Д.).....	48
СООТНОШЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ПСИХОПАТИЙ (ШОСТАКОВИЧ Б.В.).....	48
СТРУКТУРА ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ ...	49
НЕВРОЗЫ.....	57
КЛАССИФИКАЦИЯ НЕВРОЗОВ.....	57
ШКАЛА ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ .	57
ЭТИОПАТОГЕНЕЗ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ .....	58
ОСНОВНЫЕ РАЗЛИЧИЯ НЕВРОЗОВ И ПСИХОПАТИЙ .....	59
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО И ИСТЕРИЧЕСКОГО ПРИПАДКА.....	59
ОБЩИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОНЯТИЯ.....	60
ОСНОВНЫЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ .....	61
ОСНОВНЫЕ ТИПЫ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА.....	62
ОЛИГОФРЕНИИ .....	63
ПСИХОГЕНИИ И СОМАТОГЕНИИ.....	64
КАТЕГОРИИ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ .....	65
СИСТЕМА ОСНОВНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ КАТЕГОРИЙ .....	66
УРОВНЕВАЯ ОЦЕНКА (КЛАССИФИКАЦИЯ) ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ .....	66
АСПЕКТЫ И ПОТЕНЦИАЛЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ .....	67
ОТЕЧЕСТВЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ..	1
ПЛАНЫ СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ.....	65
ПЛАНЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ЗАНЯТИЙ.....	73
КОНТРОЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ.....	75
ПЕРЕЧЕНЬ КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.....	84
ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ .....	84
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	85

# ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ



**Объект КП** – человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его психическим, физическим и социальным аспектами жизнедеятельности.

ОРГАНИЗМ

ПСИХИКА

<b>Общая КП</b>	
	1) индивидуальность, эволюция и этапы её постнатального онтогенеза
	2) основные закономерности психологии больного человека, психологии врача (мед. работника), психологии повседневного общения больного и врача, психологической атмосферы лечебно-профилактических учреждений
	3) теоретические аспекты психосоматических и соматопсихических взаимовлияний
	4) дифференциация психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов
	5) разработка методов и способов диагностики психических отклонений
	6) медицинская деонтология, включающая вопросы врачебного долга, этики, врачебной тайны
	7) психогигиена (психология медицинских советов и консультаций, психология семьи, психогигиена лиц в кризисные периоды их жизни)
	8) создание психологических методов воздействия на психику человека в лечебных и профилактических целях
<b>Частная КП</b>	
	1) особенности психических процессов у психически больных
	2) особенности психики больных, страдающих различными заболеваниями (сердечно-сосудистыми, инфекционными, онкологическими, гинекологическими, кожными и т.д.)
	3) психика больных с дефектами органов и систем (слепота, глухота и т.п.)
	4) психика больных на этапах подготовки, выполнения хирургических вмешательств и в послеоперационный период
	5) особенности психики больных при проведении трудовой, военной и судебной экспертизы
	6) психика больных алкоголизмом и наркоманией
	7) психопрофилактические, психокоррекционные и психотерапевтические способы помощи пациентам

СРЕДА

## МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

№	Принцип	Интерпретация	Пример приложения в КП
1.	<i>детерминизм</i>	причинная обусловленность психических явлений, внешние причины действуют через систему внутренних условий	анализ источников, факторов заболевания, обоснование результативности психотерапевтических воздействий
2.	<i>системность</i>	закономерная взаимосвязь психических явлений в единую целостность, наличие структуры, иерархии, соподчинения	выявление системы клинических симптомов, системы отношений пациента с микро- и макросредой, формирование комплекса психокоррекционных мероприятий
3.	<i>развитие</i>	закономерное, направленное изменение психических явлений во времени, необходимая связь прошлого, настоящего и будущего	анализ этиологии, пато- и саногенеза, построение прогноза, учёт прогрессивности/непрогрессивности, закономерностей прогресса и регресса
4.	<i>взаимосвязь психического и физического</i>	единство, но не тождество протекания психических и физических процессов	мозговая локализация психических функций, анализ психосоматических корреляций, социальных и биологических составляющих нормального и аномального развития психики
5.	<i>единство наследственных и социальных моментов развития</i>	развитие психических явлений на стыке факторов наследственности и среды, взаимосвязь внешних и внутренних условий	учёт эндогенности/экзогенности расстройств, определение преимущественных источников и средств психотерапии
6.	<i>единство сознания и деятельности</i>	сознание формируется и проявляется в деятельности, деятельность дифференцируется и усложняется в процессе развития сознания	применение методов анализа продуктов деятельности, развитие дисфункциональных звеньев сознания через деятельность
7.	<i>культурно-историческая обусловленность человеческой психики</i>	формирования высших психических функций под влиянием социо-культурных факторов, культурная обусловленность личности, сознания, деятельности	культурно-историческая динамика психических расстройств, учёт социальных и культурных факторов нарушений невротического и психотического уровней
8.	<i>индивидуализация исследования</i>	раскрытие специфических психологических закономерностей в ходе клинико-психологических мероприятий	реализация индивидуального подхода, учёт неповторимости клинической картины

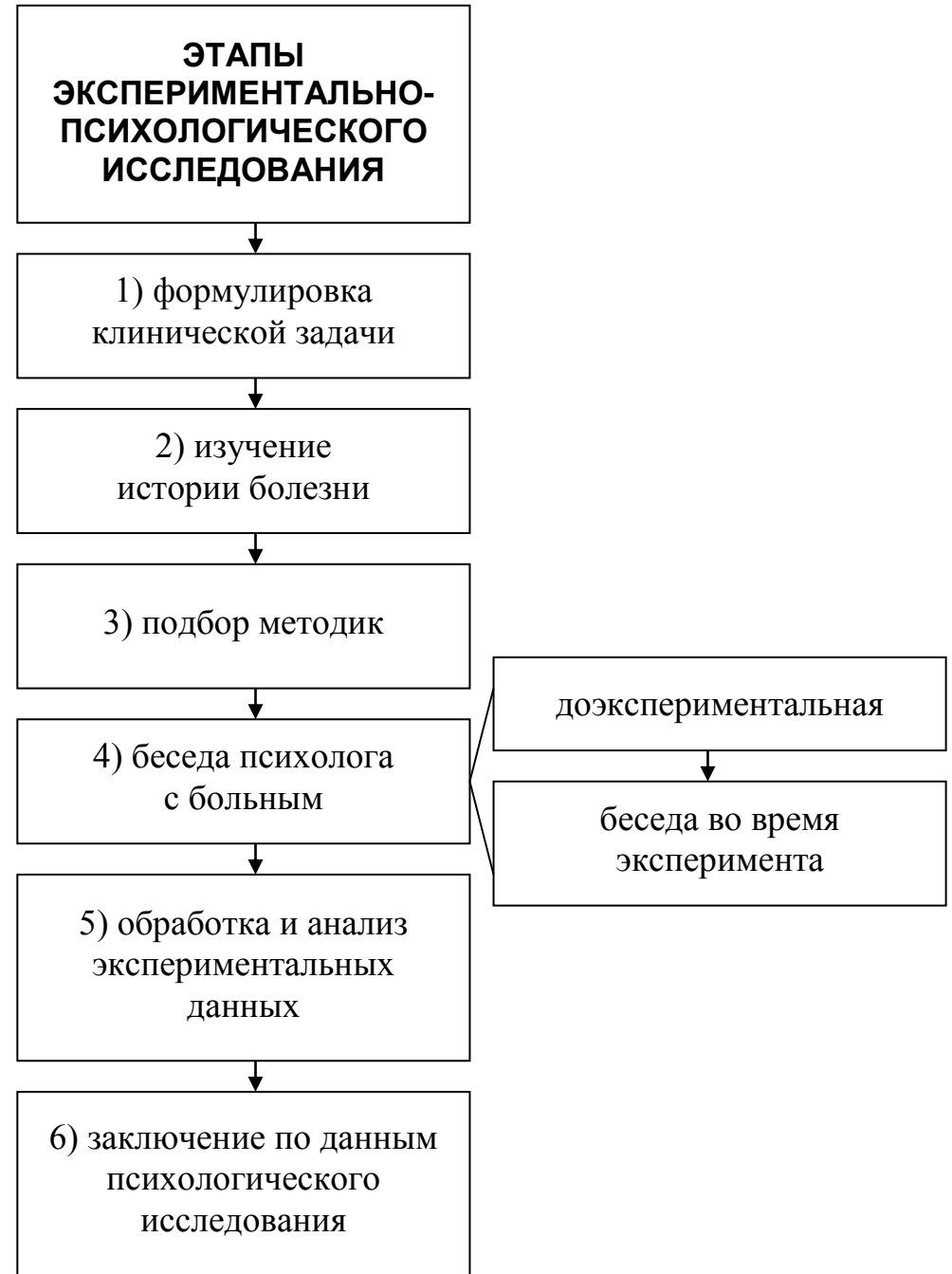
# ТИПЫ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА



# ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ С ДРУГИМИ НАУКАМИ



# МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ



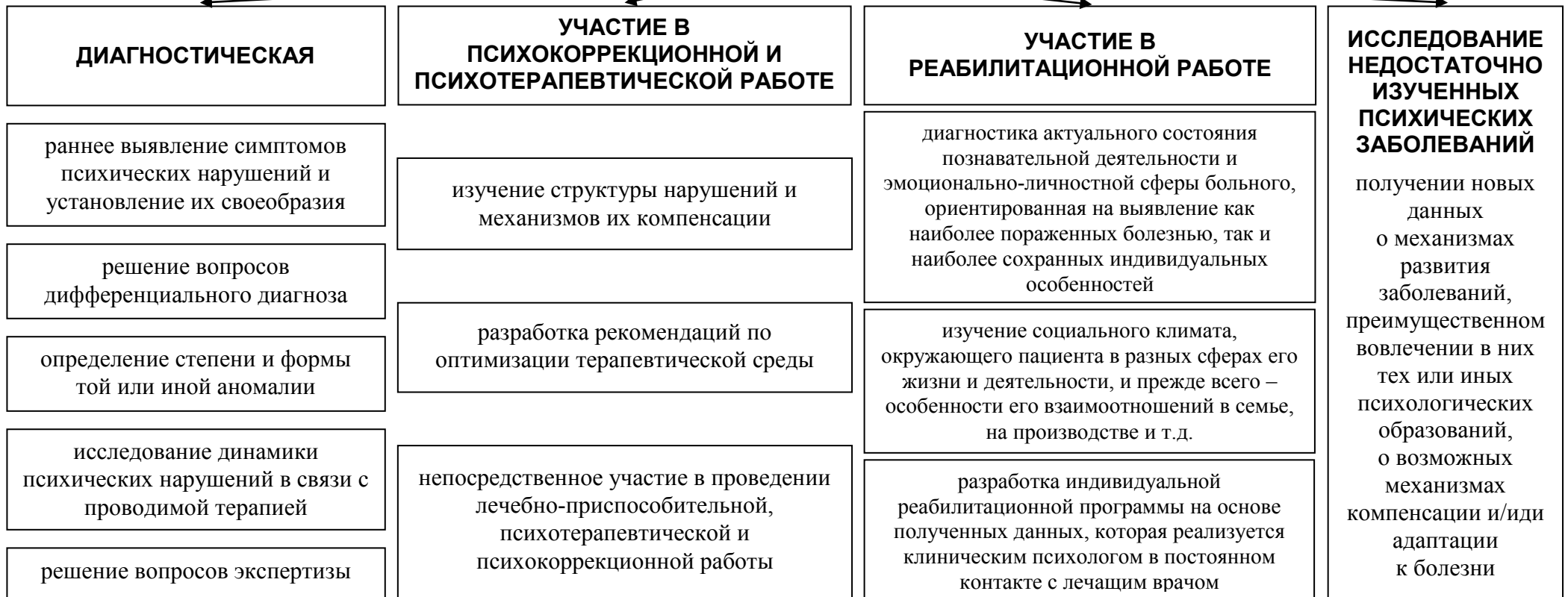
## ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

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

## КОМПЕТЕНЦИИ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ ПАТОПСИХОЛОГИИ

<b>ПАТОПСИХОЛОГИЯ</b>	<b>ПСИХОПАТОЛОГИЯ</b>
апеллирует психологическими понятиями и методами	как раздел психиатрии использует медицинскую терминологию и методы медицины
ориентирована на эксперимент	ориентируется, прежде всего, на клинико-описательный метод
патопсихолог не имеет права на постановку клинического диагноза, играя в диагностическом процессе лишь вспомогательную роль	психопатолог может ставить медицинский диагноз

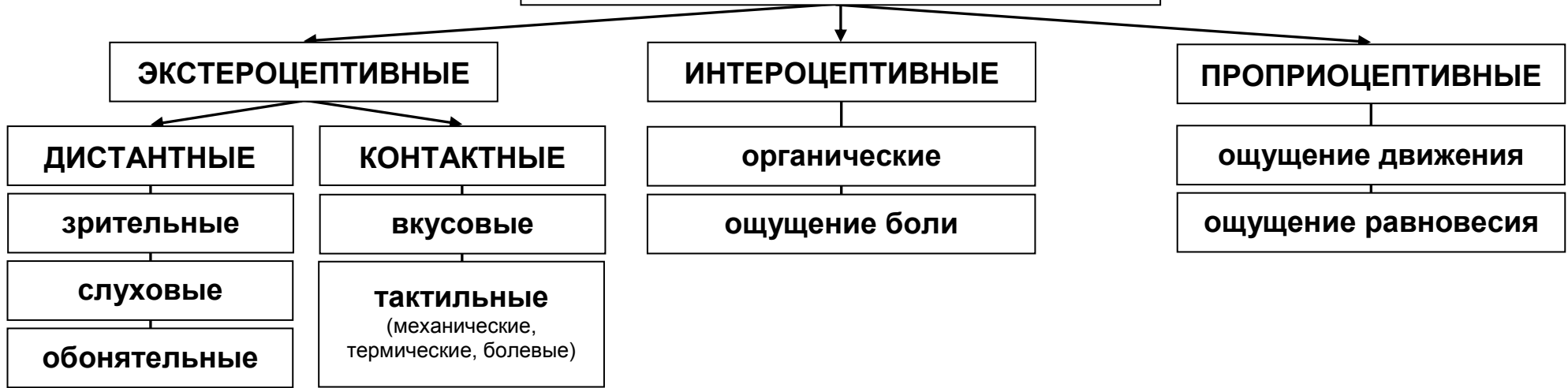
# ЗАДАЧИ



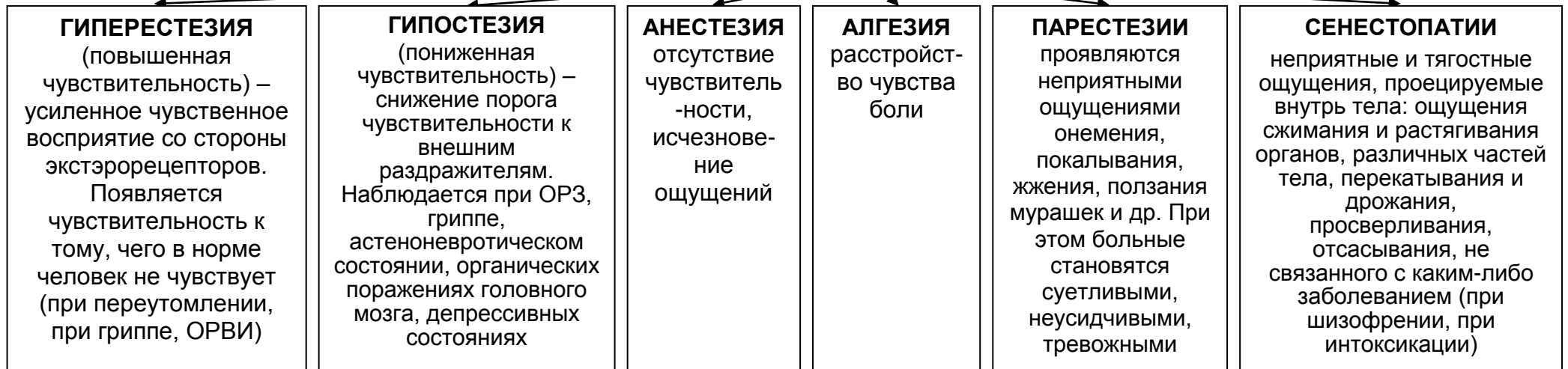
# ОЩУЩЕНИЯ И ИХ ПАТОЛОГИЯ

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

## КЛАССИФИКАЦИЯ ВИДОВ ОЩУЩЕНИЙ



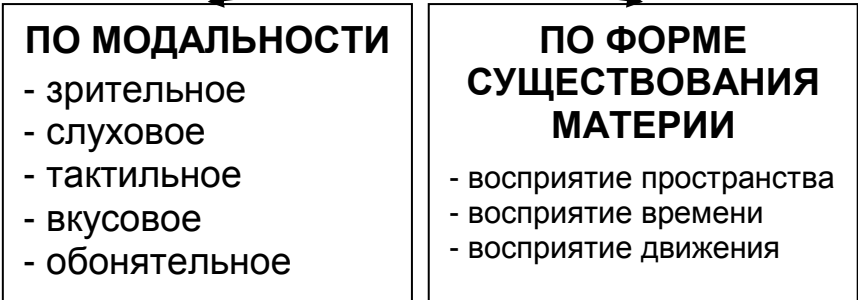
## НАРУШЕНИЯ ОЩУЩЕНИЙ



# ВОСПРИЯТИЕ И ЕГО ПАТОЛОГИЯ

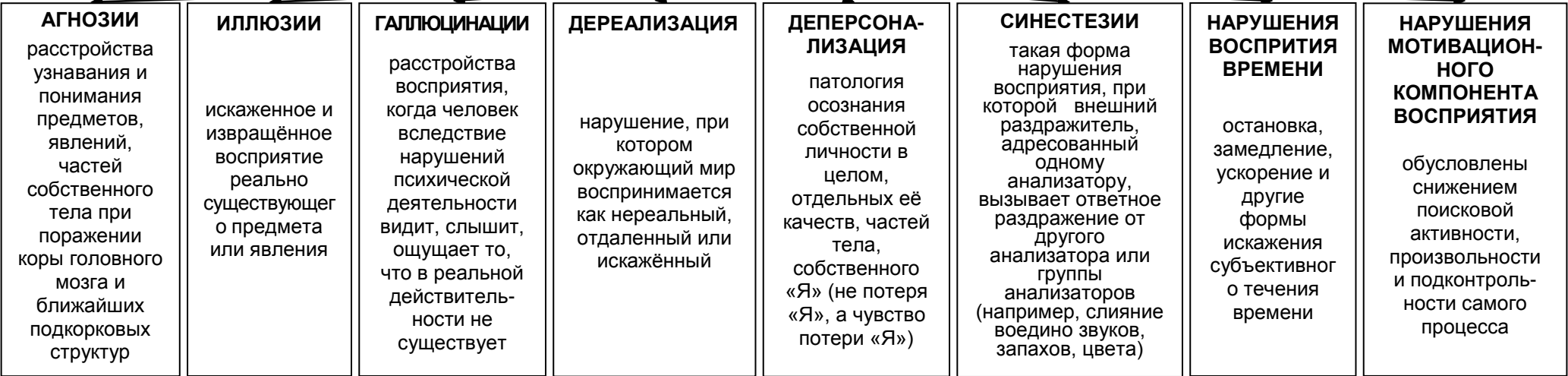
**Восприятие** – психический процесс отражения предмета или явления в целом, в совокупности его свойств и частей, основанный на ощущениях, возникающих из них, но вместе с тем обладающих определенными особенностями, не сводимыми к отдельным ощущениям.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ВИДОВ ВОСПРИЯТИЯ



СВОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ	
1. Предметность и целостность	свойство воспринимать целостный образ предмета
2. Константность	обеспечение постоянства по форме, цвету, величине и другим параметрам воспринимаемых нами предметов
3. Избирательность	воспринимаемая реальность разделяется на два слоя: на фигуру (предмет) и фон – образ окружающего предмет пространства
4. Осмысленность	образы воспринимаемых объектов всегда имеют определенные смысловые значения
5. Апперцепция восприятия	указывает на связь восприятия с личностью, всем прошлым опытом человека с его «Я».

## НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ



## АГНОЗИИ

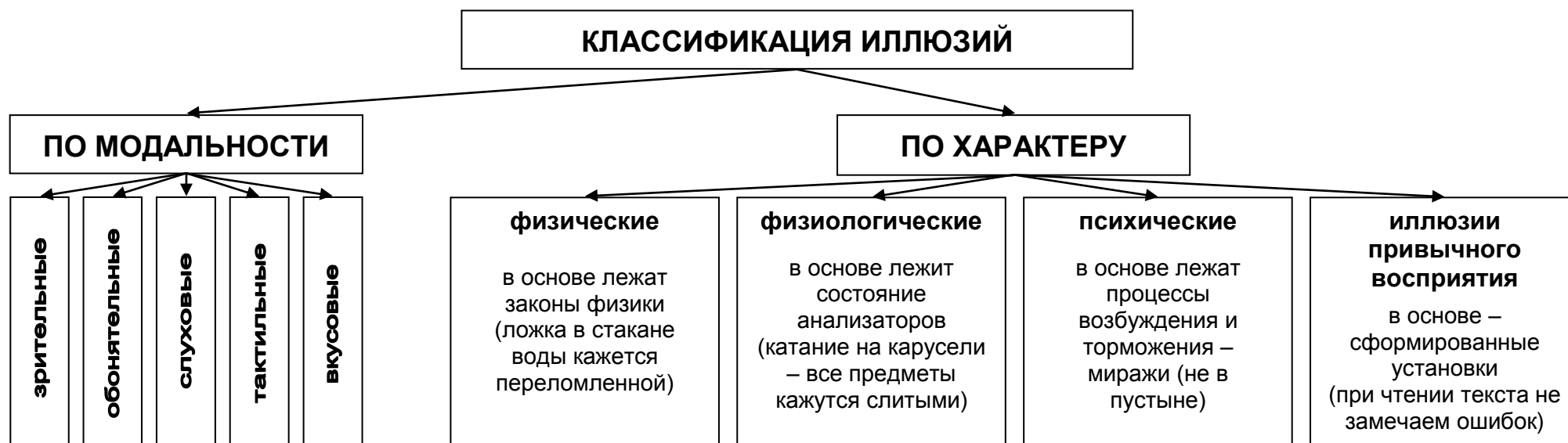
НАИМЕНОВАНИЕ	ПРОЯВЛЕНИЯ	МОЗГОВАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ
<b>ЗРИТЕЛЬНЫЕ АГНОЗИИ</b>		
<i>предметная агнозия (агнозия Лиссауэра)</i>	нарушение узнавания различных предметов при сохранности функции зрения; при этом больные могут описывать отдельные их признаки, но не могут сказать, что за предмет перед ними	конвекситальная поверхность левой затылочной области
<i>агнозия на лица (прозопагнозия)</i>	нарушение узнавания знакомых лиц при сохранном предметном гнозисе; больные хорошо различают части лица и лицо, как объект в целом, но не могут сообщить о его индивидуальной принадлежности; в наиболее тяжелых случаях не могут узнать себя в зеркале	нижне-затылочная область правого полушария
<i>агнозию на цвета</i>	неспособность подбирать одинаковые цвета или оттенки, а также определять принадлежность того или иного цвета к определенному объекту	затылочная область доминантного (левого) полушария
<i>буквенная агнозия</i>	буквы не могут быть прочитаны, поскольку воспринимаются как рисунки без понимания их смысла; смешиваются буквы, близкие по написанию, возникают трудности при переходе от одного шрифта к другому	граница между затылочной и височной долями левого полушария
<i>слабость оптических представлений</i>	расстройство, связанное с невозможностью представить какой-либо объект и описать его характеристики – форму, цвет, фактуру, размер и т. п.	двухстороннее поражение затылочно-теменной области
<i>агнозия вследствие оптико-моторных нарушений (синдром Балинта)</i>	расстройство, связанное с невозможностью направить взгляд в нужную сторону при общей сохранной функции движения глазных яблок; это приводит к затруднению фиксации взора на заданном объекте; в особенности трудным является одновременное восприятие в поле зрения более, чем одного объекта	двухстороннее поражения затылочно-теменной области
<i>симультанная агнозия</i>	расстройство, связанное с функциональным сужением зрительного поля и ограничения его только одним объектом; больные могут одновременно воспринимать только одну смысловую единицу, то есть видит больной только один предмет	передняя часть доминантной затылочной доли
<b>ОПТИКО-ПРОСТРАНСТВЕННЫЕ АГНОЗИИ</b>		
<i>нарушение стереоскопического зрения</i>	нарушение трёхмерного объёмного восприятия предметов	левое полушарие
<i>агнозия глубины</i>	нарушение способности правильно локализовать объекты в глубину, то есть в сагиттальном (вперед) по отношению к больному направлению, определять параметры дальше-ближе	теменно-затылочная область, преимущественно её средние отделы
<i>односторонняя пространственная агнозия (гемианопсия)</i>	расстройство, при котором выпадает одна из половин пространства, чаще левая	теменная доля, контрлатеральная сторона выпадения
<i>скотома</i>	выпадение участка поля зрения	теменно-затылочная область, первичные зрительные поля
<i>нарушение топографической ориентировки</i>	нарушение, при котором больной не может ориентироваться в знакомых местах, не может найти дом, плутает в собственной квартире; при этом память остается сохранной.	теменно-затылочная область
<b>СЛУХОВЫЕ АГНОЗИ</b>		
<i>простая слуховая агнозия</i>	невозможность идентифицировать определенные звуки – стуки, бульканье, звон монет, шелест бумаги и т. п.	височная кора доминантного (левого) полушария
<i>слухоречевая агнозия</i>	невозможность узнать речь, которую больной распознает как набор незнакомых звуков	височная кора доминантного

		(левого) полушария
<i>аритмия</i>	- нарушение восприятия структуры ритма как целого - нарушение анализа и синтеза структуры ритма и его воспроизведения	- правая височная область - левая височная область
<i>нарушение интонационной стороны речи (просодии)</i>	больные не различают интонаций в речи других, кроме того, их собственная речь невыразительна: голос лишен модуляций и интонационного разнообразия	правая височная область
<i>амузия</i>	больной теряет способность узнавать и воспроизводить мелодию, отличать одну мелодию от другой; зачастую музыка начинает вызывать неприятные и болезненные переживания	правая височная область
<b>ТАКТИЛЬНЫЕ АГНОЗИИ</b>		
<i>астереогноз</i>	больной теряет способность опознавать предметы на ощупь, не интегрируются тактильные ощущения, поступающие от объекта	вторичные и третичные отделы теменной коры
<i>тактильная агнозия текстуры (анхилогнозия)</i>	Больной испытывает трудности при опознании материала, из которого сделал предмет, опознании таких качеств объекта, которые характеризуют поверхность предмета (шероховатость, гладкость, мягкость, твердость и т.п.).	
<i>тактильная алексия</i>	Больной теряет способность опознавать буквы и цифры, "написанные" на коже.	
<i>тактильная асимболия</i>	невозможность одновременного восприятия на ощупь нескольких объектов	
<b>ВКУСОВАЯ АГНОЗИЯ</b>		
–	утрата способности определять те или иные вещества и продукты по вкусу (хлеб, мясо, фрукты)	задняя центральная извилина
<b>ОБОНЯТЕЛЬНАЯ АГНОЗИЯ</b>		
–	утрата способности определять те или иные вещества и продукты по запаху (одеколон, кофе, керосин)	глубинные отделы височной доли
<b>СОМАТОАГНОЗИИ</b> (различные нарушения узнавания частей своего тела, оценки их функционального состояния и расположения по отношению друг к другу)		
<b>анозогнозии (отсутствие осознания болезни)</b>		
<i>анозогнозия гемиплегии</i>	неосознавание и отрицание наличия одностороннего паралича или пареза	различные отделы правого полушария
<i>анозогнозия слепоты</i>	неосознавание и отрицание наличия слепоты; при этом конфабуляторные зрительные образы воспринимаются как настоящие	
<i>анозогнозия афазии</i>	расстройство, при котором больные афазией не замечают своих ошибок, даже если их речь совершенно неразборчива	
<b>аутопагнозии (затруднение определить расположение отдельных точек или участков тела, узнавать части своего тела)</b>		
<i>пальцевая аутопагнозия (синдром Герстмана)</i>	утрата способности узнавать и показывать пальцы на своей руке и руке другого человека	левая теменная доля
<i>аутопагнозия позы</i>	больной не может определить, в каком положении находятся части его тела (поднята или опущена его рука, лежит он или стоит и т. п.)	верхне-теменная область левого полушария

аутопагнозия половины тела (гемисоматоагнозия)	игнорирование, забывание, неиспользование одной из половин тела	верхне-теменные структуры
--	---	---------------------------

- *симптом Фреголи* – нарушение узнавания окружающих больного лиц, вследствие быстрого намеренного изменения ими внешности
- *синдром Кангра* – нарушение узнавания и идентификации знакомых людей с наличием убежденности в том, что окружающие являются двойниками, близнецами знакомых людей или загримированными под них

## ИЛЛЮЗИИ



## ВИДЫ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЛЛЮЗИЙ

### аффективные

возникают под влиянием чувства страха, тревоги, ожидания, тоски, нервного перенапряжения, интоксикации, на фоне аффекта (пояс на стуле в темноте – змея; пальто на вешалке – человек стоит); чаще встречаются при реактивных состояниях

### вербальные

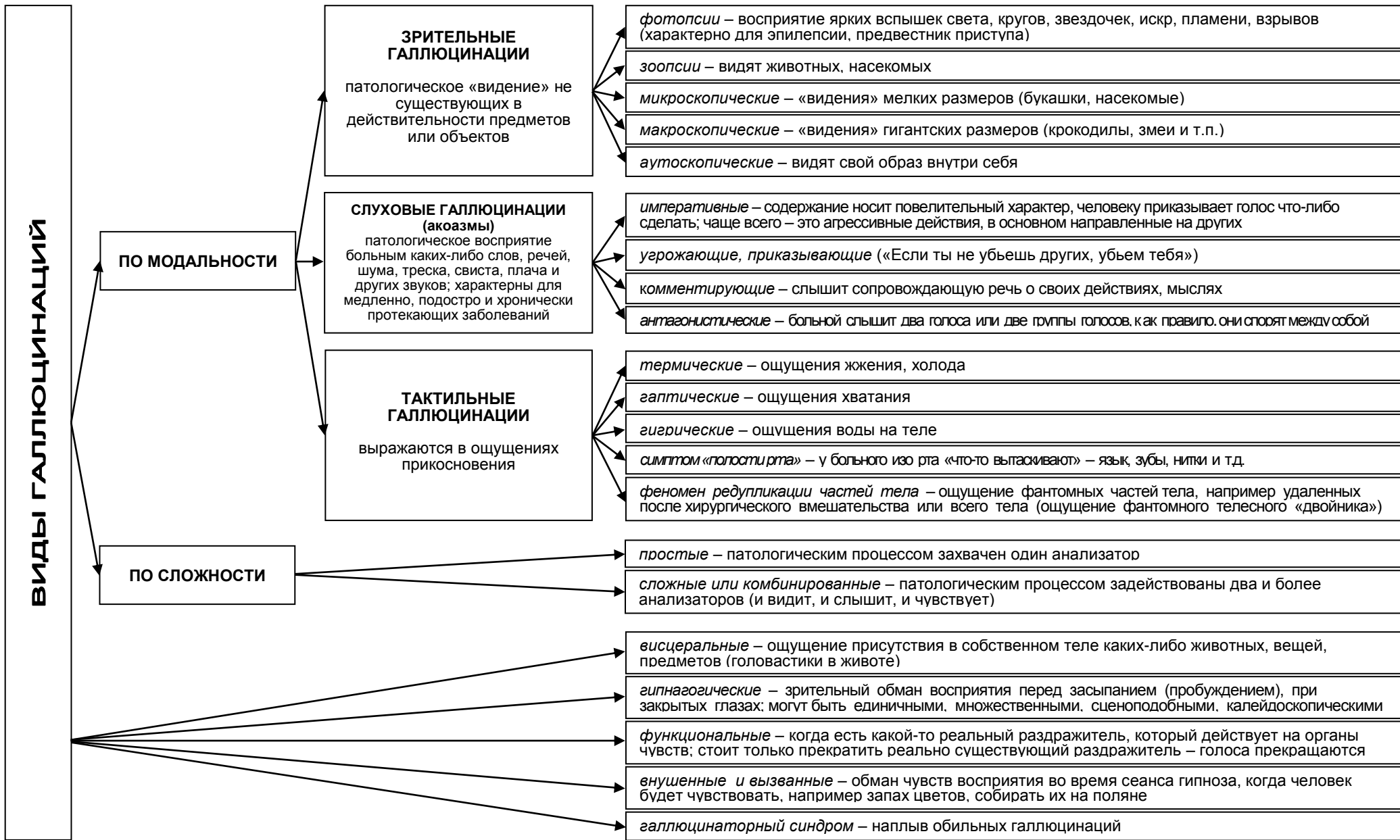
выражаются в ошибочном восприятии смысла слов речи окружающих, когда нейтральный разговор воспринимается неправильно, искаженно, при этом содержание разговора больной может связывать и не связывать с собой. Если больной связывает содержание разговора с собой, то это иллюзорный бред отношений, наблюдаемый в начале психоза. Если содержание разговора больной с собой не связывает – это аффективные иллюзии нейтрального содержания. Встречаются при вялотекущей шизофрении

### парейдолические

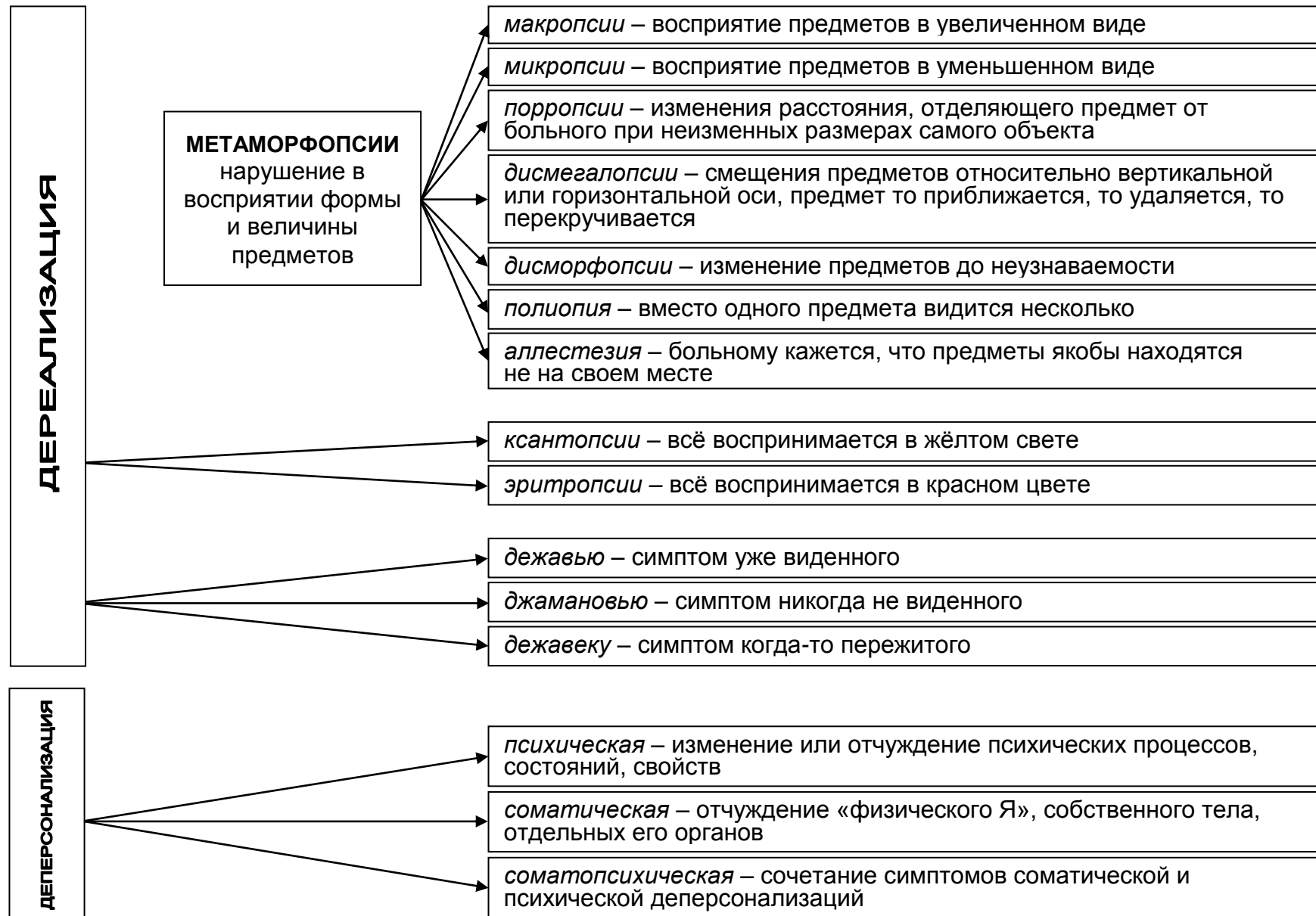
расстройства восприятия, при которых действительно существующие образы воспринимаются изменённо, причудливо, фантастически. В отличие от других иллюзий воспринимаются не со страхом, а с блаженством. Например, человек смотрит на обои, видит деревья и ему кажется, что они шевелятся. Встречаются при помрачении сознания в пределириозном и предонейроидном состояниях

кратковременные, иллюзорные расстройства могут возникать у здоровых людей, находящихся в состоянии тревоги, напряжения, волнения

# ГАЛЛЮЦИНАЦИИ



## ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ И ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ



## НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ ВРЕМЕНИ

### ВИДЫ НАРУШЕНИЙ ВОСПРИЯТИЯ ВРЕМЕНИ

**ОСТАНОВКА ВРЕМЕНИ** – мгновенное ощущение того, будто время «остановилось». Это ощущение обычно сочетается с крайним вариантом проявления дереализации. Цвета в восприятии больного становятся тусклыми; объемные, трехмерные предметы – плоскими, двухмерными. Больной при этом воспринимает себя будто утеревшим связи с внешним миром, окружающими людьми.

**РАСТЯГИВАНИЕ ВРЕМЕНИ** – в ощущениях больного время переживается как «растягивающееся», более долгое, чем привычно ему по прошлому опыту. Это ощущение иногда сочетается с противоположными (по сравнению с предыдущим феноменом) изменениями восприятия всего мира. Плоское, двухмерное представляется объемным, трехмерным, «живым, движущимся», а серо-белое – цветным. Больной обычно становится расслабленным, благодушным или эйфоричным.

**УТРАТА ЧУВСТВА ВРЕМЕНИ** – ощущение, раскрываемое больным в выражениях: «времени будто бы нет», «освободился от гнета времени». Этому всегда сопутствует измененное восприятие всего мира. Предметы и люди кажутся более контрастными, в эмоциональном восприятии больных – «более приятными».

**ЗАМЕДЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ** – ощущение, будто время «течет более медленно». Восприятие всего мира, движений людей и предметов изменяется. Люди представляются «кукольными, неживыми», их речь – «казенной». Больные называют время «замедленным» на основании того, что движения людей воспринимаются замедленными, их лица – «угрюмыми».

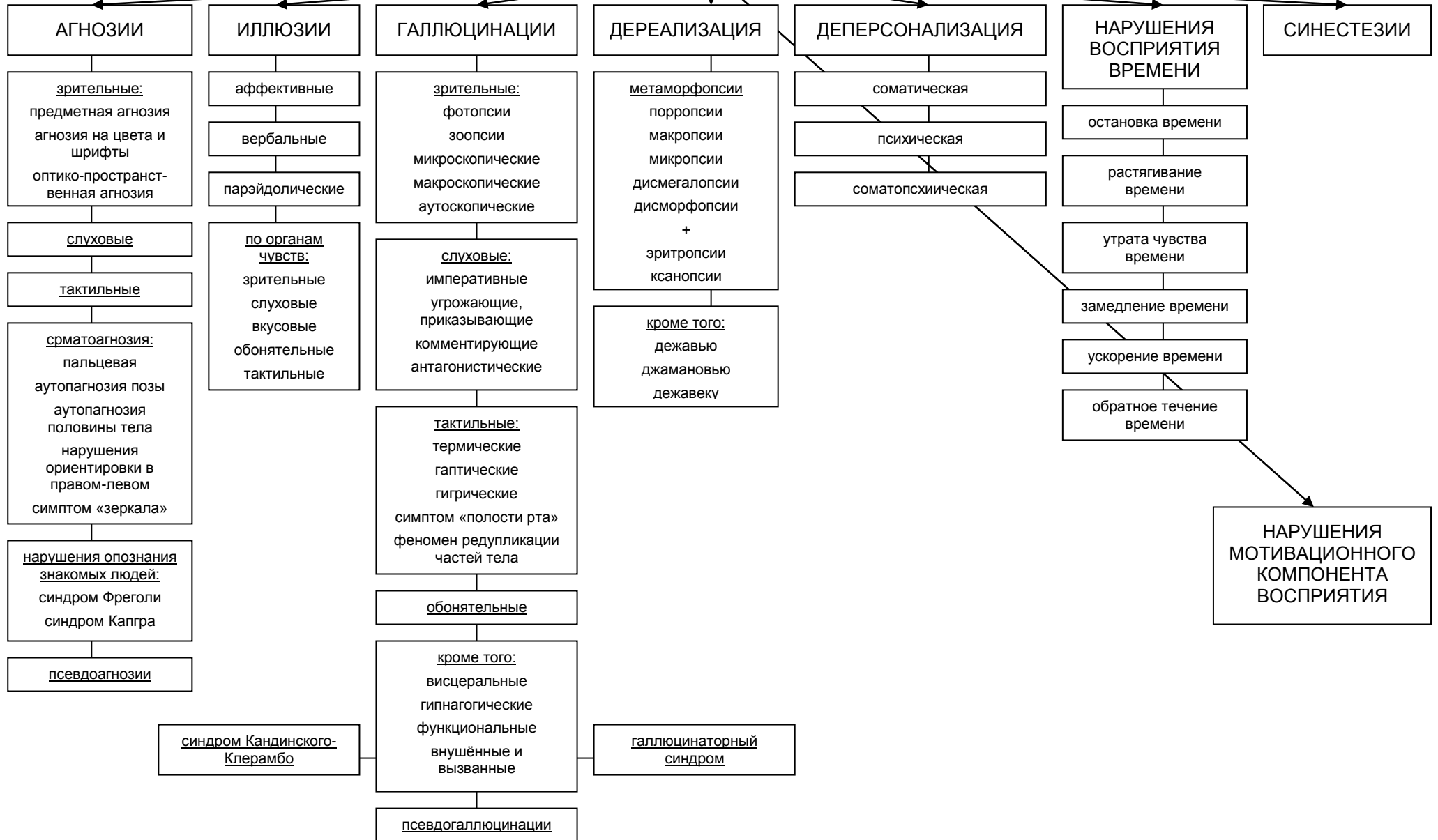
**УСКОРЕНИЕ ВРЕМЕНИ** – ощущение, противоположное предыдущему. Больному время представляется текущим более быстро, чем было ему привычно по прошлым восприятиям. В восприятии больного измененным воспринимается весь окружающий мир и собственное «Я». Мир будто «неестественен», «нереален», люди воспринимаются как «суетливые», очень быстро движущиеся. Хуже, чем в обычном состоянии, чувствуют свое тело. С ошибками определяют время суток и длительность событий.

**ОБРАТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ВРЕМЕНИ** – ощущение, уточняемое больными в следующих выражениях: «Время течет вниз», «время идет в обратном направлении», «я иду назад во времени». Измененным воспринимается окружающий мир и собственное «Я» больного. Возникает грубая ошибочность воспроизведения давности уже пережитых событий; секунду – минуту назад состоявшиеся события воспринимаются как бывшие «давным-давно».

# СИСТЕМАТИКА ПАТОЛОГИИ ВОСПРИЯТИЯ

## СИСТЕМАТИКА ПАТОЛОГИИ ВОСПРИЯТИЯ

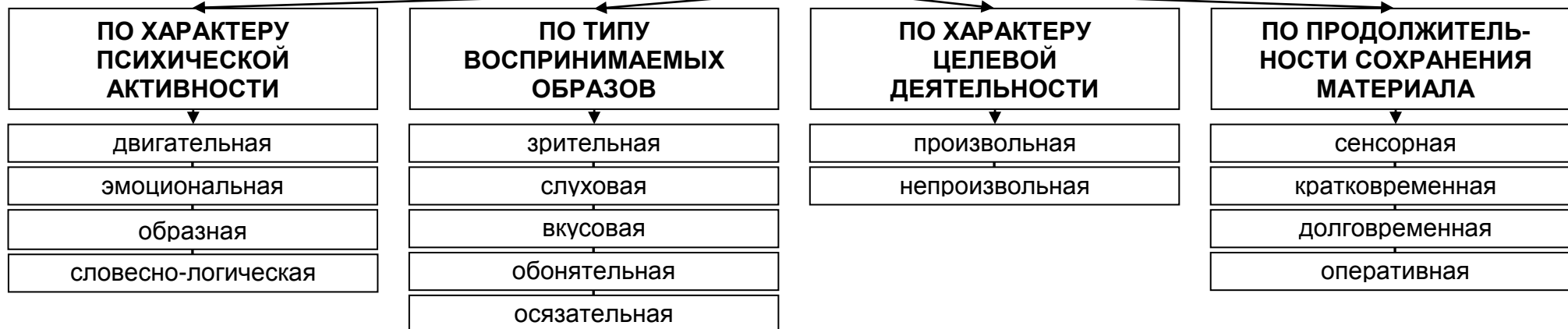
### ВИДЫ И ФОРМЫ ПАТОЛОГИИ



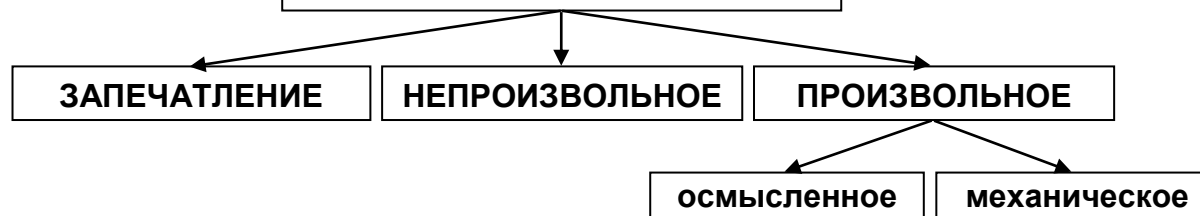
## ПАМЯТЬ И ЕЁ ПАТОЛОГИЯ

**Память** – сложный психический процесс, состоящий из нескольких частных процессов, связанных друг с другом: запоминания, сохранения, воспроизведения и забывания информации.

### ВИДЫ ПАМЯТИ



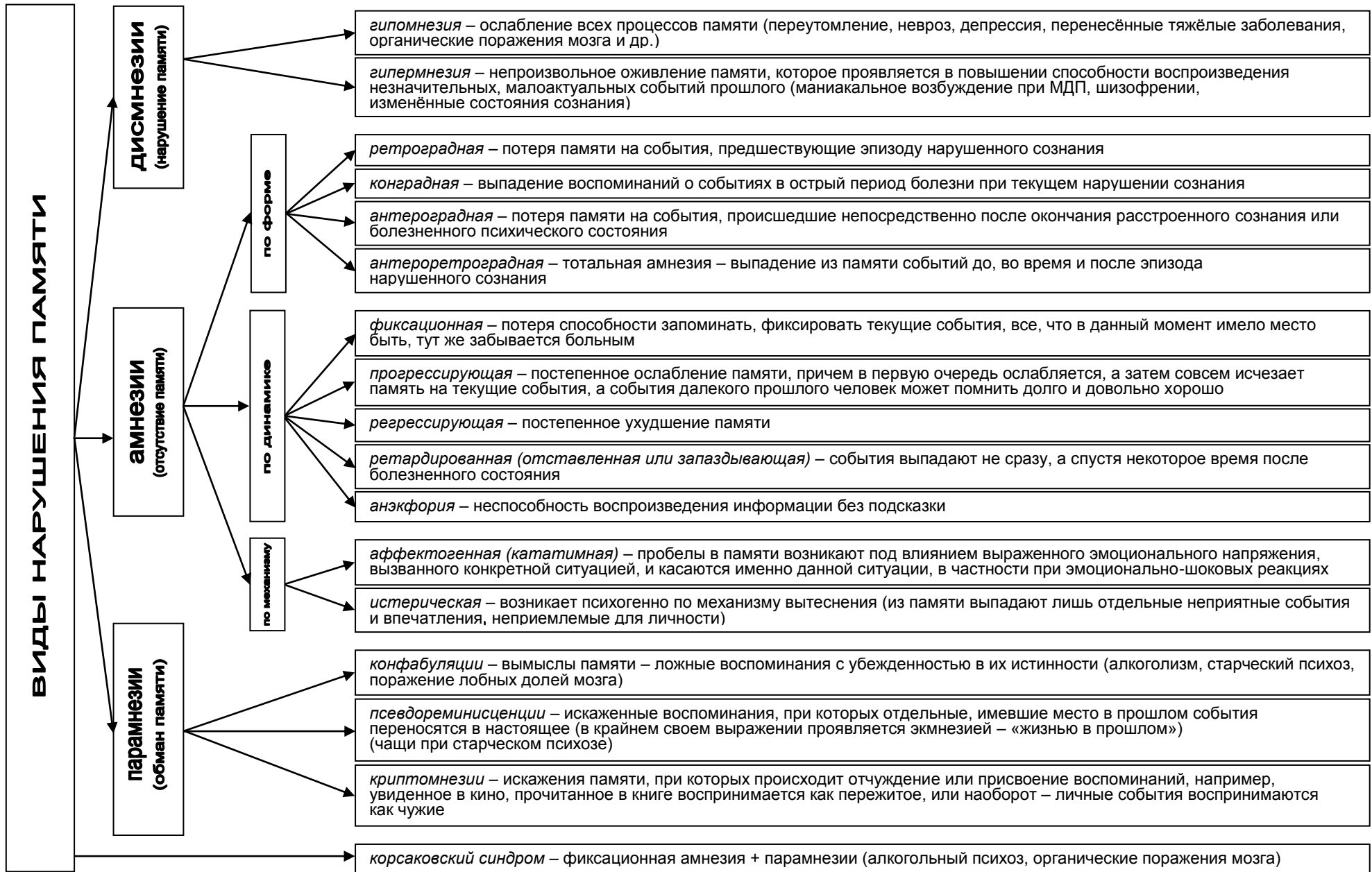
### ВИДЫ ЗАПОМИНАНИЯ



### свойства памяти

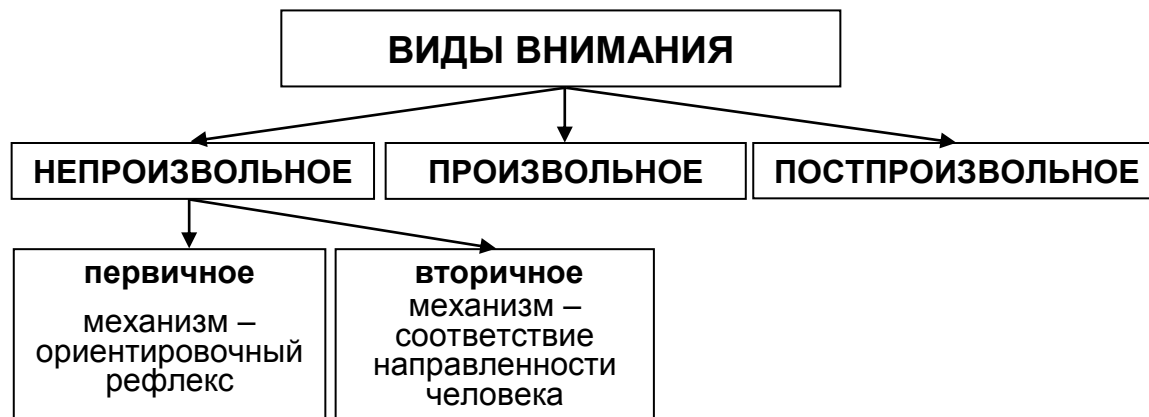
1. объём	количество информации, которое человек способен запомнить за определенное время; объём кратковременной памяти человека в среднем составляет $7 \pm 2$ блока информации
2. скорость	время, в течение которого человек способен запомнить определенный объём информации
3. прочность	длительность сохранения информации
4. точность	правильность и полнота воспроизведения информации
5. готовность	умение своевременно вспомнить требуемое

## НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

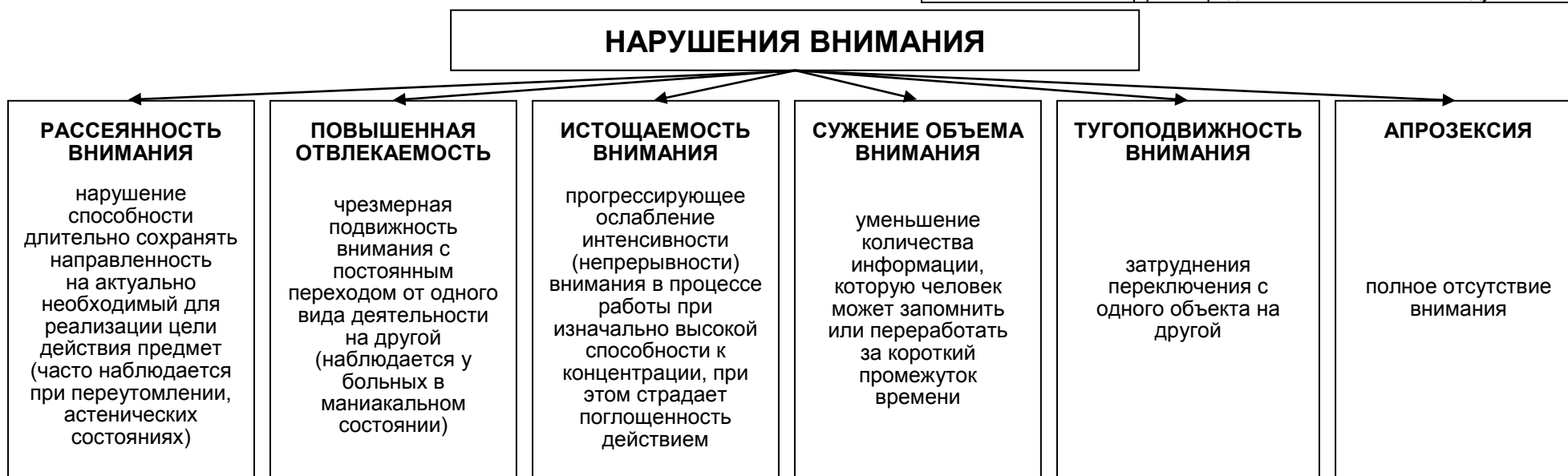


## ВНИМАНИЕ И ЕГО ПАТОЛОГИЯ

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



СВОЙСТВА ВНИМАНИЯ	
1. объём	характеризуется количеством идей, объектов и видов деятельности, которые одновременно может удерживать и контролировать человек
2. концентрация	выражается в степени интенсивности (сосредоточенности) внимания на одном объекте или ограниченном круге своих представлений, переживаний, мыслей
3. устойчивость	определяется длительностью сохранения концентрированного внимания
4. переключаемость	характеризуется быстротой произвольного перехода внимания на новый объект или от одного действия к другому при сохранении высокой степени концентрации на нем
5. распределение	определяется возможностью выполнения двух и более действий одновременно с рассосредоточением внимания между ними



# РАССТРОЙСТВА ПРОИЗВОЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ И ДЕЙСТВИЙ

## РАССТРОЙСТВА ВОЛЕВОЙ ИНИЦИАЦИИ

недоступность соответствующей моторной программы в момент актуализации цели

непроизвольное (автоматическое) совершение движений или действий

утрата способности выбрать или сформировать адекватную программу действия

### ТИКИ

### нарушения внимания

#### двигательные

#### вокальные

#### ПРОСТЫЕ

подмигивания, пожимания плечами, гримасничанье

#### СЛОЖНЫЕ

подпрыгивания, скаканья, поколачивание себя

#### ПРОСТЫЕ

покашливания, лай, фырканье, шмыганье носом, шипение

#### СЛОЖНЫЕ

повторение или выкрикивание слов, иногда непростой содержания (копролалия), повторение только что произнесенных собственных звуков или слов (галопалия)

**синдром Туретта** – сочетание множественных двигательных и вокальных тиков

## РАССТРОЙСТВА ВЫПОЛНЕНИЯ

нарушения управления движениями и действиями (напр., синдром Паркинсона)

нарушения координации (напр., писчий спазм, синдром детской неуклюжести)

нарушения регуляции (напр., утрата способности схватывать рукой какой-либо объект)

### гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания (ГРДВ)

(причина – минимальные мозговые дисфункции)

#### Симптомы:

невнимательность  
+  
гиперактивность  
+  
импульсивность  
+  
дезадаптация

## АПРАКСИИ

### дезавтоматизация

нарушение двигательных навыков и высших форм автоматизированных движений, в результате чего выполнение каждого звена их начинает требовать специального произвольного усилия (чаще при поражениях премоторных отделов коры)

### абазия

нарушение способности ходить при сохранности других движений ног

### астазия

потеря способности стоять, которая вызывается нарушением координации мышц тела (симптом обширных поражений лобных долей мозга и мозолистого тела)

### амимия (гипомимия)

отсутствие или ослабление выразительности лицевой мускулатуры

### эхопраксия

подражательный автоматизм, автоматическое повторение движений и действий других людей

### персеверации

проявление патологической инертности, «зацикливание»

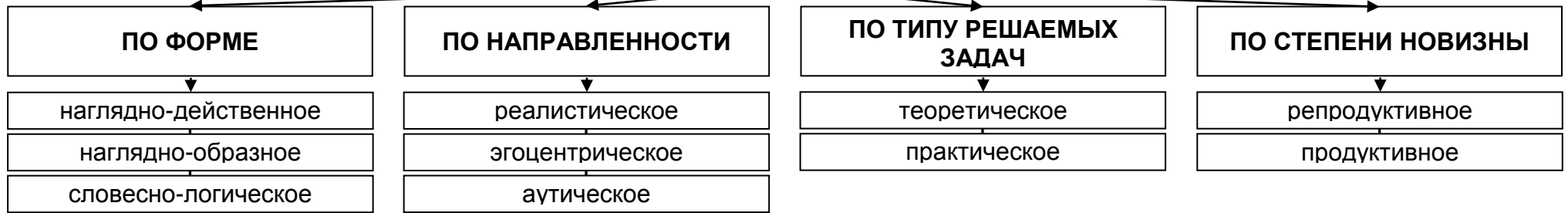
### КАТАТОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ:

- *стереотипии* – частое, ритмичное повторение одних и тех же движений
- *импульсивные действия* – внезапные, бессмысленные, нелепые акты без достаточной критической оценки
- *негативизм* – проявление беспричинного отрицательного отношения ко всякому воздействию извне в виде отказа, сопротивления, противодействия
- *эхолалия, эхопраксия* – повторение больным отдельных слов или действий, которые произносятся или производятся в его присутствии
- *каталепсия* («симптом восковой гибкости») – застывание больного в одной позе, возможность сохранять приданную позу в течение длительного времени

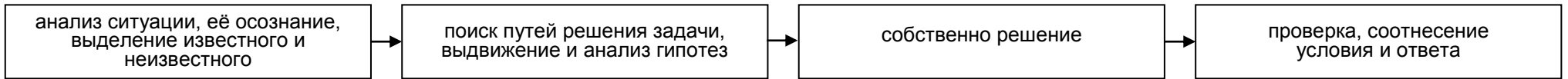
# МЫШЛЕНИЕ И ЕГО ПАТОЛОГИЯ

**Мышление** – психический процесс отражения наиболее существенных свойств предметов и явлений действительности, а также наиболее существенных связей и отношений между ними, что в конечном итоге приводит к получению нового знания о мире

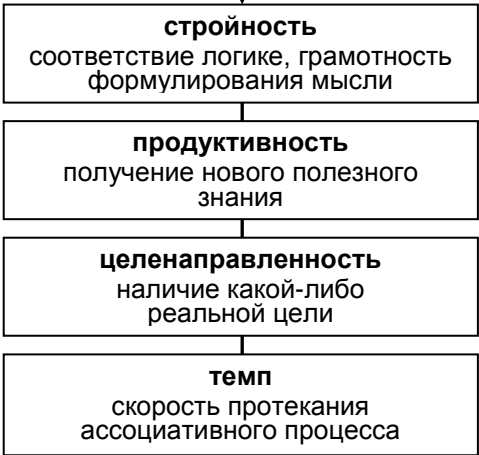
## КЛАССИФИКАЦИЯ МЫШЛЕНИЯ



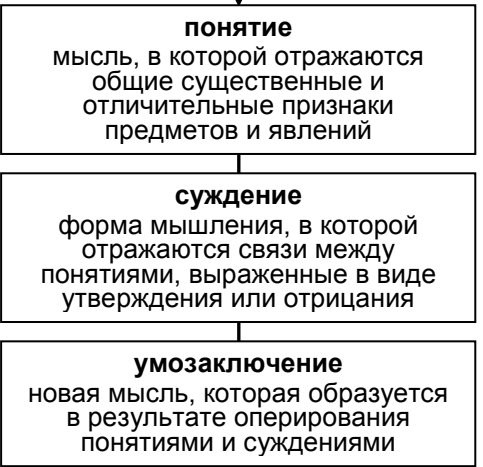
## ЭТАПЫ МЫШЛЕНИЯ



## ПАРАМЕТРЫ МЫШЛЕНИЯ



## СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ МЫШЛЕНИЯ



## РАССТРОЙСТВА АССОЦИАТИВНОГО ПРОЦЕССА



# РАССТРОЙСТВА ПРОДУКТИВНОСТИ МЫШЛЕНИЯ

## НАВЯЗЧИВОСТИ

### абстрактно-нейтральные

не сопровождаются страхом и напряжением

- навязчивый счет
- навязчивые воспоминания
- бесплодное мудрствование

### аффективные

сопровождаются аффективными нарушениями

- контрастные представления (чувства симпатии и антипатии)
- навязчивые влечения, сомнения, страхи

### преследования

- преследования
- отношений
- воздействия
- отравления
- ущерба
- порчи
- ревности
- обвинения

## БРЕД

### величия

- изобретательства
- реформаторства
- высокого происхождения
- богатства
- любовного очарования

### самоунижения

- ипохондрический
- нигилистический
- виновности
- греховности
- одержимости
- дисморфомания

## СВЕРХЦЕННЫЕ ИДЕИ

переоценка реальных факторов, реальность представлена в гипертрофированном виде; сопровождаются значительным эмоциональным напряжением и отсутствием критического отношения к ним (характерны для психопатических личностей)

## ПРИЗНАКИ БРЕДА

субъективная убежденность, вера

+

неправдоподобность содержания

+

отсутствие критики

## ЭТАПЫ БРЕДА

### паранойяльный

по содержанию может быть различным, но никогда не бывает нелепым; протекает при ясном сознании, без галлюцинаций, иллюзий, аффективных расстройств

### параноидный

образный, отрывочный, нелепый бред, который может быть различным по содержанию и встречается при многих психических заболеваниях (чаще всего это бред психического и физического воздействия, бред ревности, преследования)

### галлюцинаторно-параноидный

бредовая симптоматика с наличием галлюцинаций (как правило, содержат фантастические идеи, идеи величия; больные слышат голоса, отмечают расстройства восприятия)

### парафренный

параноидный бред, сочетающийся с бредом величия, а также с приподнятым настроением (могут иметь место стойкие и глубокие изменения личности)

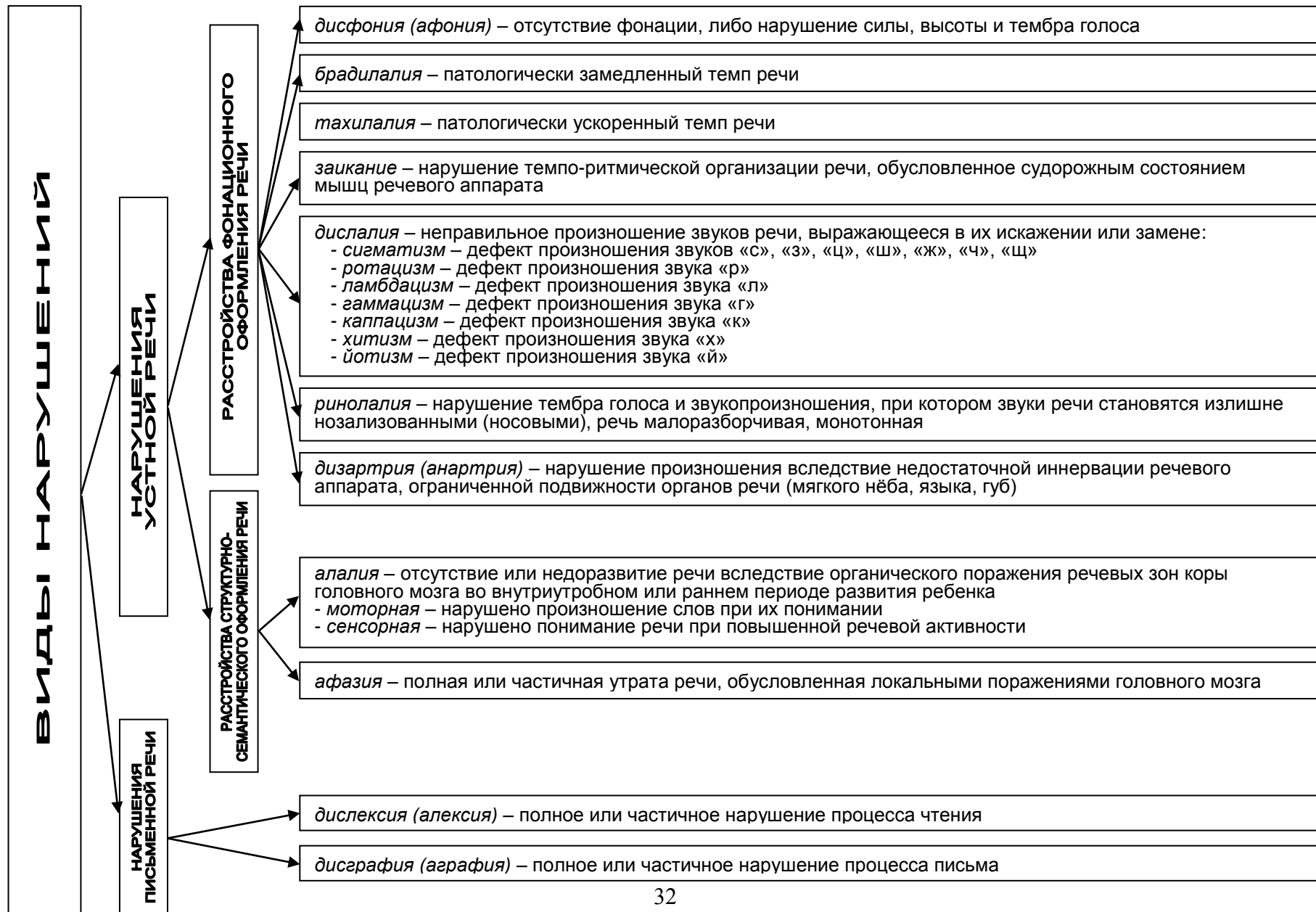
к расстройствам продуктивности мышления также относят неологизмы  
**неологизмы** – конструирование и употребление новых, ни на что непохожих словообразований

# РЕЧЬ И ЕЁ ПАТОЛОГИЯ

**Речь** – исторически сложившаяся форма общения людей посредством языка  
Язык – система фонетических, лексических, грамматических и стилистических средств и правил общения



## КЛИНИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ



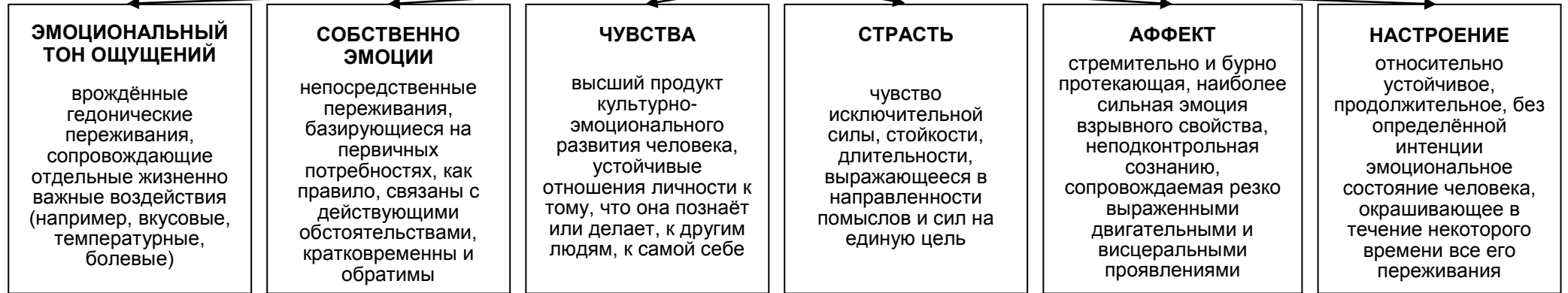
## КЛАССИФИКАЦИЯ АФАЗИЙ (ЛУРИЯ А.Р.)

название афазии	исследователь	основа	симптоматика	мозговая локализация у правшей
<i>сенсорная</i>	К. Вернике (1874)	нарушение фонематического слуха, т. е. способности различения звукового состава слов	- трудности понимания устной речи, - трудности письма под диктовку	задняя треть височной извилины левого полушария
<i>акустико-мнестическая</i>	А.Р. Лурия	нарушение слухоречевой памяти	- трудности понимания речи в усложнённых условиях (быстрая речь, одновременное предъявление двух речевых сообщений и т. д.), - трудности в устной речи (поиск нужных слов, вербальные парафазии), - затруднение письма под диктовку Другие виды речи страдают вторично	средние отделы левой височной области
<i>оптико-мнестическая</i>	А.Р. Лурия	нарушение зрительной памяти, слабость зрительных представлений, зрительных образов слов	- затруднения в назывании предметов и их изображений при большей лёгкости называния действий Другие виды речи страдают вторично	задненижние отделы височной области левого полушария
<i>семантическая</i>	Х. Хэд (1926)	дефекты симультанного анализа и синтеза (трудности в оценке пространственных и «квазипространственных» отношений)	- нарушения понимания определённых логико-грамматических конструкций (брат отца, отец брата, весна перед летом и т. п.), отражающих пространственные отношения В случаях обширных поражений указанной зоны больные не понимают смысла такого типа слов, как над, под, слева, справа и т. д. Сочетается с нарушениями счёта, пространственного мышления, конструктивного праксиса	зона ТРО (temporal-parietal-occipital – третичная кора теменно-височно-затылочных отделов) левого полушария
<i>афферентная моторная</i>	О. Липпман (1913)	нарушение кинестезической афферентации, поступающей в указанные отделы коры больших полушарий во время произношения слов	- нарушения произношения слов, - замена одних звуков другими вследствие возникновения трудностей дифференциации близких артикулем (артикуляционных движений, необходимых для произнесения слов) В этих случаях бывает нарушено самостоятельное письмо и письмо под диктовку Другие виды речи страдают вторично	нижние отделы постцентральной коры левого полушария
<i>эфферентная моторная</i>	П. Брока (1861)	нарушение кинетической организации речевых актов	- трудности переключения с одного слова (или слога) на другое вследствие инертности речевых стереотипов (в то же время не нарушено произношение отдельных звуков) Первично страдают активная устная речь и письмо, вторично нарушаются другие виды речи Следует отличать от дизартрии	нижние отделы премоторной коры левого полушария
<i>динамическая</i>	К. Кляйст (1934)	нарушение сукцессивной организации речевого высказывания, дефекты внутренней речи, проявляющиеся в нарушениях планирования речи	- нарушения связной устной и письменной активной речи, - общая речевая аспонтанность, - трудности актуализации слов, обозначающих действия Протекает на фоне относительной сохранности повторной и автоматизированной речи, чтения и письма под диктовку	средне- и заднелобные отделы коры левого полушария

# ЭМОЦИИ И ИХ ПАТОЛОГИЯ

**Эмоции** – переживание человеком своего отношения к тому, что он познаёт или делает, к другим людям и к самому себе.

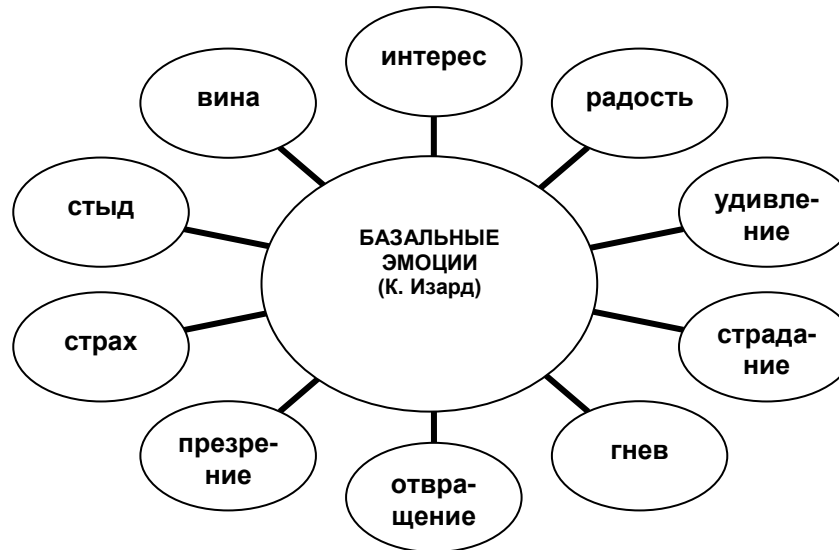
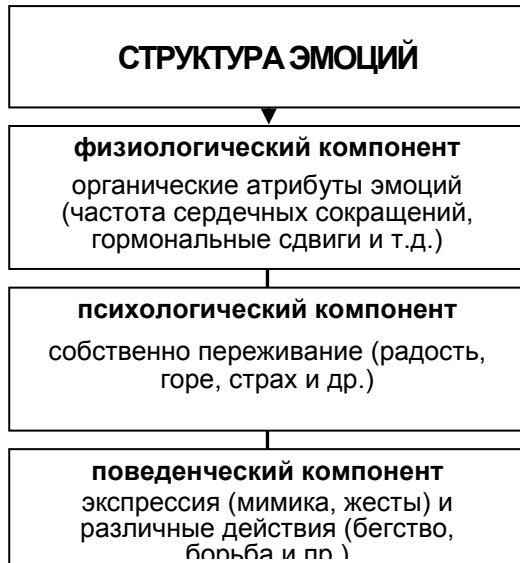
## ВИДЫ ЭМОЦИЙ



## ОБЩАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЭМОЦИЙ

**стенические эмоции** – повышают активность

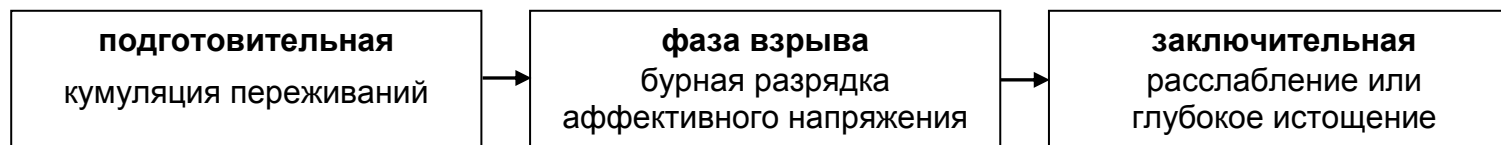
**астенические эмоции** – снижают активность



# НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИЙ



## ФАЗЫ АФФЕКТА



## КРИТЕРИИ РАЗЛИЧЕНИЯ ВИДОВ АФФЕКТА

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ АФФЕКТ	ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АФФЕКТ
сужение сознания	помрачение сознания
более целенаправленный характер действий	отсутствие произвольности
наступает умеренная релаксация	нервно-психическое истощение, сон
наличие фрагментарных воспоминаний	последующая амнезия
смягчает обстоятельства	исключает вменяемость

## МАНИАКАЛЬНЫЙ И ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМЫ

ДЕПРЕССИЯ		
виды	симптомы	виды
ироническая депрессия	сниженное настроение	тоскливая депрессия
ажитированная депрессия (двигательное возбуждение)	двигательная заторможенность	адинамическая депрессия
депрессия со «скачкой идей»	идеаторная заторможенность	депрессивный ступор
		апатическая депрессия
МАНИЯ		
виды	симптомы	виды
гневная мания	повышенное настроение	солнечная мания
маниакальный ступор	двигательная расторможенность	возбуждённая мания
непродуктивная мания	ускоренное мышление	мания со «скачкой идей»

## **СИМПТОМЫ АЛЕКСИТИМИИ**

- затруднение в определении и описании (вербализации) собственных эмоций и эмоций других людей
- +
- затруднение в различении эмоций и телесных ощущений
- +
- снижение способности к символизации, в частности к фантазии
- +
- фокусирование преимущественно на внешних событиях, в ущерб внутренним переживаниям
- +
- склонность к конкретному, утилитарному, логическому мышлению при дефиците эмоциональных реакций

## ВОЛЯ И ЕЁ ПАТОЛОГИЯ

**Воля** – это сознательное регулирование человеком своего поведения и деятельности, выраженное в умении преодолевать внешние и внутренние трудности при совершении целенаправленных действий и поступков

**Волевое усилие** – форма эмоционального стресса, мобилизующего внутренние ресурсы человека (физические, интеллектуальные, моральные) и создающего дополнительные мотивы к действию для достижения цели



# НАРУШЕНИЯ ВОЛИ

## ВИДЫ НАРУШЕНИЙ

### гипобулии

патологическое  
понижение  
психической  
активности

*депрессивный ступор* – наличие почти полной обездвиженности, страдальческое выражение лица, сохраняется возможность вступить в контакт и получить односложный ответ (может смениться острым состоянием)

*апатический ступор* – отсутствие реакции на происходящее, тонус мышц понижен, односложные ответы на вопросы с большой задержкой, сон и аппетит нарушены, неопрятность в постели (при психозах, энцефалопатии)

*психогенный ступор* – вызывается сверхсильным переживанием, проявляются эмоции (страх, испуг), ощущение сердцебиения, пульса,

*эпилептический ступор* – проявляется замедленностью реакций (движений, эмоциональных переживаний) вплоть до полной

*кататонический ступор* – характеризуется пассивным негативизмом или восковой гибкостью, отсутствием контакта, реакций на происходящие события, способны длительно сохранять неудобную позу, не могут пошевелиться даже в экстремальных ситуациях

*негативистический ступор* – при полном мутизме и обездвиженности любая попытка изменить позу больного встречается сопротивлением

### гипербулии

патологическое  
повышение  
психической  
активности

*маниакальное возбуждение* – повышение настроения и самочувствия, выразительная мимика, жесты, ускорение ассоциативных процессов, беспорядочная деятельность, беспокойство

*зебефреническое возбуждение* – нелепо дурашливое выражение лица, поведения (строят рожи, смех, пристают к окружающим и т.д.), речь ускоренная

*кататоническое возбуждение* – проявляется манерными, однообразными движениями, повышенная говорливость, поведение лишено целенаправленности, эхолоалия, эхопраксия, возможна агрессия

*эпилептическое возбуждение* – носит дисфорический характер

*психогенное возбуждение* – пациент не находит себе места, убегает, спасается (при истерических состояниях)

*импульсивное возбуждение* – наблюдается при импульсивных состояниях (часто путают с навязчивостью)

### парабулии

извращения  
волевой  
деятельности

*импульсивные влечения:*

- *бромомания* – импульсивные влечения к перемене мест (бродяжничество, уход без цели)
- *клептомания* – стремление к воровству без цели
- *дипсомания* – непреодолимое влечение к алкоголю
- *пиромания* – стремление к поджогам
- *капромания* – стремление к нецензурным выражениям
- *мифомания* – влечение к обману

*пищевые нарушения:*

- *булимия* – повышенное влечение к пище, неутолимое чувство голода
- *анорексия* – отсутствие голода, отсутствие аппетита (при депрессивной фазе, кататоническом ступоре, при алкоголическом синдроме)
- *полидипсия* – повышенное потребление жидкости, повышенная жажда (при эндокринных заболеваниях)
- *парорексия* – поедание несъедобных веществ
- *капрофогия* – поедание собственных экскрементов

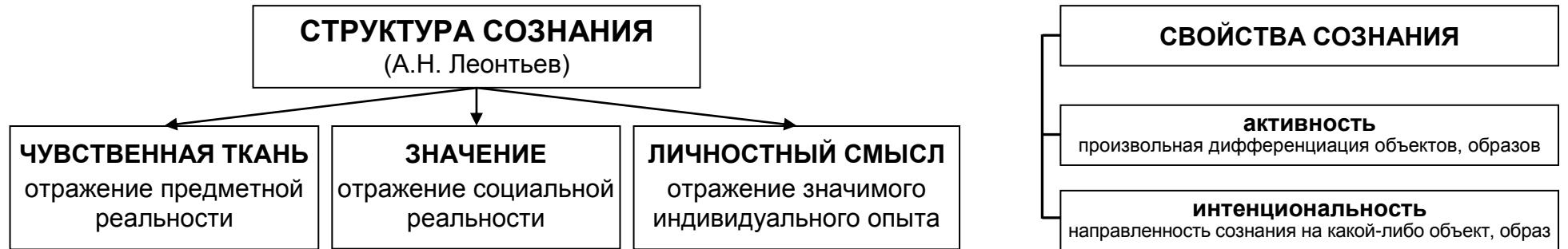
*половые извращения:*

- *зоофилия* – влечение к животным
- *педофилия* – влечение к детям
- *геронтофилия* – влечение к пожилым людям
- *некрофилия* – влечение к трупам
- *скопфилия* – подглядывание за половым актом
- *тропизм* – совершение полового акта в присутствии других людей

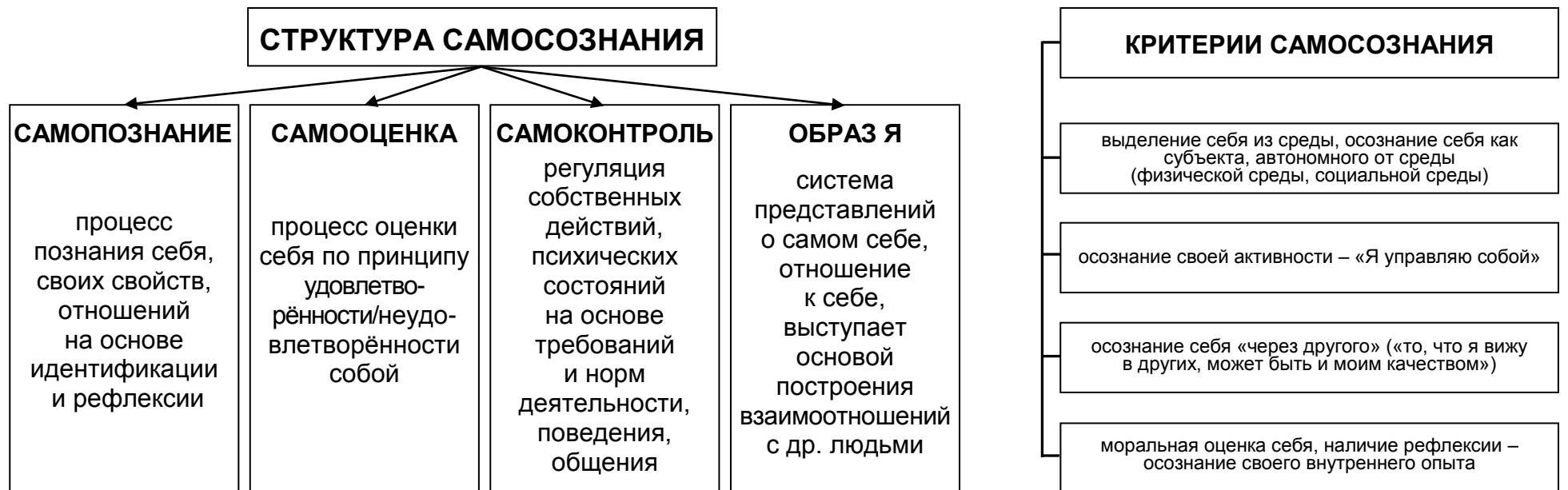
**абулия** – психопатологический синдром, характеризующийся вялостью, отсутствием инициативы и побуждений к деятельности, ослаблением воли (как правило, возникает при массивных поражениях лобных долей мозга)

# СОЗНАНИЕ, САМОСОЗНАНИЕ И ИХ ПАТОЛОГИЯ

**Сознание** – высший уровень психического отражения объективной реальности, а также высший уровень саморегуляции, присущий только человеку как социальному существу



**Самосознание** – осознание человеком себя как индивидуальности



## НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

синдром	симптомы, проявления	заболевания
<b>СИНДРОМЫ ВЫКЛЮЧЕННОГО СОЗНАНИЯ</b>		
<i>просоночное состояние</i>	малая степень нарушения сознания, напоминает состояние человека, разбуженного от глубокого сна и еще недостаточно ориентированного в месте и времени	<p>выключения сознания встречаются при тяжёлых инфекциях, интоксикациях (алкоголь, угарный газ и т.д.), расстройствах обмена веществ (уремия, диабет, печеночная недостаточность), черепно-мозговых травмах, опухолях мозга, сосудистых и других органических заболеваниях центральной нервной системы</p> <p>сопор и кома являются признаками тяжелого соматического неблагополучия организма</p>
<i>сомнолентность</i>	состояние полусна, напоминает дремоту: - большую часть времени пациент лежит с закрытыми глазами - спонтанная речь отсутствует, но на простые вопросы даются правильные ответы, более сложные вопросы не осмысливаются	
<i>обнубиляция</i>	колеблющееся по интенсивности легкое затемнение сознания с затруднением осмысливания ситуации, напоминает человека в состоянии легкого опьянения: - замедление реакций, речи - рассеянность, невнимательность, ошибки в ответах - беспечность настроения Такие состояния в одних случаях продолжаются минуты, в других, например, при некоторых начальных формах прогрессивного паралича или опухолей головного мозга, существуют продолжительные сроки	
<i>оглушение</i>	понижение, вплоть до полного исчезновения ясности сознания и одновременное его опустошение: - повышение порога возбудимости для всех внешних раздражителей - безучастность, окружающее не привлекает внимания, вопросы воспринимают не сразу, способны осмыслить из них лишь сравнительно простые или только самые простые, ответы односложные, персеверации - двигательная активность снижена, движения совершаются медленно, двигательная неловкость, обеднены мимические реакции - представления бедны и неотчетливы, мышление замедлено и затруднено, словарный запас обеднен, нарушены запоминание и репродукция Период оглушения полностью или почти полностью амнезируется	
<i>сопор</i>	патологический сон, глубокая степень оглушения: - пациент лежит неподвижно, глаза закрыты, лицо амимично - словесное общение с пациентом невозможно - сильные раздражители (яркий свет, сильный звук, болевые раздражения) вызывают недифференцированные, стереотипные защитные двигательные и голосовые реакции Период сопора полностью амнезируется	
<i>кома</i>	полное выключение сознания – до больного не доходят никакие раздражители окружающего мира, не реагируют на боль, отсутствует реакция на свет	
<b>СИНДРОМЫ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ</b>		
<i>аменция (от лат. amentia – бессмыслие)</i>	- острая потеря способности синтеза информации, образования причинно-следственных ассоциаций (инкогеренция, бессвязность мышления) - поведение определяется растерянностью с аффектом недоумения - беспорядочно двигательное возбуждение, двигательные метания в пределах постели (яктация) - нарушены все виды ориентировки (время, окружение, личность) - речь состоит из рывков воспоминаний, из отдельных слов обыденного содержания, слогов, нечленораздельных звуков, часто наблюдаются персеверации - вступить в словесное общение с пациентом не удастся Продолжительность – от нескольких недель до месяцев	чаще возникает при тяжелых и длительно текущих болезнях (инфекционных, соматических), при органическом поражении головного мозга, при острых и протрагированных

	Период аменции полностью амнезируется	экзогенно-органических психозах (инфекционных, интоксикационных, травматических, сосудистых и т.д.), реже – при реактивных психозах и шизофрении  свидетельствует о неблагоприятном течении основного заболевания
<i>делирий</i> (от лат. <i>delirium</i> – безумный)	галлюцинаторное помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий, образного бреда, изменчивого аффекта, в котором преобладает страх, двигательное возбуждение; в остром состоянии больные представляют определенную опасность для окружающих Выделяют тяжёлые формы делирия: - профессиональный делирий (делирий занятости, бред занятий) – делирий с преобладанием однообразного двигательного возбуждения в форме привычных, выполняемых в повседневной жизни действий: еда, питье, уборка и т.п. или же действий, имеющих прямое отношение к профессии заболевшего – вождение машины, шитье, работа на кассовом аппарате или компьютере и т.д. - мусситирующий делирий (делирий с бормотанием, тихий бред) – делирий с некоординированным двигательным возбуждением, которое лишено целостных действий и однообразно по своим проявлениям, происходит в пределах постели (больные что-то стряхивают, ощупывают, хватают, разматывают несуществующий клубок ниток, снимают с себя невидимые пушинки) Продолжительность делирия обычно колеблется от трех до семи дней Больные, перенесшие развернутый делирий частично помнят содержание переживаний; обычно эти воспоминания носят отрывочный характер и относятся к психопатологическим симптомам – галлюцинациям, аффекту, бреду У больных с профессиональным и мусситирующим делирием наблюдается полная амнезия	при инфекционных и острых соматических заболеваниях, хронических интоксикациях, токсикоманиях, старческом слабоумии, черепно-мозговых травмах, сосудистых поражениях головного мозга и других его заболеваниях
<i>онейроид</i> (от греч. <i>oneiros</i> – сновидение)	помрачение сознания с наплывом фантастических зрительных псевдогаллюцинаторных переживаний, напоминающих сновидения или грезы: - пациенты полностью дезориентированы и погружены в свой внутренний мир или сохраняют двойственность ориентировки, отражая и реальную, и кажущуюся действительность - обычно пациенты безмолвны, речевое общение с ними невозможно - характерна мимика больных: она то отрешенно-грустная, то «зачарованная», глаза чаще закрыты или полузакрыты Продолжительность – несколько часов или дней Воспоминания о пережитом сохраняются частично, причем пациенты обычно забывают реальные события, но помнят свои болезненные фантастические переживания	чаще наблюдается при тяжелых инфекциях, острых алкогольных, инфекционных, травматических и сосудистых психозах, шизофрении, эпилепсии

<p><i>сумеречное помрачение сознания</i></p>	<p>внезапная и кратковременная утрата ясности сознания с полной отрешенностью от окружающего или с его отрывочным и искаженным восприятием при сохранении привычных автоматизированных действий          Продолжительность – минуты, часы, дни – реже более продолжительные сроки          Полностью или частично амнезируется</p>	<p>чаще наблюдается при органических заболеваниях мозга, эпилепсии, патологическом опьянении, а также после внезапных тяжелых психических травм (патологический аффект)</p>
<p><i>состояние амбулаторного автоматизма</i></p>	<p>автоматизированные формы поведения при особых состояниях сознания:          - сомнамбулизм (снохождение, лунатизм) – чаще наблюдается у детей и подростков, у больных эписиндромом          - абсанс – кратковременная потеря или угнетение сознания с последующей амнезией-          - фуги и трансы – кратковременное состояние амбулаторного автоматизма</p>	

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМОВ ВЫКЛЮЧЕННОГО СОЗНАНИЯ

СИНДРОМ	СЛОВЕСНЫЙ КОНТАКТ	БОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ	РЕФЛЕКСЫ
<i>оглушение</i>	+	+	+
<i>сопор</i>	–	+	+
<i>кома</i>	–	–	–

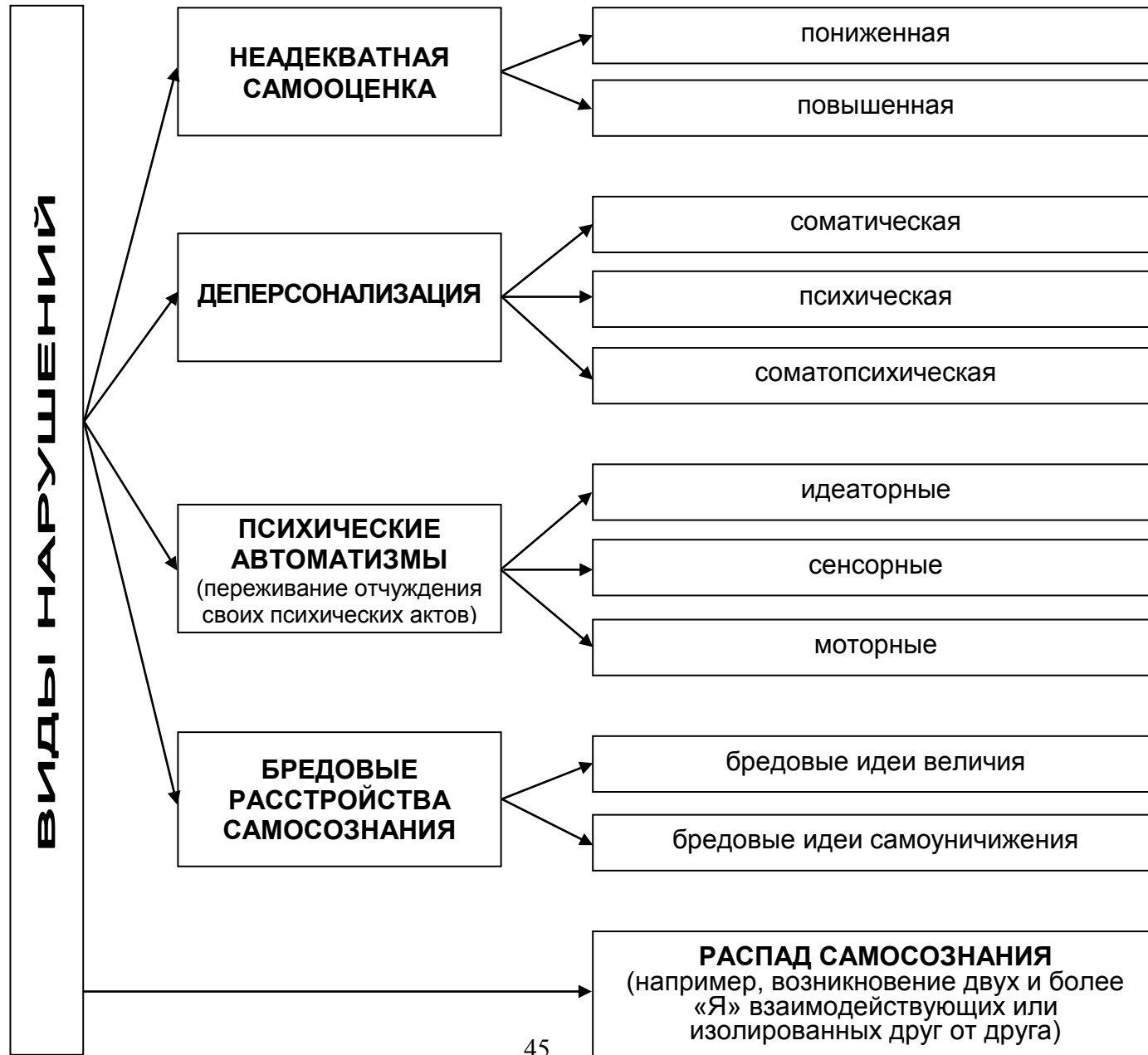
### ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ («ТЕТРАДА К. ЯСПЕРСА»)

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	«ПОВЕРХНОСТНЫЕ» НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ	«ГЛУБОКИЕ» РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ
<i>нарушения восприятия</i>	утрата дифференцированности, избирательности, отчётливости («эпикритичности») отражения окружающего	отрешённость от окружающего как следствие наплыва иллюзорно-галлюцинаторных обманов чувств
<i>нарушения мышления</i>	непоследовательность ассоциативного процесса, недостаточное осмысление окружающего	бессвязность (инкогерентность) мышления, либо формирование вторичного (чувственного) образа
<i>нарушения ориентировки</i>	нарушение аллопсихической ориентировки (прежде всего во времени)	нарушение алло- и аутопсихической ориентировки
<i>нарушения памяти</i>	неполные, отрывочные воспоминания	полная амнезия реальных событий

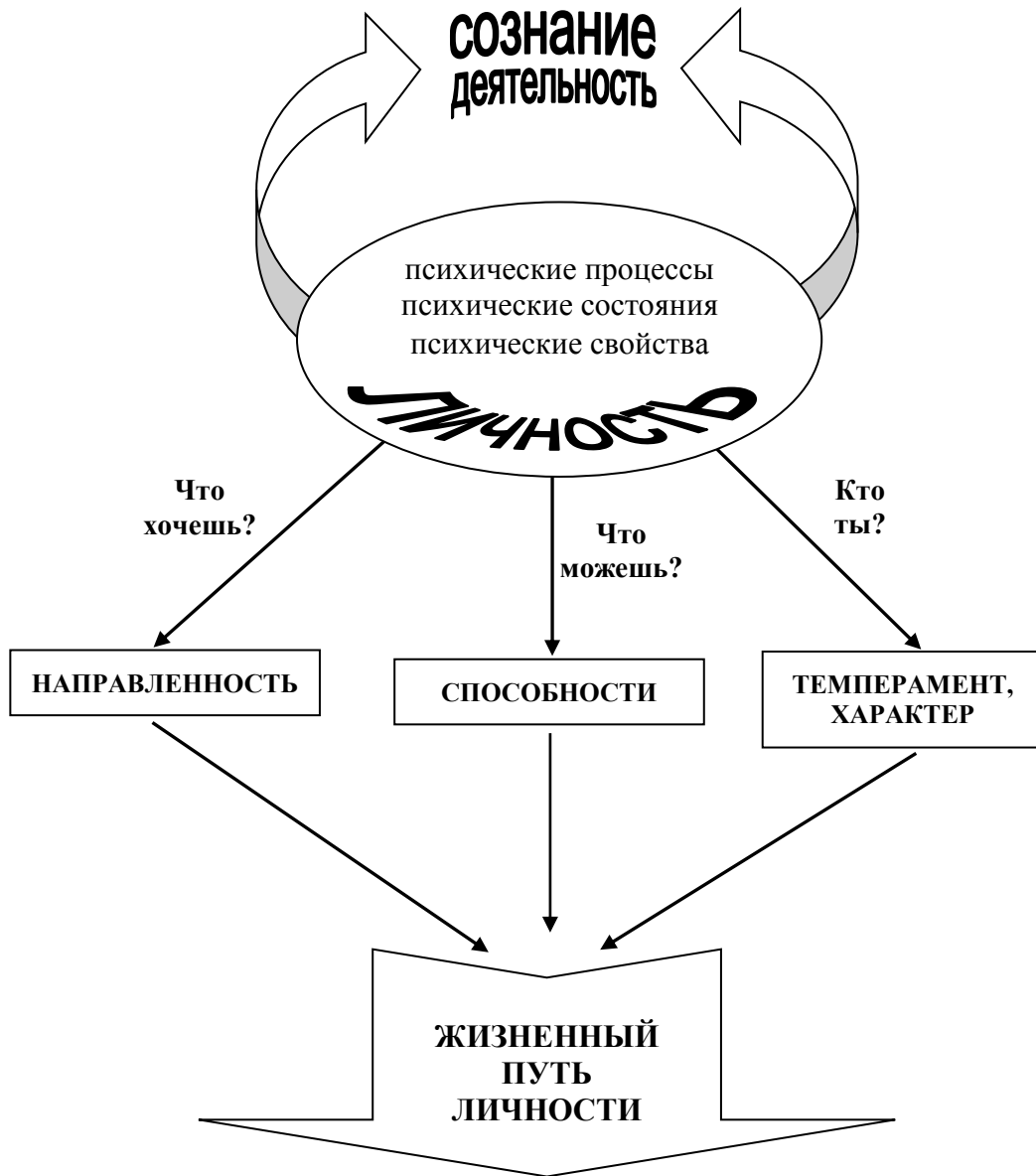
## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЛИРИОЗНОГО И ОНЕЙРОИДНОГО СИНДРОМОВ (СМИРНОВ В.К.)

<b>ФАКТОРЫ</b>	<b>ПРИЗНАКИ</b>	<b>ДЕЛИРИЙ</b>	<b>ОНЕЙРОИД</b>
<i>условия развития и особенности течения</i>	этиология	экзогенная	эндогенная
	длительность	часы-дни	дни-недели
	течение	ундулирующее	стабильное
	время суток	ночное	не зависит
<i>форма и содержание переживаний</i>	галлюцинации	истинные	ложные
	содержание переживаний	микро-, макро-, зоопсии, профессиональные и бытовые сцены	фантастичность, мегаломаничность
	временная проекция	настоящее время	прошлое, будущее
	ассоциации	фрагментарные	последовательные
<i>реакция личности и организма</i>	самосознание	сохранено	перевоплощение, двойная ориентировка
	поведение	соответствует характеру переживаний	диссоциация поведения и переживаний
	тонус мышц	не изменён	кататонические расстройства
	воспоминания	фрагментарные	относительно последовательные

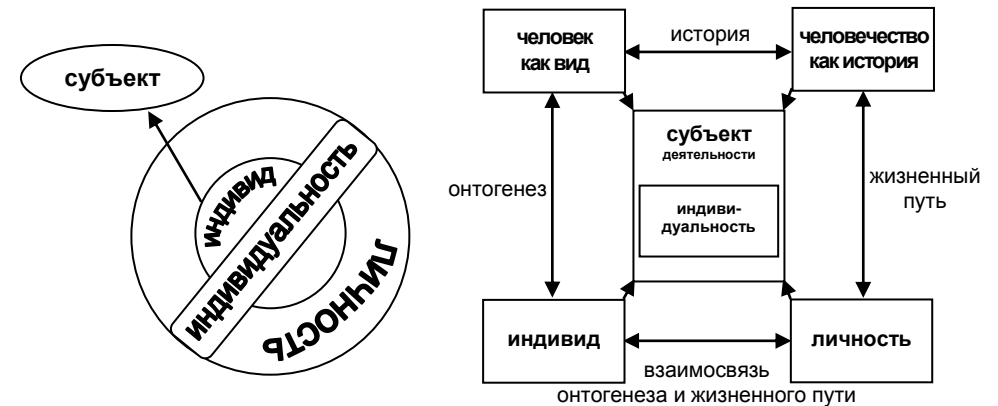
## НАРУШЕНИЯ САМОСОЗНАНИЯ



# ЛИЧНОСТЬ И ЕЁ ПАТОЛОГИЯ



СТРУКТУРНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ЧЕЛОВЕКА			
<i>индивид</i>	первичные свойства	<u>возрастно-половые:</u> - онтогенетическая эволюция - половой деморфизм <u>индивидуально типические:</u> - конституция - нейродинамические свойства мозга - функциональная асимметрия	ТЕМПЕРАМЕНТ ЗАДАТКИ
	вторичные свойства	- динамика психофизиологических функций - структура органических потребностей	
<i>личность</i>	первичные отношения	- социальные роли - социальные статусы - социальные ценности	ХАРАКТЕР
	вторичные отношения	- мотивация - направленность и её компоненты	
<i>субъект деятельности</i>	<u>основные источники формирования:</u> - познание - общение - труд	<u>детерминанты развития:</u> - интеллект - воля - способности	ВНУТРЕННИЕ ИСТОЧНИКИ АКТИВНОСТИ СОЗНАТЕЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
<i>индивидуальность</i>	интегрированность		ТВОРЧЕСТВО
	особая организация	компилирует все свойства человека определяет субъективность восприятия (барьерная функция) выражает внутренний мир человека («Я», ценностные ориентации, мировоззрение)	



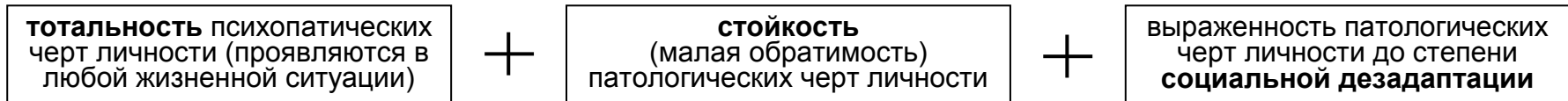
## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧЕРТ ХАРАКТЕРА (МЕНДЕЛЕВИЧ В.Д.)

ГАРМОНИЧНЫЙ ХАРАКТЕР	ДИСГАРМОНИЧНЫЙ ХАРАКТЕР
адаптивность, гибкость	дезадаптивность, ригидность
адекватность самооценки (реализм в оценке окружающих)	неадекватная самооценка (использование каузальной атрибуции)
зрелость, автономность (самостоятельность)	инфантилизм, зависимость (несамостоятельность)
естественность (простота)	неестественность
проблемная центрация (фиксация)	центрация (фиксация) на второстепенном (несущественном)
самоуважение	крайние варианты отношения к себе (от самоуничижения к гиперопеке)
оптимальное сочетание эгоистических и альтруистических целей	эгоцентризм

### ПСИХОПАТИИ

**Психопатии** – патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада личности

### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПСИХОПАТИЙ (ГАННУШКИН П.Б.)



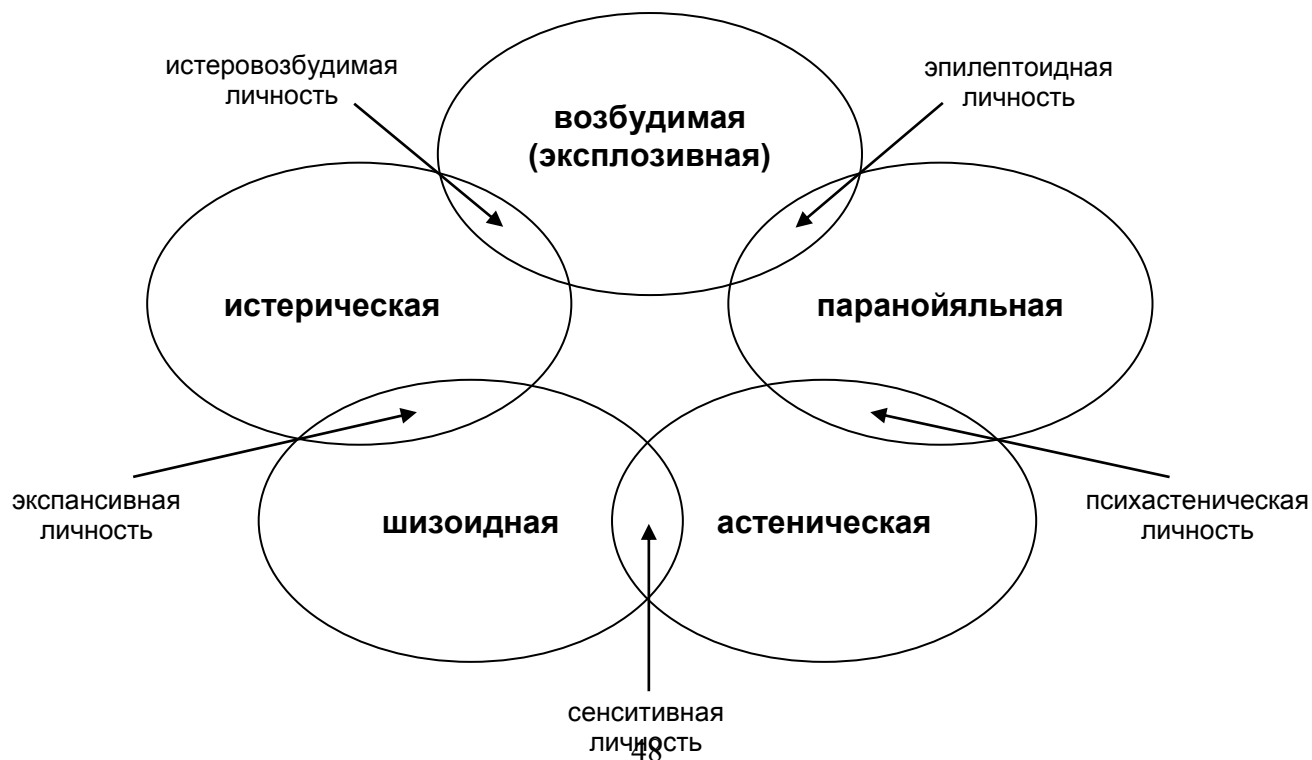
### ОСНОВНЫЕ ТИПЫ ПСИХОПАТИЙ

Типы психопатий	Основные проявления
<i>циклоидная</i>	постоянная смена настроения с колебаниями цикла от нескольких часов до нескольких месяцев, сознание и деятельность подчинены аффекту
<i>шизоидная</i>	уход от контактов, замкнутость, скрытность, эмоциональная парадоксальность (сочетанием повышенной чувствительности и эмоциональной холодности)
<i>эпилептоидная</i>	крайняя раздражительность с приступами тоски, страха, гнева, нетерпеливость, упрямство, эгоцентризм, педантичность, обидчивость, деспотичность
<i>астеническая</i>	повышенная впечатлительность, психическая возбудимость, сочетающаяся с быстрой истощаемостью, раздражительность, нерешительность
<i>психастеническая</i>	тревожность, неуверенность в себе, склонность к постоянным раздумьям, самоанализу, самоконтролю, патологическим сомнениям
<i>паранойяльная</i>	склонность к образованию сверхценных идей, упрямство, эгоистичность, жажда самоутверждения, отсутствие сомнений, завышенная самооценка
<i>истерическая</i>	стремление во что бы то ни стало привлечь на себя внимание окружающих, оценка реальных событий всегда искажена в благоприятную для них сторону, в общении манерны, театральны, эгоцентричны
<i>неустойчивая</i>	безволие, поверхностные эмоции, непостоянство мотивов, побуждений, интересов, податливость влиянию окружающих, внушаемость, некритичность
<i>органическая</i>	врожденная умственная ограниченность, могут хорошо учиться, но бесплодны, когда нужно применить знания или проявить инициативу, умеют «держаться себя в обществе», но банальны в суждениях

## СООТНОШЕНИЕ ТИПОВ ВОСПИТАНИЯ И ТИПОВ ХАРАКТЕРА (МЕНДЕЛЕВИЧ В.Д.)

Тип воспитания	Тип характера						
	<i>истерический</i>	<i>шизоидный</i>	<i>эпилептоидно-возбудимый</i>	<i>психастенический</i>	<i>астенический</i>	<i>паранойяльный</i>	<i>мозаичный</i>
«кумир семьи»	++	–	–	–	–	–	+
гиперопека	+	+	+	–	++	–	+
гипоопека	+	++	++	–	+	–	+
безнадзорность	–	+	+	–	–	–	–
«золушка»	–	–	–	–	+	–	–
«ежовые рукавицы»	–	+	+	+	+	–	+
парадоксальная коммуникация	–	++	++	–	–	+	+

## СООТНОШЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ПСИХОПАТИЙ (ШОСТАКОВИЧ Б.В.)



## СТРУКТУРА ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ

Синдром	Восприятие	Внимание	Память	Мышление	Речь	Воображение	Эмоции	Мотивация	Моторика
<p><b>ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЙ</b></p> <p><i>ядро:</i> нарушение селективности психических процессов</p> <p><i>клинические соответствия:</i> шизофрения, шизоаффективное расстройство, шизотипическое расстройство, шизоидное расстройство личности</p>	<p>- расщеплённые, фрагментарные, диссоциированные образы</p> <p>- возможны ограниченность, нереалистичность, фантастичность, галлюцинации</p>	<p>- диссонанс между большей сохранностью и более заметным нарушением произвольного внимания,</p> <p>- неадекватная направленность, отвлекаемость</p> <p>- субъективная истощаемость, степень устойчивости варьирует</p>	<p>- страдает за счёт снижения мотивационного компонента,</p> <p>- в большей степени страдает опосредованная память</p> <p>- могут снижаться объём и динамика</p>	<p>- рассогласование, разорванность, дисгармоничность</p> <p>- нарушение целенаправленности (резонёрство, разноплановость), последовательности, логичности</p> <p>- склонности к абстракции и символике, патологический полисемантизм</p> <p>- искажение процесса обобщения, актуализация латентных или гиперабстрактных признаков</p> <p>- ускорение ассоциативного процесса, лабильность мышления</p> <p>- обрывы, соскальзывания, внезапные остановки мыслей</p>	<p>- в семантике: шизофазия (разорванность), неологизмы, изменение значений слов, избыточная насыщенность, преобладание монологовой активности</p> <p>- в просодике: невыразительность и монотонность, исчезают эмоциональные модуляции, утрачиваются нюансы интонации</p> <p>- письменная речь отличается своеобразием почерка, «набивкой» (заполнением пустых пространств листа), орнаментацией, привнесением символики, персеверацией отдельных элементов</p>	<p>- на ранней стадии: высокая продуктивность, разнородность образов, их нереалистичность, сверхоригинальность, склонность к символизации</p> <p>- на поздних стадиях: снижение воссоздающего и творческого воображения</p>	<p>- уплощение и диссоциация эмоций, парабулии</p> <p>- эмоциональное обеднение, снижение нюансировки, динамики, холодность, апатичность</p> <p>- неадекватность, парадоксальность, амбивалентность</p>	<p>- изменение структуры и иерархии мотивов</p> <p>- снижение побудительной и смыслообразующей функций мотивов</p> <p>- снижение энергетического потенциала, целенаправленности психической активности</p> <p>- парадоксальность мотивации в виде сосуществования нескольких взаимоисключающих мотивов</p> <p>- снижается интерес к заданию, реакция на оценку экспериментатора</p> <p>- изменения самооценки и самосознания (аутизм, эгоцентризм)</p>	<p>- бедность, неадекватность, манерность мимики, пантомимики</p> <p>- неестественность, вычурность походки (выраженная стадия болезни), жестикуляция</p>
<p><b>АФФЕКТИВНО-ЭНДОГЕННЫЙ</b></p> <p><i>подразделяется на:</i></p> <p>- депрессивный синдром (ДС)</p> <p><i>ядро:</i> патологически пониженный фон настроения (депрессия, субдепрессия)</p> <p>- маниакальный синдром (МС)</p> <p><i>ядро:</i> патологически повышенный фон настроения (эйфория)</p>	<p>ПРИ ДС: - сужение объёма</p> <p>ПРИ МС: - расширение объёма</p> <p>- снижение дифференцированности («случайное» восприятие)</p>	<p>ПРИ ДС: - снижение активности, объёма, переключаемости (трудность перехода от одного задания к другому)</p> <p>- затруднение произвольной концентрации на объектах</p> <p>ПРИ МС: - нарушение устойчивости, повышенная</p>	<p>ПРИ ДП: - снижение объёма оперативной и кратковременной памяти, про- или постактивное торможение следов</p> <p>- смысловое запоминание и долгосрочная память страдают мало</p> <p>ПРИ МС: - гипермнезии</p> <p>- непосредственное механическое запоминание нарушается при</p>	<p>ПРИ ДС: - замедление темпа мыслительных процессов</p> <p>- инертность мышления, бедность и шаблонность ассоциаций, стереотипность подходов к решению заданий, склонность к персеверациям</p> <p>- негрубое снижение уровня обобщения.</p> <p>- снижение мотивационного компонента мышления, малая продуктивность (целенаправленность суждений не страдает)</p>	<p>ПРИ ДС: - замедление темпа речевая активность или малая продуктивность в диалоге</p> <p>- уменьшение громкости, типичный «матовый голос»</p> <p>- письменная речь отличается склонностью к микрографии, возможно некоторое снижение её продуктивности</p> <p>ПРИ МС: - высокая спонтанная речевая активность</p>	<p>ПРИ ДС: - существенное снижение продуктивности (реалистичность при этом относительно сохранна)</p> <p>ПРИ МС: - сохранность продуктивности</p> <p>- возможны усиление и процессов воображения при относительной сохранности</p>	<p>ПРИ ДС: - беспричинно сниженный фон настроения (может усилиться до меланхолии с унынием)</p> <p>- поижненная амплитуда эмоциональных реакций, их малая нюансированность, низкая экспрессивность, инертность</p> <p>- высокий порог возникновения эмоционального ответа (в целом)</p>	<p>ПРИ ДС: - патологическое снижение энергетического потенциала, общее ослабление мотивационной активности</p> <p>- отсутствие инициативы, быстрая утомляемость, внезапное чувство усталости</p> <p>- низкая актуальность потребности самосохранения, направленность агрессии на себя (аутоагрессия)</p> <p>- низкая работоспособность в</p>	<p>ПРИ ДС: - низкий уровень моторной активности, мимических, пантомимических проявлений (поза «меланхолика»)</p> <p>- склонность к психомоторному торможению (скорбная, застывшая мимика,</p>

<p><i>клинические соответствия:</i>  маниакально-депрессивный психоз, функциональные аффективные психозы позднего возраста, шизофрения с шубообразным течением, шизоаффективные психозы, органические поражения головного мозга, психогенные и соматогенные психические заболевания</p>		<p>отвлекаемость, «сверхпереключаемость» (внимание как бы «скачет» с одного предмета на другой)  - увеличение количества ошибок при выполнении методик на внимание</p>	<p>значительной степени выраженности аффективных расстройств, смысловое – чаще сохранно</p>	<p>- с трудом усваиваются объёмные инструкции по выполнению задания  - сохранная способность оперировать категориями при стимуляции</p> <p>ПРИ МС:  - ускорение ассоциативных процессов и темпа мышления (феномен «скачки идей»)  - в легких случаях – частые отвлечения от данной темы при сохранной способности вернуться к исходной точке  - в тяжелых случаях логическая нить разговора теряется, сбивчивость и непоследовательность мышления достигают степени бессвязности</p>	<p>- ускорение темпа  - увеличение громкости  - преобладание монолога, логорея, слабое «оттормаживание» побочных ассоциаций (преобладают ассоциации по созвучию)  - письменная речь характеризуется гиперпродуктивностью, патетическим или поэтическим стилем</p>	<p>реалистичности</p>	<p>ответ адекватен)  - в крайних случаях – аффективное оцепенение, ступор с полной обездвиженностью и глубокой психической заторможенностью</p> <p>ПРИ МС:  - беспричинная эйфория  - нестабильность, чрезмерная интенсивность эмоциональных реакций, которые могут быть неадекватными по направленности, «случайными», личностно-гедонистическими и  - характерны нарушения волевого контроля над аффективностью</p>	<p>эксперименте (необходима активная стимуляция для получения продукции), заинтересованность в результатах не проявляется</p> <p>ПРИ МС:  - патологическое повышение энергетического потенциала  - ослабление и неустойчивость мотивов деятельности, целеполагания  - доминирование утилитарно-гедонистических и «случайных» мотивов, гиперсексуальность  - стремление к деятельности (при тяжелых состояниях к бесцельной), принимаются сразу за массу дел  - переоценка собственной личности, завышенный уровень притязаний, сверхценные идеи величия  - поведение может носить игровой оттенок, отличаться склонностью к самолюбанию или быть сексуально окрашенным.  - повышенная продуктивность в эксперименте при беспечном отношении (мотивы самоутверждения и коммуникации), реакция на неудачу слабая, по типу отрицания неуспеха  - при раздражительной или гневной мании – агрессивные действия, большие ищут ссоры, возможны общественно</p>	<p>движения замедленны)  - возможна агитация (тревожно-двигательное возбуждение)</p> <p>ПРИ МС:  - психомоторное возбуждение, гипердинамические проявления в мимике, жестикуляции, моторике, чрезмерная подвижность  - мимика и жестикуляция разнообразны, патетичны, театральны (в целом носят адекватный характер)</p>
---	--	--	---	--	---	-----------------------	---	--	--

<p><b>ОЛИГОФРЕНИЧЕСКИЙ</b></p> <p><i>ядро:</i> недостаточности высших сторон познавательной деятельности, прежде всего абстрактного мышления</p> <p><i>клинические соответствия:</i> группа олигофрении – от хромосомных aberrаций до экзогенно-органических поражений головного мозга в первые три года жизни</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- пониженная активность</li> <li>- сужение объема</li> <li>- недостаточная дифференцированность, чёткость (при выраженной дебильности путают изображения похожих предметов, плохо различают цвета)</li> <li>- нарушение селективности (при показе картинок трудно улавливается целостное содержание, перечисляются отдельные детали)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- внимание характеризуется недоразвитием, прежде всего, произвольное</li> <li>- сужение объема</li> <li>- плохое распределение</li> <li>- трудности переключения</li> <li>- неустойчивость, истощаемость</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- нарушения операционного, динамического, мотивационного процесса запоминания</li> <li>- механическая память более развита, чем опосредованная (даже для запоминания не связанных между собой по смыслу слов требуются многие повторения, а через короткое время воспроизводится небольшое их количество)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- относительно стабильное непрогрессирующее слабоумие, примитивность и конкретность мышления</li> <li>- неспособность к обучению, формированию понятий, абстрагированию, обобщению</li> <li>- дефицит общих сведений и знаний</li> <li>- замедление протекания мыслительных операций (тугоподвижность, инертность мышления),</li> <li>- ослабление мотивационного компонента мышления</li> <li>- нарушения критичности мышления</li> <li>- при «сравнении понятий» акцентируются случайные, внешние признаки, а существенные игнорируются</li> <li>- при выполнении «Классификации предметов» формирование групп осуществляется с опорой на включенность тех или иных предметов в единую конкретную ситуацию из жизненного опыта испытуемого</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- выраженные дефекты произношения, косноязычие, шепелявость, плохое различение звуков, путаница близких фонем, искажения слов при произношении (особенно сложных слов)</li> <li>- плохое грамматическое оформление, односложность фраз</li> <li>- часто используются штампы, неверно употребляются слова («пустая словесная абстракция»)</li> <li>- словарь как пассивный, так и активный, мал, слово часто является не понятием, а названием конкретных объектов</li> <li>- письменная речь часто не сформирована</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- выраженный дефект развития фантазии (в эксперименте оказываются невозможными даже составление рассказов из заданных слов, связанная передача событий из собственной жизни)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- незрелость, малая дифференцированность, осознанность эмоциональных реакций</li> <li>- высшие чувства слабо развиты, тонкие оттенки чувств обычно недоступны, доминируют элементарные эмоции, которые нередко исчерпываются удовлетворением физиологических потребностей</li> <li>- часты как переоценка своих возможностей, не критическое отношение к ним, так и переживание чувства своей неполноценности в связи с отрицательным отношением других людей, обиды за свою несостоятельность</li> </ul>	<p><b>опасные поступки</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- низкий уровень активности и малое разнообразие мотивационно-потребностной сферы</li> <li>- низкий уровень мотивационного опосредования, слабость целеполагания</li> <li>- дефицитарность волевой активности, высокая внушаемость</li> <li>- несформированность социально направленных мотивов</li> <li>- работоспособность в эксперименте низкая, выражена истощаемость, рабочий мотив не формируется, преобладает ведомость, заинтересованность в результатах мала, необходима активная стимуляция</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- выраженное ослабление мимической экспрессии, гипомимия</li> <li>- «угловатость» и несформированность тонких двигательных навыков</li> </ul>
<p><b>ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЙ</b></p> <p><i>Подразделяется на:</i> - ригидный вариант (РВ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- сужение объема</li> </ul>	<p>ПРИ РВ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- снижение объема, переключаемости, концентрации, быстрое</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- расстройство произвольного и непроизвольного запоминания, воспроизведения, хранения и забывания</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- распад системы прежних знаний и опыта</li> <li>- замедление темпа ассоциативного процесса, его подвижности,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- в устной речи – нарушения грамматики, обеднение просодики, низкая смысловая насыщенность,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- выраженное снижение продуктивности, шаблонность творческой продукции</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- увеличение амплитуды, малая нюансированность эмоциональных реакций</li> <li>- выраженная</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ослабление спонтанной мотивационной активности, мотивационная истощаемость</li> <li>- низкое мотивационное опосредование,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- малонаправленная мимическая экспрессия (огрубленные черты)</li> </ul>

<p>- лабильный вариант (ЛВ) - мнестический вариант (МВ)</p> <p><i>ядро:</i> распад системы прежних знаний и опыта, нарушение функционирования психических процессов</p> <p><i>клинические соответствия:</i> органические поражения головного мозга, опухоли головного мозга, церебральный атеросклероз, последствия черепно-мозговых травм, интоксикаций, менингитов, энцефалитов, геронтологически х дегенеративно-атрофических психических заболеваний (болезнь Альцгеймера и др.) т.д., иногда обнаруживается при шизофрении с длительными сроками течения</p>		<p>наступление истощения</p> <p>ПРИ ЛВ: - снижением объема и устойчивости</p> <p>ПРИ МВ: - сужение объема, нарушение концентрации, повышенная истощаемость</p>	<p>информации</p> <p>- кратковременная память характеризуется низким объемом запоминания, ложными воспроизведениями и (конфабуляциями), воспроизведением стимулов из предшествующих заданий</p> <p>- долгосрочная память отличается низким объемом, мозаичностью воспроизведения, наличием конфабуляций</p> <p>- выражено про или постактивное торможение следов</p> <p>- иногда механическое запоминание относительно сохранно по сравнению со смысловым</p> <p>- при МВ нарушения памяти существенно доминируют над расстройствами процесса мышления</p>	<p>шаблонность ассоциаций</p> <p>- снижение уровня обобщения (актуализация несущественных, поверхностных признаков предметов и явлений)</p> <p>- нарушение абстрагирования, анализа и синтеза, особенно при взаимодействии с незнакомым материалом</p> <p>- нарушения критичности мышления (менее выраженные при МВ)</p> <p>- возможны снижение мотивационного компонента мышления, его целенаправленности, разноплановость</p> <p>- нарушения динамики при РВ: низкий темп, инертность, склонность к персеверациям</p> <p>- нарушения динамики при ЛВ: лабильность, отсутствие оформленной стратегии решения заданий</p>	<p>смысловая ригидность, персеверации</p> <p>- письменная речь обращает на себя внимание крупным, неровным почерком, характерны нарушения грамматики, персеверации (при рисовании выявляются макрография, дрожащий, разорванный контур, персеверация элементов, конкретность)</p>		<p>инертность эмоций, возможна тенденция к аффективной кумуляции</p> <p>- низкий порог возникновения эмоционального ответа (в целом ответ адекватен)</p> <p>- нарушения волевого контроля над аффективностью</p> <p>- типично обеднение этических эмоций</p>	<p>возможны нарушения целеполагания</p> <p>- как правило, отмечается нарушение структуры и иерархии потребностей с резким доминированием утилитарно-гедонистических мотивов</p> <p>- часто наблюдается актуализация агрессивных побуждений</p> <p>- работоспособность в эксперименте обычно низкая, выражена истощаемость, характерны отказы от выполнения относительно более сложных заданий (нуждаются в стимуляции), выражена реакция на неудачу, часто экстрапунитивной направленности</p>	<p>лица, малодифференцированная мимика)</p> <p>- часто наблюдается усиление моторной активности, пантомимики</p>
<p><b>ЭНДОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЙ</b></p> <p><i>ядро:</i> инертность психических процессов со склонностью к детализации</p> <p><i>клинические соответствия:</i> истинная эпилепсия, первичные</p>	<p>- склонность к детализации (например, испытуемый подробно описывает мельчайшие детали предъявляемых ему изображений, затрудняясь</p>	<p>- сужение объема</p> <p>- низкая переключаемость</p> <p>- отсутствие истощаемости</p> <p>- повышенная сосредоточенность на эмоционально-значимых объектах</p>	<p>- нарушения операционного, динамического и в меньшей мере мотивационного процесса запоминания</p> <p>- смысловая память страдает в меньшей степени, чем механическое запоминание</p> <p>- в легких случаях –</p>	<p>- снижение темпа ассоциативного процесса, инертность, вязкость, тугоподвижность мышления</p> <p>- снижение уровня обобщения, склонность актуализировать конкретные ситуационные и личностно-значимые признаки</p>	<p>- изменения темпа (часто логорея или олигофазия)</p> <p>- склонность к чрезмерной обстоятельности, детализации</p> <p>- патетический, официальный стиль, речевые штампы</p> <p>- использование уменьшительных суффиксов</p>	<p>- активное использование клише</p>	<p>- увеличение амплитуды и снижение подвижности эмоциональных реакций</p> <p>- диссоциация между демонстрируемой доброжелательностью, угодливостью и внутренней</p>	<p>- высокий спонтанный уровень мотивационной активности</p> <p>- преобладание эгоцентрических мотивов, в случае выраженных личностных изменений – утилитарно-гедонистических (диссоциация с демонстрируемыми альтруистическими, просоциальными основаниями поведения)</p>	<p>- замедленность в движениях</p> <p>- бедность мимики</p>

<p>атрофические процессы головного мозга, органические заболевания головного мозга, последствия черепно-мозговой травмы с судорожным синдромом, органические расстройства личности, эпилептоидная психопатия, «эпилептические изменения личности»</p>	<p>в выделении целого)</p>		<p>нарушения произвольной репродукции (концентрация внимания на удержании в памяти какого-либо слова приводит к ухудшению способности произвольной репродукции) - на последующих этапах заболевания – расстройства удержания и запоминания - долговременная память нарушается мало</p>	<p>- шаблонность ассоциаций, склонность к детализации и персеверациям - нарушение критичности мышления, выраженный эгоцентризм суждений. - иногда отмечается специфическое резонерство, возникающее на бытовых, личностно-значимых основаниях, часто имеющее оттенок морализации, не сопровождающееся нарушением целенаправленности суждений - непонимание юмора</p>	<p>(слащавость) - в ассоциативном эксперименте – увеличение латентного периода, частые эхололические реакции, однообразное повторение одних и тех же ответов - непосредственно после припадка обнаруживается асимболия – нарушение способности узнавать предмет и его назначение; по мере восстановления сознания асимболия исчезает, и проявляется олигофазия – узнают показываемый предмет, понимают его свойства и назначение, но назвать не могут - письменная речь отличается аккуратностью, педантичностью, каллиграфическим характером почерка, шаблонными фразами и персеверациями</p>		<p>фиксацией на негативных эмоциональных аспектах - типичны переживание чувства обиды и злопамятность по отношению к конкретным фрустрирующим лицам и обстоятельствам, переживание чувства ревности - возможны длящиеся дисфорические состояния (тоскливо-злобное настроение) с постепенно, исподволь накапливающим аффектом, который разряжается в бурных аффективных реакциях по часто незначительному, незаметному для окружающих поводу, играющему роль последней капли</p>	<p>- усилены агрессивные и сексуальные побуждения - в поведении преимущественная склонность к порядку и аккуратности. - инертность уровня притязаний - прогрессирующие нарушения самооценки (нарастание неадекватности уровня притязаний, недостаточная критичности к себе) - в эксперименте низкий или невысокий темп работы, стремление соответствовать ожиданиям экспериментатора, работоспособность варьирует, истощаемость отсутствует, часто высказывается благодарность за исследование</p>	
<p><b>ПСИХОПАТИЧЕСКИЙ (ЛИЧНОСТНО-АНОМАЛЬНЫЙ) СИМПТОМОКОМПЛЕКС</b></p> <p>Подразделяется на: - возбудимый вариант (ВВ) - торпидный вариант (ТВ) ядро:</p>	<p>- сохранность</p>	<p>- сохранность</p>	<p>- сохранность</p>	<p>ПРИ ВВ: - общая сохранность категориального строя и операций мышления или незначительные изменения - высокая аффективная обусловленность мышления - возможны значительные колебания продуктивности (импульсивность в</p>	<p>- сохранность - при ВВ нередко использование в устной речи ненормативных, жаргонных слов</p>	<p>ПРИ ВВ: - достаточная реалистичность - может быть повышена оригинальность - проекция установок (например, агрессивных, садистических) в заданиях типа «Рассказ по серии картинок»</p>	<p>ПРИ ВВ: - выраженная нестабильность аффективного фона, увеличение амплитуды и подвижности эмоциональных реакций - снижение порога возникновения эмоционального ответа, возможна</p>	<p>ПРИ ВВ: - изменения структуры иерархии мотивов: деформация с доминированием примитивных (агрессивных, утилитарно-гедонистических) мотивов, слабость звучания альтруистических мотивов - нарушение прогнозирования и</p>	<p>- общая адекватность психомоторных реакций</p>

<p>патологическое заострение характерологического радикала</p> <p><i>клинические соответствия:</i> акцентуированные и психопатические личности, ремиссии и дисгармонические изменения личности при шизофрении, органических заболеваниях головного мозга, черепно-мозговых травмах</p>				<p>работе, внезапные отказы (по принципу интересно-неинтересно, успешно-неуспешно))</p> <p>- возможны искажения обобщения по типу актуализации второстепенных, личностно-значимых признаков, при этом значимость избранного варианта часто подчеркивается испытуемым («Я так считаю»)</p> <p>- проекция (главным образом агрессивная) в ассоциативном эксперименте, пиктограмме</p> <p>- нарушение критичности</p> <p>ПРИ ТВ:</p> <p>- общая сохранность категориального строя и динамики мышления</p> <p>- возможны колебания продуктивности</p> <p>- возможны нарушения обобщения по типу актуализации несущественных, личностно-значимых признаков, формирование суждений на основе конкретно-ситуационных связей</p> <p>- проекция (главным образом внутренних конфликтов) в ассоциативном эксперименте, методике пиктограмм, заданиях «Рассказ по картинке» и т.п.</p> <p>- нарушение критичности</p>		<p>ПРИ ТВ:</p> <p>- недостаточная реалистичность</p> <p>- возможно повышение оригинальности</p> <p>- продуктивность варьирует</p>	<p>яркая, эмоциональная экспрессия, эксплозивность, склонность к эмоциональному «самовзвинчиванию»</p> <p>- нарушение или снижение волевого контроля над эмоциями, ослабление этического контроля</p> <p>ПРИ ТВ:</p> <p>- повышенный уровень тревожности</p> <p>- сниженный порог возникновения эмоционального ответа</p> <p>- своеобразная аффективная «застреваемость»</p> <p>- реакция на внешние раздражители (в том числе на замечания экспериментатора) адекватна по направленности и неадекватно повышена по силе</p>	<p>опоры на прошлый опыт</p> <p>- заострение свойств личности</p> <p>- неадекватное повышение и неустойчивость самооценки, нестабильность и завышение уровня притязаний</p> <p>- импульсивность в работе, нарушения волевого контроля (особенно при предъявлении достаточно длинной серии однотипных заданий)</p> <p>- формирование оппозиционно-негативистических или других искажающих установок в эксперименте, экстрапунитивная реакция на критику</p> <p>ПРИ ТВ:</p> <p>- неуверенность, тревожность, неустойчивость самооценки, тенденция к снижению</p> <p>- заострение свойств личности</p> <p>- преобладание дополняющей системы ценностей, превалирование вытеснения как механизма защиты</p> <p>- в эксперименте выражено избегание неуспеха, подкрепление своих ответов, реакция на критику преимущественно интрапунитивная, личностная, значимость оценки экспериментатора высокая, необходима положительная стимуляция</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

<p><b>СИНДРОМ ПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ</b></p> <p><i>ядро:</i> нарушением целостности, организованности психической деятельности</p> <p><i>клинические соответствия:</i> встречается практически при всех психотических расстройствах, независимо от их нозологической принадлежности, при реактивных, эпилептических и экзогенно-органических психозах</p>	<p>- сужение или, напротив, расширение объема - может наблюдаться феномен «восприятия без объекта»</p>	<p>- отличается неустойчивостью концентрации либо «прикованностью» (к иллюзорно-галлюциаторным переживаниям) - низкая переключаемость (ригидность, торпидность) или высокая непродуктивная переключаемость (лабильность) - возможно нарушение селективности</p>	<p>- снижение объема оперативной памяти - для кратковременной памяти типичным является низкий объем запоминания, воспроизведение предъявляемых стимульных слов, близких по созвучию либо по смыслу, ложное воспроизведение (конфабуляции, псевдореминисценции, криптомнезии), воспроизведение стимулов из предшествующих заданий; может отмечаться выраженное про или постактивное торможение следов (как правило, в эксперименте выявляется хаотичный профиль запоминания) - долгосрочная память отличается низким объемом, воспроизведением стимулов из предшествующих заданий, ложным воспроизведением</p>	<p>- нарушение селективности при выборе аналитико-синтетических критериев сравнения, обобщения, классификации, конкретизации и абстрагирования - низкий темп и подвижность ассоциативного процесса либо чрезмерно высокий темп ассоциирования с опорой на случайные признаки - нарушение категориального строя, практически невозможны оперирование понятиями, построение суждений и умозаключений; могут выявляться искаженные умозаключения (бред) - нарушение целенаправленности мышления (в большинстве случаев) - мыслительная деятельность в целом непродуктивна</p>	<p>- в устной речи выявляются грамматические ошибки, неологизмы, речевые «эмболы» (персеверация звуков, фраз, реплик) - низкая смысловая насыщенность речи либо, напротив, избыточная речь, которую невозможно понять и оценить её смысловую сторону, разорванность высказываний, непоследовательность изложения, смысловая ригидность - возможно самопроизвольное или неспецифическое воспроизведение автоматизированной речевой продукции, логорея - как правило, отмечается монолог, невозможна или крайне затруднена диалоговая речь - письменная речь характеризуется значительными нарушениями каллиграфии, грамматики, персеверациями букв, слов, фраз; при рисовании выявляются персеверация элементов, невозможность калибровки образов (неузнаваемость), игнорирование краев листа (выход за пределы), непродуктивность</p>	<p>- крайне низкая или чрезмерно высокая продуктивность - разнородность образов или выраженное однообразие продукции - нереалистичность, сверхоригинальность продуцируемых образов</p>	<p>- общая рассогласованность, диссоциированность, дисгармоничность эмоциональной сферы - неустойчивость аффективного фона, его выраженное снижение либо повышение - аффективная обусловленность поведения, снижение аффективного контроля, склонностью к импульсивным реакциям - неадекватное качество (модальность) эмоциональных реакций, отсутствие их обусловленности внешними стимулами - сила реагирования либо неадекватно низкая, либо чрезмерно высокая - в эксперименте выявляется доминирующая эмоция тревоги, страха, связанного, в частности, с выполнением экспериментального задания</p>	<p>- снижение или искажение мотивационно-потребностной сферы, неустойчивость мотивов - низкое мотивационное опосредование как отдельных реакций, так и поведения в целом, неадекватность регуляции внешним опосредующим факторам - парадоксальность – одновременное сосуществование нескольких взаимоисключающих мотивов - сложно или невозможно сформировать мотив обследования, контакт с экспериментатором формален и неустойчив, диалог либо отсутствует, либо может в той или иной мере приобретать характер монолога, продуктивность в эксперименте крайне низкая, часто нарушено понимание инструкций, иногда отмечается их неверная трактовка, ориентировки в заданиях снижена</p>	<p>- вариабельность реакций – от безучастного, аспонтанного, отстраненного и подавленного до расторможенного, гиперактивного и экспрессивного - неадекватность мимики и пантомимики, нарушение отражения ими внутренних переживаний</p>
---	--	---	---	--	---	--	--	--	---

<p><b>ПСИХОГЕННО-НЕВРОТИЧЕСКИЙ</b></p> <p><i>ядро:</i> неразрешимый внутриличностный и мотивационный конфликт</p> <p><i>клинические соответствия:</i> неврозы и невротические реакции</p>	<p>Неврозы – это болезненно переживаемые и сопровождаемые расстройствами в соматической сфере срывы личности в ее общественных отношениях, вызванные психическими факторами и необусловленные органическими изменениями, с тенденцией к активной переработке и компенсации (В.А.Гиляровский)</p> <p>Основные особенности неврозов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- психогенный фактор как причина;</li> <li>- вегетосоматические проявления;</li> <li>- личностный характер;</li> <li>- тенденция к переработке возникших нарушений в соответствии с социальной значимостью психической травмы.</li> </ul>
<p><b>ПСИХОГЕННО-ПСИХОТИЧЕСКИЙ</b></p> <p><i>ядро:</i> реактивная дезорганизация умственной деятельности</p> <p><i>клинические соответствия:</i> реактивные психозы</p>	<p>Реактивные психозы – это разнообразные в клиническом отношении расстройства психотического уровня, возникающие в результате действия психических травм, превышающих адаптационно-компенсаторные возможности индивидуума</p> <p>Особенности реактивных психозов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- развиваются чаще всего после шоковых, сверхсильных психических травм</li> <li>- острота, большая глубина и лабильность нарушений психических функций</li> <li>- продуктивная психотическая симптоматика</li> <li>- отсутствие достаточной интрапсихической переработки ситуации</li> <li>- утратой способности критически оценивать свое состояние, ситуацию и адаптироваться к ней</li> </ul>

## НЕВРОЗЫ

**Неврозы** – это болезненно переживаемые и сопровождаемые расстройствами в соматической сфере срывы личности в ее общественных отношениях, вызванные психическими факторами и необусловленные органическими изменениями, с тенденцией к активной переработке и компенсации (В.А.Гиляровский)

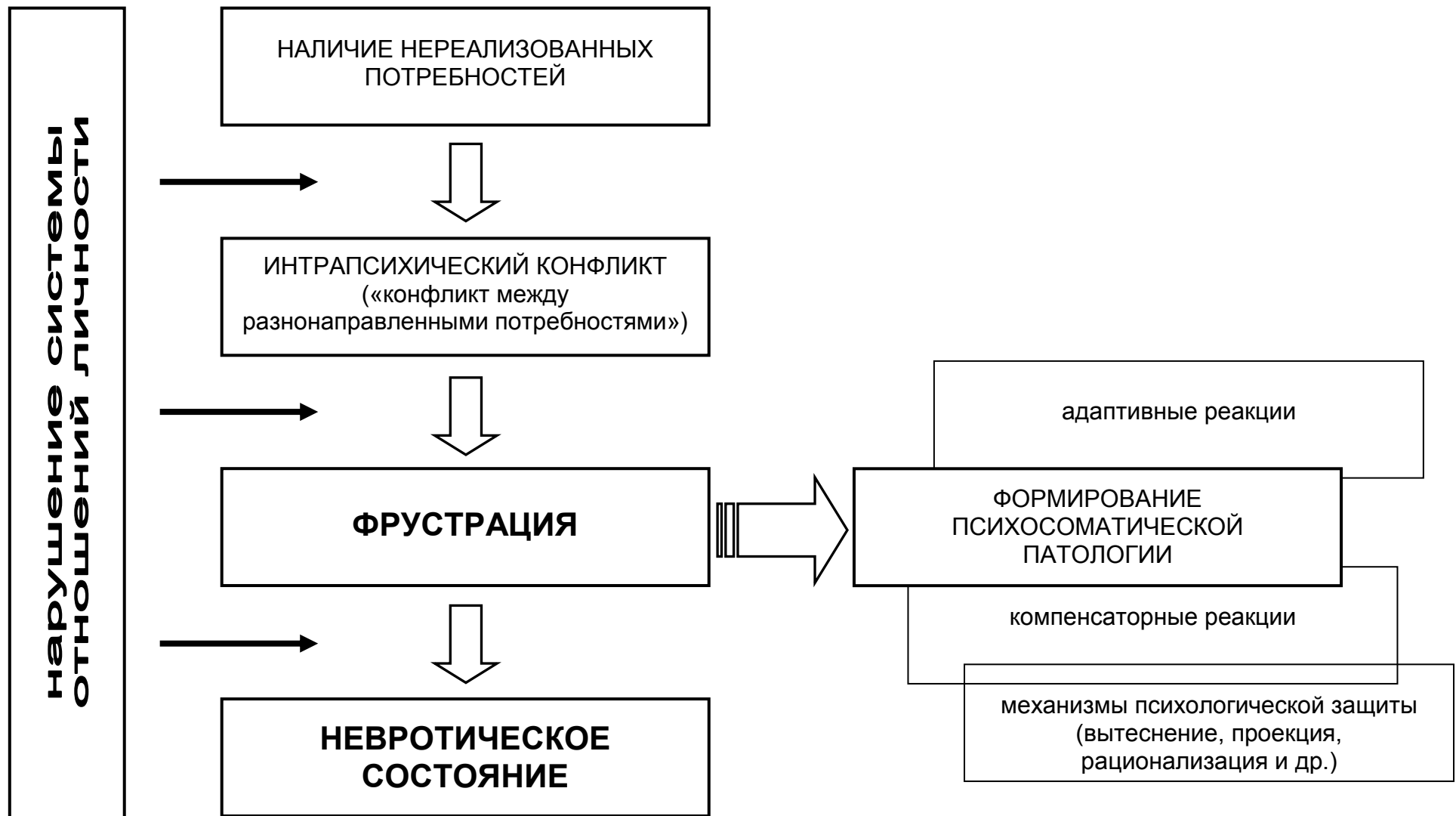
### КЛАССИФИКАЦИЯ НЕВРОЗОВ

Критерии	Виды неврозов		
	<i>истерический</i>	<i>неврастенический</i>	<i>обсессивный</i>
<i>характер внутриличностного конфликта</i>	чрезмерно завышенные претензии личности в сочетании с недооценкой или игнорированием объективных условий и требований («Я хочу, хотя и не имею права»)	противоречие между возможностями и стремлениями личности с одной стороны и завышенными требованиями к себе – с другой («Я хочу, но у меня не хватает сил»)	борьба между желанием и долгом, между моральными принципами и личными привязанностями («Я хочу, но не могу решиться»)
<i>клинические симптомы</i>	- конверсионные расстройства - диссоциативные расстройства (психогенная амнезия, психогенные сумеречные нарушения) - истероидные особенности личности	- повышенная психическая и физическая истощаемость - висцеро-вегетативные расстройства - нарушения сна	- различные обсессивные проявления (единичные, генерализованные) - защитные формы поведения (поведение «избегания», ритуалы) - психастенические особенности личности
<i>склонность по типу нервной системы</i>	художественный тип	смешанный тип	мыслительный тип

### ШКАЛА ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ

Выраженность психотравмы		Примеры психотравмирующих воздействий	
		<i>острые психотравмы (длительность &lt; 6 мес.)</i>	<i>хронические психотравмы (длительность &gt; 6 мес.)</i>
1.	<i>отсутствует</i>	не было острых психотравм, которые могут быть связаны с заболеванием	не было затяжных психотравмирующих обстоятельств, которые могут быть связаны с заболеванием
2.	<i>незначительная</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• разрыв с другом (подругой)</li> <li>• начало или окончание обучения</li> <li>• отъезд ребёнка из дома</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• семейные ссоры</li> <li>• неудовлетворённость работой</li> </ul>
3.	<i>умеренная</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• женитьба</li> <li>• разлука</li> <li>• потеря работы</li> <li>• отставка</li> <li>• аборт</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• разлад в семье</li> <li>• серьёзные финансовые затруднения</li> <li>• конфликт с начальством</li> <li>• быть «родителем одиночкой»</li> </ul>
4.	<i>выраженная</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• развод</li> <li>• рождение первого ребёнка</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• безработица</li> <li>• бедность</li> </ul>
5.	<i>экстремальная</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• смерть супруга</li> <li>• серьёзные соматические заболевания</li> <li>• стать жертвой изнасилования</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• серьёзная хроническая болезнь (у себя или ребёнка)</li> </ul>
6.	<i>катастрофическая</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• смерть ребёнка</li> <li>• суицид супруга</li> <li>• стихийные бедствия</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• оказаться заложником</li> <li>• пребывание в концентрационном лагере</li> </ul>

## ЭТИОПАТОГЕНЕЗ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ



## ОСНОВНЫЕ РАЗЛИЧИЯ НЕВРОЗОВ И ПСИХОПАТИЙ

№	Сфера отграничения	Неврозы	Психопатии
1.	<i>наследственность</i>	не значима	предопределяющая
2.	<i>патологические изменения характера</i>	парциальные (отдельные черты) или отсутствуют	тотальные (патологический склад характера в целом)
3.	<i>расторженность</i>	отсутствует	выражена
4.	<i>конфликтность в сочетании с агрессивностью и жестокостью</i>	отсутствует	выражена
5.	<i>чувства вины, стыда, сочувствие, переживание случившегося</i>	выражены	отсутствуют
6.	<i>устойчивость проявлений</i>	обратимость в результате благоприятного изменения обстоятельств или лечения	относительная необратимость и устойчивость
7.	<i>отношение к оказанию помощи и лечению</i>	положительное, поиск помощи	отрицательное, отказ и негативизм

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО И ИСТЕРИЧЕСКОГО ПРИПАДКА

Критерии	Эпилептический припадок	Истерический припадок
начало	внезапное	психогенно обусловленное
аура	как правило	отсутствует
инициальный крик	всегда	отсутствует
падение	в любом месте	«щадящее»
цианоз лица	отмечается	не бывает
мимические реакции	однообразны	выразительны
реакция зрачков на свет	отсутствует	сохранена
прикус языка	как правило	не бывает
непроизвольное мочеиспускание	как правило	не бывает
пирамидная симптоматика	отмечается	не бывает
контакт во время припадка	не возможен	возможен
последовательность фаз	отмечается	отсутствует
стереотип развития припадков	отмечается	отсутствует
длительность припадков	секунды-минуты	до часов
постприпадочная олигофазия	выявляется	отсутствует
постприпадочная амнезия	полная	частичная

## ОБЩИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОНЯТИЯ

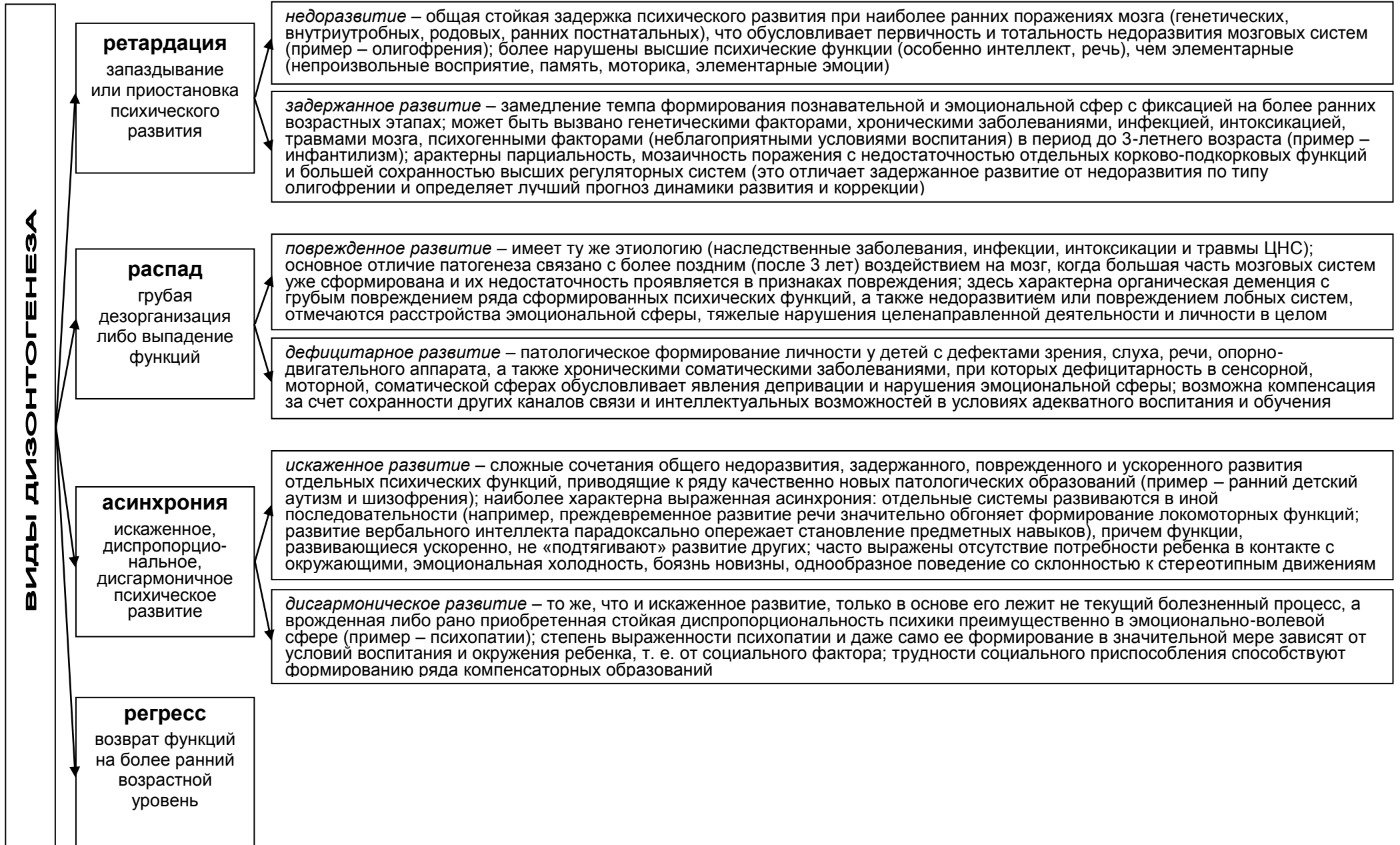
Понятие	Интерпретация
<i>высшие психические функции</i>	сложные формы сознательной психической деятельности, осуществляющиеся на основе соответствующих мотивов, регулирующие соответствующими целями и программами, формируются прижизненно под влиянием социальных факторов, опосредованы с помощью речи, произвольны по своему способу осуществления
<i>локализация ВПФ</i>	соответствие различных звеньев или аспектов психической функции как функциональной системы с различными факторами или физиологическими механизмами
<i>функциональная система</i>	физиологическое понятие из концепции П. К. Анохина, используется для объяснения физиологической основы ВПФ, представляет собой совокупность афферентных и эфферентных звеньев, которые объединены в одну систему для достижения конечного результата. Основные качества ФС: пластичность, взаимозаменяемость и изменчивость звеньев
<i>компенсация функций</i>	возмещение недоразвитых или нарушенных функций путём использования сохранных или перестройки частично нарушенных функций; при компенсации возможно вовлечение в её реализацию новых нервных структур, которые раньше не участвовали в её осуществлении и которые объединяются на основе выполнения общей задачи
<i>викариат</i>	восстановление функции путем перемещения в сохранные отделы больших полушарий
<i>межполушарная асимметрия мозга</i>	неравноценность, качественное различие того «вклада», который делают левое и правое полушарие мозга в каждую психическую функцию
<i>латерализация</i>	связь функции с полушарием (правым или левым)
<i>межполушарное взаимодействие</i>	объединение работы левого и правого полушария в единую систему, формируется в онтогенезе, т.е. прижизненно
<i>нейропсихологический симптом</i>	нарушение психических функций, как элементарных, так и высших, возникающих в результате локальных поражений головного мозга
<i>нейропсихологический синдром</i>	закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, связанных с нарушением или выпадением одного или нескольких факторов
<i>нейропсихологический фактор</i>	физиологическое понятие, обозначающее принцип физиологической деятельности определенной морфологической структуры, нарушение которой ведет к появлению определенного синдрома, иными словами фактор – это нарушение “собственной функции” данного участка мозга (А.Р. Лурия)
<i>факторный анализ</i>	это изучение качественной специфики нарушения ВПФ, т.е. того какой основной фактор нарушен (выпал) (факторный анализ – то же самое что и синдромный анализ)
<i>гнозис</i>	собирательное понятие для процессов перцептивной категоризации (опознания) стимулов разной модальности (например, зрительный, слуховой гнозис, стереогноз (тактильный) и т. д.)
<i>праксис</i>	собирательное понятие для произвольных целенаправленных двигательных действий человека

## ОСНОВНЫЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

### ПОРАЖЕНИЕ КОНВЕКСИТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ КОРЫ МОЗГА

<i>синдромы поражения вторичных корковых полей затылочных и затылочно-теменных отделов мозга</i>	проявляются в виде различных нарушений зрительного восприятия – предметного, лицевого, цветового, пространственного и др. и иногда сочетаются с расстройствами праксиса, вследствие дефектов пространственных координат двигательного акта; при поражении указанных областей коры левого полушария возможны расстройства восприятия букв, цифр, что ведёт к нарушению чтения
<i>синдромы поражения третичных корковых полей зоны ТРО (т. е. зоны перекрытия temporalis – височной, parietalis – теменной, occipitalis – затылочной коры)</i>	проявляются в нарушении непосредственной ориентировки в пространстве, дефектах пространственной организации движений, конструктивной апраксии, расстройствах понимания определённых семантических логико-грамматических конструкций, отражающих пространственные или «квазипространственные» отношения, нарушении образных наглядных интеллектуальных операций, счёта и др.; в основе всех этих нарушений лежат дефекты симультанного анализа и синтеза
<i>синдромы поражения вторичных корковых полей височных отделов мозга</i>	первичными дефектами выступают нарушения речевого или неречевого слуха, а вторичными – расстройства различных речевых процессов, связанных с речевым слухом или с неречевым и музыкальным слухом; в основе др. височного синдрома лежит нарушение слухоречевой памяти, проявляющееся в виде слабости слухоречевых следов и их повышенной тормозимости, в результате чего возникает акустико-мнестическая афазия
<i>синдромы поражения вторичных корковых полей теменной постцентральной области</i>	выражаются в нарушении кинестезической (проприоцептивной) основы двигательных актов (движений руки, туловища, речевого аппарата), представляющем собою первичный дефект; его следствием являются расстройство координации и управления различными движениями и афферентно-моторные нарушения речи, а также расстройства осязания
<i>синдромы поражения премоторных областей коры больших полушарий</i>	характеризуются нарушением сукцессивной организации различных движений (руки, речевого аппарата и др.); при данных синдромах при сохранности отдельных двигательных актов и речевых артикуляций нарушено бывает переключение от одного движения к другому, возникают двигательные или речевые персеверации; подобные трудности переключения, инертность психических процессов наблюдаются и в других случаях
<i>синдромы поражения префронтальных третичных областей коры</i>	выражаются в нарушении программирования различных произвольных форм психической деятельности и невозможности контроля за их протеканием; нарушения программирования и контроля проявляются не только в отдельных познавательных процессах или двигательных актах, но и во всём поведении больного в целом.
<b>ПОРАЖЕНИЕ МЕДИОБАЗАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ КОРЫ МОЗГА</b>	
<i>синдромы поражения медиальных или медиобазальных отделов лобных долей мозга</i>	характеризуются отсутствием первичных нарушений гнозиса, праксиса и речи; центральным симптомом при данном поражении являются нарушения в системе регуляции процессов неспецифической активации, что приводит к аспонтанности, акинезии, снижению уровня бодрствования, нарушениям селективности, избирательности психических процессов, появлению контаминации, нарушению памяти на семантическом уровне и т. д.; для данных больных характерны также нарушения и в эмоционально-личностной сфере, проявляющиеся в виде эйфории, эмоциональной неадекватности, не критичности (чаще – при поражении медиальных или медиобазальных отделов лобных долей правого полушария)
<i>синдромы поражения медиобазальных отделов височных долей мозга</i>	характеризуются изменениями аффективных процессов, модально-неспецифическими расстройствами памяти, нарушениями состояний бодрствования, сознания
<i>синдромы поражения медиальных отделов теменных и затылочно-теменных отделов мозга</i>	значительно меньше изучены
<b>ПОРАЖЕНИЕ ПОДКОРКОВЫХ СТРУКТУР, РАСПОЛОЖЕННЫХ ПО СРЕДНЕЙ ЛИНИИ</b>	
приводит к возникновению нейропсихологических синдромов, проявления которых в значительной степени зависят от уровня поражения этих структур; данные синдромы характеризуются расстройствами цикла «сон–бодрствование», изменениями состояния сознания, модально-неспецифическими нарушениями памяти и внимания	
<b>НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ЛОКАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ МОЗГА У ДЕТЕЙ (ДО 12 ЛЕТ)</b>	
существенно отличаются от синдромов поражения соответствующих областей мозга у взрослых больных: при поражении речевых зон левого полушария отсутствуют (или выражены иначе) характерные для взрослых больных речевые нарушения, чаще проявляются пространственные нарушения и т. д.	

## ОСНОВНЫЕ ТИПЫ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА



## ОЛИГОФРЕНИИ

**Олигофрении** – врождённые или рано (до 3-х летнего возраста) приобретенные состояния психического недоразвития с преимущественным поражением интеллекта (в МКБ-10 – «умственная отсталость»)

### КЛАССИФИКАЦИЯ ОЛИГОФРЕНИЙ ПО ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ

<b>Лёгкая умственная отсталость</b>	<b>Умеренная умственная отсталость</b>	<b>Тяжёлая умственная отсталость</b>	<b>Глубокая умственная отсталость</b>
<b>дебильность</b>	<b>имбецильность</b>		<b>идиотия</b>

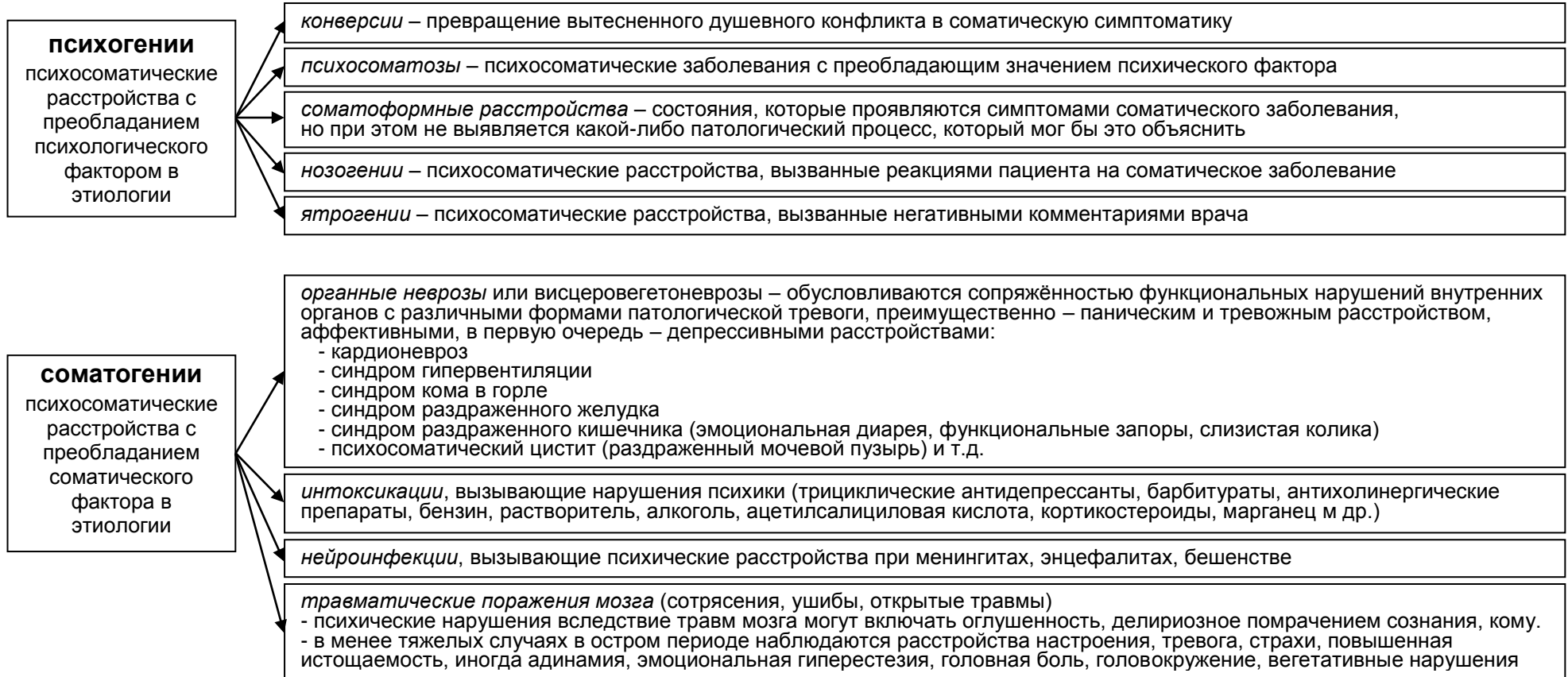
### КРИТЕРИИ ВЫРАЖЕННОСТИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Код по МКБ-10	Умственная отсталость	Коэффициент интеллекта (IQ)	Умственный возраст
F70	Лёгкая	50 – 69	9 – 12 лет
F71	Умеренная	35 – 49	6 – 9 лет
F72	Тяжёлая	20 – 34	3 – 6 лет
F73	глубокая	менее 20	До 3 лет

### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОЛИГОФРЕНИЙ

Клинические признаки	Дебильность	Имбецильность	Идиотия
<i>речь</i>	конкретно-образная	фразовая	отсутствует
<i>инстинктивная деятельность</i>	–	+	++
<i>способность к самообслуживанию</i>	++	+	–
<i>способность к обучению</i>	+	–	–

## ПСИХОГЕНИИ И СОМАТОГЕНИИ



### «СВЯТАЯ СЕМЁРКА» («HOLY SEVEN»)

(болезни, роль психологических факторов в этиопатогенезе которых считается доказанной)

эссенциальная гипертония  
язвенная болезнь 12-перстной кишки  
бронхиальная астма  
сахарный диабет

## КАТЕГОРИИ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ

**Здоровье** – состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие каких-либо болезней и дефектов

### **Критерии здоровья:**

1. Структурность и функциональная сохранность систем и органов
2. Индивидуальная приспособляемость к физическим сферам и человеческой среде
3. Сохранность привычного самочувствия

### **Критерии психического здоровья (согласно ВОЗ):**

1. Причинная обусловленность психических явлений, их необходимость, упорядоченность
  2. Соответствие возрасту, зрелость чувств
  3. Постоянное место обитания.
  4. Максимальное приближение субъективных образов отражаемым объектам действительности.
  5. Гармония между отражением обстоятельств действительности и отношения человека к ней
  6. Соответствие реакции силе и частоте внешних раздражений
  7. Критический подход к обстоятельствам жизни
  8. Способность к самоуправлению поведением в соответствии с нормами коллектива
  9. Адекватность реакций на общественные обстоятельства
  10. Чувство ответственности за потомство и членов семьи
  11. Самоутверждение в коллективе без ущерба для остальных ее членов
  12. Способность планировать и осуществлять свой жизненный путь и т.д.
- если выявляются 4-6 критериев, то констатируется патология*

**Болезнь** – возникающие в ответ на действие патогенных факторов нарушения нормальной жизнедеятельности, работоспособности, социально полезной деятельности, продолжительности жизни организма и его способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней сред при одновременной активизации защитно-компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов

## СИСТЕМА ОСНОВНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ КАТЕГОРИЙ

Категория	Интерпретация
<i>нозологизация</i>	учение о болезнях
<i>этиология</i>	совокупность причин и условий возникновения заболевания
<i>патогенез</i>	механизм зарождения и развития болезни и отдельных её проявлений
<i>прогноз</i>	обоснованное предположение о дальнейшем развитии и исходе заболевания
<i>симптом</i>	один отдельный признак, частное проявление какого-либо заболевания
<i>синдром</i>	закономерное сочетание симптомов заболевания, основание для диагностики
<i>диагноз</i>	заключение о сущности болезни и состоянии пациента, выраженное в принятой медицинской терминологии и основанное на всестороннем систематическом изучении пациента

## УРОВНЕВАЯ ОЦЕНКА (КЛАССИФИКАЦИЯ) ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Б.С. Фролов (1982)	С.Б. Семичов (1986)		С.В. Запускалов, Б.С. Положий (1991)
здоровье	идеальная (абсолютная) норма		уровень стабильного психического здоровья
практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками	типологическая норма	конституциональная норма акцентуации (характера или личности)	уровень риска
практически здоровые с неблагоприятными прогностическими признаками (препатология)	потенциальный уровень риска		уровень предболезни
лёгкая патология	психическая дезадаптация	непатологическая дезадаптация патологическая дезадаптация (предболезнь) вероятно болезненное состояние	донозологический
выраженная патология	верифицированная болезнь		уровень болезни

## АСПЕКТЫ И ПОТЕНЦИАЛЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

№	Аспект	Содержание	Потенциал	Методы развития
1.	<i>интеллектуальный</i>	способность человека развивать интеллект и уметь им пользоваться	<i>разум</i>	развивающие стратегии обучения, концентрация внимания, нейролингвистическое программирование, методы, направленные на остановку внутреннего диалога (медитация) и др.
2.	<i>личностный</i>	способность человека к самореализации; умение ставить цели и достигать их, выбирая адекватные средства	<i>воля</i>	гуманистически-ориентированная психотерапия, группы личностного роста, модели построения, реализации целей и перенацеливания
3.	<i>эмоциональный</i>	способность человека конгруэнтно выражать свои чувства, понимать и безоценочно принимать чувства других	<i>чувства</i>	сенситивный тренинг, гештальт-терапия, группы личностного роста
4.	<i>физический</i>	способность развивать физическую составляющую здоровья, «осознавать» и совершенствовать собственную «телесность» как свойство своей личности	<i>тело</i>	телесно-ориентированная психотерапия, биосинтез, «дыхательные» практики, методы саморегуляции: аутогенная тренировка, саморегуляция по Х.М. Алиеву и др.
5.	<i>социальный</i>	способность человека оптимально адаптироваться к социальным условиям; стремление постоянно повышать уровень коммуникативной компетентности	<i>общественный</i>	социально-психологический тренинг, тренинги профессионального общения, супружеская, семейная психотерапия, сказкотерапия для детей и другие групповые формы психотерапевтической работы
6.	<i>креативный</i>	способность человека к созидательной активности, умение творчески самовыражаться в жизнедеятельности, выходя за рамки ограничивающих знаний	<i>творческий</i>	арттерапия, изо-, музыка-, танцтерапия, перформенс, тренинги креативности
7.	<i>духовный</i>	способность развивать духовную природу человека, выражать высшие ценности	<i>духовный</i>	трансперсональная психотерапия, потрясающая психотерапия Ананьева, медитация

# ОТЕЧЕСТВЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ



## ПЛАНЫ СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ

### РАЗДЕЛ 1. ПРЕДМЕТ И СТРУКТУРА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

*Тема 1. Дефиниции клинической психологии; история зарождения и становления специальности; объект клинической психологии; направленность клинической психологии*

#### *План занятия*

1. Содержание, задачи, дефиниции клинической психологии.
2. История зарождения и становления специальности.
3. Объект, предмет клинической психологии, направленность клинической психологии.
4. Сфера приложения клинической психологии.
5. Место клинической психологии в медицине и психологии.

#### *Методические рекомендации по выполнению заданий*

1. Поэтапно проследите господствовавшее в научном сознании понимание природы психики и психических болезней. Укажите вклад выдающихся деятелей каждой эпохи в развитие клинической психологии. Характеризуя эпоху становления клинической психологии как самостоятельной отрасли знаний, особенно следует отметить деятельность первых экспериментально-психологических лабораторий в России.

2. Разграничьте понятия «клиническая» и «медицинская психология». Покажите с привлечением исторических фактов, что вначале клиническая психология изучала отклонения от интеллектуального и личностного развития, а впоследствии сфера ее интересов расширилась за счет изучения психического состояния лиц с соматическими заболеваниями (современный взгляд).

3. Определите предмет клинической психологии с 2-х позиций: научно-исследовательской и прикладной. Выделите основные задачи клинической психологии. Охарактеризуйте основные и специальные разделы клинической психологии по плану: предмет изучения, задачи, видные представители.

Основные разделы: патопсихология, нейропсихология, психосоматика, психология аномального онтогенетического развития, психотерапия.

Специальные разделы: возрастная клиническая психология и семейная клиническая психология.

#### *Тема 2. Психология здоровья, двойкий смысл этого понятия*

#### *План занятия*

1. Понятие здоровья, критерии психического здоровья. Психология здоровья.
2. Критерии нормы и патологии.
3. Предболезнь. Болезнь. Патология.
4. Патопсихологические регистр-синдромы.

### *Методические рекомендации по выполнению заданий*

1. Рассмотрите проблему нормы и патологии в разных медицинских источниках.

2. Дайте определение понятия «здоровье», «психическое здоровье», «психология здоровья», «предболезнь», «болезнь», «патология», учитывая разные подходы к данной проблеме.

3. Перечислите критерии психической нормы и патологии. Дайте психологическую характеристику общеизвестным личностям, имевших психические расстройства.

4. Подробно изучите патопсихологические регистр-синдромы, и на клинических примерах предоставьте дифференцированную характеристику.

## РАЗДЕЛ. 2 ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСНОВНЫХ РАЗДЕЛОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ (СПЕЦИАЛИЗАЦИЙ) И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РАЗВИТИЯ

*Тема 3. Нейропсихология; определение, проблемы, методологические основы; проблема мозговой локализации психических функций; восстановление нарушенных высших психических функций*

### *План занятия*

1. Современные представления о мозге. Общие принципы функционирования мозга человека.

2. Морфологическая и физиологическая основы высших психических функций. Межполушарная асимметрия мозга и межполушарные взаимодействия.

3. Локально-органические поражения головного мозга.

3.1. Сенсорные и гностические нарушения работы отдельных мозговых систем и основных психических функций и поведения в целом.

3.2. Методы определения преимущественной латерализации мозгового поражения.

3.3. Восстановление нарушенных высших психических функций.

3.4. Основные синдромы нарушений высших психических функций при локальных поражениях головного мозга.

### *Методические рекомендации по выполнению заданий*

1. Проследите историю проблемы мозговой локализации психических функций и выделите ключевые идеи узкого локализационизма, антилокализационизма, эклектических концепций.

2. Назовите предмет и задачи нейропсихологии как раздела клинической психологии, возникшего на стыке психологии, неврологии и нейрохирургии. Подчеркните роль А.Р. Лурия в становлении нового направления в отечественной клинической психологии.

3. Дайте характеристику современному представлению о мозговой локализации ВПФ как функциональных систем, характеризующихся сложным,

системным, многоуровневым и многозвеньевым строением, пластичностью, прижизненным формированием, общественно-историческим характером, опосредованностью, произвольностью и саморегуляцией.

4. Отметьте особенности работы мозга как целого образования, высокодифференцированные части которого выполняют свою специфическую роль в структуре организации психических функций.

5. Раскройте сущность системного подхода к анализу ВПФ (по А.Р. Лурия). Изучите концепцию А.Р. Лурия о 3 основных функциональных блоках мозга и 3 надстроенных друг над другом корковых зон в каждом из них.

6. Выделите сенсорные и гностические нарушения работы отдельных мозговых систем и основных психических функций и поведения.

7. Раскройте методы определения преимущественной латерализации мозгового поражения.

8. Выделите условия проведения нейропсихологической реабилитации (НПР) и на их основе сформулируйте задачи восстановительного обучения.

9. Раскройте содержание психофизиологических, психологических и психолого-педагогических принципов восстановительного обучения.

10. Перечислите основные синдромы нарушений высших психических функций при локальных поражениях головного мозга.

*Тема 4. Психосоматическая проблема; психологические исследования в клинике соматических заболеваний; психологические аспекты проблемы телесности и интрацепции*

#### *План занятия*

1. Психосоматика как область междисциплинарных исследований.
2. Психологические проблемы психосоматических и соматопсихических соотношений.
3. Психогении и соматогении.
4. Сердечно-сосудистые заболевания.
5. Заболевания органов дыхания.
6. Заболевания органов пищеварения.
7. Эндокринные нарушения.
8. Инфекционные болезни.
9. Психологические аспекты проблемы телесности и интрацепции.

#### *Методические рекомендации по выполнению заданий*

1. Как Вы понимаете утверждение, согласно которому психосоматическое расстройство – это биопсихосоциальное заболевание. Назовите психические факторы, играющие первостепенное значение в возникновении новых и обострении старых соматических заболеваний. Выделите признаки психосоматических расстройств.

2. Коротко охарактеризуйте следующие виды психосоматических расстройств:

- органические (например, нарушение дыхательной, эндокринной, костно-мышечной системы, кожные, глазные болезни и др.);
- функциональные (функциональные сердцебиения, невроз сердца, изменения частоты и глубины дыхания и др.).

3. Коротко охарактеризуйте следующие психосоматические расстройства:

- у детей раннего возраста (невропатию, синдром раннего детского аутизма, гипердинамический синдром, синдромы страха);
- у дошкольников и младших школьников (синдром ухода и бродяжничества, синдромы патологического фантазирования);
- у подростков (синдром дисморфомании).

4. Известно, что общие тенденции формирования психосоматических расстройств определяются преморбидным состоянием больного. Дайте определение понятию «преморбид». Рассмотрите реакции на соматическую болезнь трех групп лиц:

- психически больных;
- больных с расстройствами личности;
- психически здоровых.

5. У какой группы людей болезни внутренних органов только усиливают их преморбидное состояние? Какая группа отреагирует на болезнь индивидуально в зависимости от ведущей причины (соматогенной – психогенной)? Какая группа будет менее критично оценивать свою соматическую болезнь в зависимости от степени тяжести личностных аномалий?

6. Назовите факторы, влияющие на внутреннее отношение личности к болезни. Попробуйте их сгруппировать. Охарактеризуйте когнитивный, эмоциональный, поведенческий компоненты субъективного отношения к болезни. Выделите основные типы психологического реагирования на болезнь. Опишите личностные изменения, которые могут произойти при хронических соматических заболеваниях.

7. Согласны ли Вы с точкой зрения, согласно которой психическое возбуждение получает то или иное отражение в телесных ощущениях и процессах как в норме, так и в патологии? Дайте ей психологическое обоснование.

*Тема 5. Психологические проблемы аномального онтогенеза; типы нарушений психического развития; соотношение биологического и социального в природе аномалий развития*

#### *План занятия*

1. Понятие психического дизонтогенеза.
2. Основные типы психического дизонтогенеза (по В.В. Лебединскому).
3. Соотношение социального и биологического в возникновении психических нарушений у детей.
4. Основы учения о дефекте, первичный и вторичный дефекты.

5. Психологическая характеристика детей при различных формах аномального развития.

6. Основные направления деятельности психолога при работе с аномальными детьми.

*Методические рекомендации по выполнению заданий*

Студенты должны овладеть дифференциальной диагностикой и получить навыки коррекционно-психологической работы с детьми, имеющими особенности данных категорий.

*Тема 6. Психологическое консультирование, коррекция и психотерапия; Методы психотерапии в психосоматике: динамические, поведенческие, семейные, суггестивные, телесно-ориентированные и др.*

*План занятия*

1. Основные направления и техники психотерапии.
2. Индивидуальная и групповая психотерапия.
3. Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья.
4. Психологическое консультирование и коррекция.
5. Методологические и методические вопросы реабилитации больных.
6. Проблемы посттравматического стресса.

*Методические рекомендации по выполнению заданий*

1. Вы ставите себе целью научиться оказывать помощь, помогать себе и другим:

- снятие неблагоприятных психических состояний;
- помощь в разрешении актуальных проблем (своих проблем и проблем других людей);
- помощь в реализации поведенческих личностных изменений, способствующих приобретению умений разрешать свои жизненные проблемы.

2. На занятиях рассмотреть средства помощи клиенту:

- активность самого человека, испытывающего проблемы;
- налаживание контакта с клиентом при помощи специальных приемов слушания;
- использование специальных техник консультирования для решения проблем клиента.

### РАЗДЕЛ 3. ТИПОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, СВОЙСТВ И СОСТОЯНИЙ ПРИ РАЗНЫХ ВИДАХ ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА

#### *Тема 7. Нарушения ощущений и восприятия*

##### *План занятия*

1. Общая психологическая характеристика ощущений.
2. Нарушения ощущений.
3. Общая психологическая характеристика восприятия.
4. Нарушения восприятия.
5. Методы исследования восприятия.

#### *Тема 8. Нарушения внимания; расстройства произвольных движений и действий*

##### *План занятия*

1. Общая характеристика произвольных движений и действий и типы их расстройств.
2. Расстройства на этапе инициации действия.
3. Расстройства выполнения действий.
4. Двигательные апраксии.
5. Кататонический синдром.

#### *Тема 9. Нарушения памяти*

##### *План занятия*

1. Общая психологическая характеристика памяти.
2. Основные нарушения памяти.
3. Расстройства памяти при нервно-психических заболеваниях.
4. Методы исследования памяти.

#### *Тема 10. Патология мышления и речи*

##### *План занятия*

1. Общая психологическая характеристика мышления.
2. Нарушения мышления.
3. Методы исследования мышления.
4. Общая характеристика и нарушения интеллекта.
5. Общая психологическая характеристика речи.
6. Нарушения речи (клинико-педагогическая классификация нарушений, классификация афазий по А.Р. Лурия).
7. Нарушения речи при различных заболеваниях.

### *Тема 11. Нарушения эмоционально-волевой сферы*

#### *План занятия*

1. Общая психологическая характеристика эмоций.
2. Фрустрация и стресс.
3. Нарушения эмоций.
4. Особенности эмоциональных расстройств у больных разных нозологических групп.
5. Методы исследования эмоций.
6. Общая психологическая характеристика воли.
7. Нарушения воли.

### *Тема 12. Нарушения сознания и самосознания*

#### *План занятия*

1. Общая психологическая характеристика сознания и самосознания.
2. Нарушения сознания и самосознания.

## РАЗДЕЛ 4. РОЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В РЕШЕНИИ ОБЩИХ ПРОБЛЕМ ПСИХОЛОГИИ

### *Тема 13. Душа и тело; мозг и психика*

#### *План занятия*

1. Психофизиологическая проблема.
2. Проблема мозговой локализации психических функций.

#### *Методические рекомендации по выполнению заданий*

1. Изучите и представьте монистические и дуалистические концепции к решению психофизиологической проблемы. Какая концепция, на ваш взгляд, является наиболее адекватной?
2. Изложите основные взгляды на проблему локализации психических функций. Какие из них наиболее актуальны для современных научных исследований?
3. Какие направления современной науки вы считаете наиболее перспективными в решении проблемы взаимодействия организма и психики?

### *Тема 14. Психологическая диагностика и воздействие*

#### *План занятия*

1. Определение и виды клинико-психологической диагностики.
2. Особенности клинико-психологического исследования.
3. Общая схема клинико-психологического заключения.
4. Основные способы психологического воздействия в клинике.

### *Методические рекомендации по выполнению заданий*

1. Раскройте специфику построения клинико-психологического диагноза. Поясните значение этиологических и прогностических факторов.
2. Опишите основные этапы экспериментального клинико-психологического исследования.
3. Приведите основные схемы и конкретные примеры клинико-психологических заключений. Каковы их достоинства и недостатки?
4. Перечислите основные способы психологического воздействия в клинике и приведите примеры ситуаций эффективного применения каждого из них.

### *Тема 15. Личность, её изменения и аномалии.*

#### *План занятия*

1. Преморбидные типы личности. Типы неправильного воспитания.
2. Основные типы расстройств личности, акцентуаций характера и аномалии.
3. Этиология, динамика и прогноз расстройств личности.
4. Методы исследования личностных расстройств.
5. Формы и методы психопрофилактической и психокоррекционной работы с больными, имеющие личностные изменения и аномалии.

#### *Методические рекомендации по выполнению заданий*

Существует множество подходов к пониманию личности и столько же определений этого центрального для психологии понятия. В зависимости от того, какого подхода придерживается психолог, строится патопсихологический эксперимент, выбираются тесты, интерпретируются полученные данные, подбираются психокоррекционные и психотерапевтические процедуры.

1. Дайте определение понятию «личность». Какие понимания личности наиболее важны для патопсихологии?
2. Что относят к личностным расстройствам прежде всего?
3. При личностных расстройствах в случае необходимости показаны: срочная психиатрическая помощь, социотерапевтические мероприятия, защитная (поддерживающая) психотерапия, в том числе и долговременная. Выбор психотерапевтических форм, в первую очередь, определяется «Я» – структурой или «Я» – силой пациента, возможностью перенести все ступени закономерного психотерапевтического процесса. Какие психотерапевтические индикации важны?
4. М.С. Лебединский, В.Н. Мясищев, рассматривая связь многих болезней, их возникновение и течение с личностью больного, выделяют: распад и деградацию личности в результате органического поражения головного мозга; патологическое развитие личности; патологические реакции и развитие в форме неврозов. Дайте подробную характеристику этим нарушениям.

## *Тема 16. Психопатология.*

### *План занятия*

1. Определение, разделы и методы психопатологии.
2. Негативная и позитивная симптоматика психических расстройств.
3. Психотический и непсихотический уровни психических расстройств.
4. Отечественная классификация психических расстройств.
5. Психопатологические синдромы.

## **ПЛАНЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ЗАНЯТИЙ**

### *Тема 1. Изучение интеллекта с помощью психометрического теста Векслера*

#### *Цель*

1. Познакомить студентов с методикой Векслера.
2. Проанализировать возможности использования данного теста в клинической психодиагностике.
3. Подготовить студентов к практическому использованию теста.
4. Использование теста при работе с больными в психоневрологической больнице.

#### *Содержание*

1. Изучение и анализ субтестов теста Векслера.
2. Обсуждение возможности использования данного теста в клинической психодиагностике.
3. Обсуждение особенностей процедуры проведения теста и написание психологического заключения по результатам тестирования.

#### *Вопросы*

1. Прокомментируйте цель методики.
2. Охарактеризуйте каждый из субтестов.
3. Охарактеризуйте особенности профиля интеллектуальных особенностей при основных нозологических единицах.

### *Тема 2. Изучение личностно-эмоциональной сферы с помощью тест чернильных пятен Роршаха*

#### *Цель*

1. Познакомить студентов с теорией Роршаха.
2. Проанализировать возможности использования данного теста в клинической психодиагностике.
3. Подготовить студентов к практическому использованию теста.
4. Использование теста при работе с больными в психоневрологической больнице.

#### *Содержание*

1. Изучение и анализ теста Роршаха.
2. Обсуждение возможности использования данного теста в клинической психодиагностике.

3. Выявление отклонений в эмоционально-личностной сфере.
4. Обсуждение особенностей процедуры проведения теста и написание психологического заключения по результатам тестирования.

*Вопросы*

1. Прокомментируйте цель методики.
2. Качественный и количественный анализ тестового материала.
3. Перечислите особенности результатов теста при различных нервно-психических заболеваниях.

*Тема 3. Изучение личностной и познавательной сферы с помощью методики Пиктограмм*

*Цель:* познакомить с тестом и показать возможности использования теста в клинической психодиагностике.

*Вопросы*

1. Какова цель данного теста.
2. Качественный анализ образцов пиктограмм.
3. Анализ количественных соотношений.
4. Перечислить особенности результатов теста при различных нервно-психических заболеваниях.

*Тема 4. Нейропсихологические методы диагностики*

*Цель:* ознакомление с тестовым материалом по данной тематике и подготовить студентов к практическому использованию тестов.

*Методики*

1. Нейропсихологическое исследование нарушения письма.
2. Нейропсихологическое исследование нарушения чтения.
3. Нейропсихологическое исследование нарушения счета.
4. Нейропсихологическое исследование нарушения восприятия шумов, ритмов и мелодий.
5. Нейропсихологические исследования нарушения праксиса.
6. Нейропсихологическое исследование нарушения нарушений схемы тела.
7. Нейропсихологическое исследование нарушения ориентировки в пространстве.
8. Нейропсихологическое исследование нарушения стереогнозиса.
9. Нейропсихологическое исследование нарушения зрительного гнозиса.

*Содержание*

1. Изучение и анализ содержания методик.
2. Выявление отклонений и оценка состояния высших психических функций.
3. Выявление особенностей функционирования асимметрии полушарий и познавательных процессов.

*Вопросы*

1. Каковы особенности проведения данных методик.

2. Качественный и количественный анализ тестового материала.
3. Перечислить особенности результатов теста при различных поражениях головного мозга.

*Тема 5 .Экспериментально-психологическое исследование больных с нервно-психическими расстройствами.*

*Цель:* закрепить теоретические и практические навыки в работе с больными.

*Содержание*

1. Ознакомить студентов со спецификой, структурой психоневрологической больницы.
2. Ознакомить студентов с имеющейся методологической базой исследования в работе психолога ПНБ и МПНИ.
3. Представить и клинически разобрать больных различной нозологией.
4. Студентам самостоятельно провести экспериментально-психологическое исследование больных (познавательной, эмоционально-волевой, личностной сферы), с учетом принципов и этапности проведения эксперимента.
5. Написать экспериментально-психологическое заключение на больного, с учетом всех требований к составлению заключения.

*Вопросы*

1. В чем специфика и особенности структуры данного учреждения.
2. В чем особенности работы психолога ПНБ и ПНИ.
3. Перечислите клинические, психологические особенности больных разных нозологических групп.
4. Какие клинические методики были использованы вами при исследовании больных.
5. Какие трудности испытали при исследовании больных.

## **КОНТРОЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ**

1. Затруднение в определении и описании (вербализации) собственных эмоций и эмоций других людей – это один из симптомов:
  - а) дисфории;
  - б) гипотимии;
  - в) ангедонии;
  - г) алекситимии.
2. Искажённые воспоминания, при которых отдельные, имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее, называются:
  - а) конфабуляциями;
  - б) криптомнезиями;
  - в) псевдореминисценциями;
  - г) анэфориями.

3. Сочетание множественных двигательных и вокальных тиков описывается синдромом:

- а) Герстмана;
- б) Фреголи;
- в) Туррета;
- г) кататоническим.

4. Деперсонализация представляет собой патологию:

- а) мышления;
- б) восприятия;
- в) сознания;
- г) самосознания.

5. Ригидный, лабильный, мнестический – это варианты патопсихологического синдрома:

- а) эндогенно-органического;
- б) экзогенно-органического;
- в) психогенно-невротического;
- г) психогенно-психотического.

6. Эфферентная моторная афазия П. Брока, связанная с нарушением кинетической организации речевых актов, возникает при поражении:

- а) задней трети височной извилины левого полушария;
- б) нижних отделов премоторной коры левого полушария;
- в) средне- и заднелобных отделов коры левого полушария;
- г) зоны ТРО.

7. Тотальное ослабление воли, возникающее, как правило, при массивных поражениях лобных долей мозга, называется:

- а) алгезия;
- б) астазия;
- в) абулия;
- г) алалия.

8. Формула «Я хочу, хотя и не имею права» описывает характер внутриличностного конфликта, свойственного невроту:

- а) истерическому;
- б) неврастеническому;
- в) обсессивному;
- г) фобическому.

9. Амнезия, при которой происходит потеря памяти на события, произошедшие непосредственно после окончания расстроенного сознания или болезненного психического состояния, носит название:

- а) ретроградной;
- б) антероградной;
- в) конградной;
- г) фиксационной.

10. Склонность к бесплодному мудрствованию (много слов, но мало мыслей) описывается в клинике термином:

- а) демагогизм;
- б) вербигерация;
- в) резонёрство;
- г) аутистическое мышление.

11. Ранний детский аутизм – это пример дизонтогенеза, протекающего по типу:

- а) ретардации;
- б) распада;
- в) асинхронии;
- г) регресса.

12. Такие проявления как крайняя раздражительность с приступами тоски, страха, гнева, нетерпеливость, упрямство, эгоцентризм, педантичность, обидчивость, деспотичность описывают расстройство личности:

- а) циклоидное;
- б) неустойчивое;
- в) эпилептоидное;
- г) органическое.

13. Болезненно пониженное настроение, сопровождающееся раздражительно-тоскливо-злобным, мрачным чувством со склонностью к агрессивным действиям, называется:

- а) морией;
- б) дисфорией;
- в) гипотимией;
- г) ангедонией.

14. Потеря способности опознавать предметы на ощупь в результате поражения мозга называется:

- а) симультанной агнозией;
- б) пальцевой аутоагнозией;
- в) тактильной алексией;
- г) астереогнозом.

15. Патологический сон, глубокая степень оглушения выражают нарушение сознания, которое называется:

- а) аменцией;

- б) сомнолентностью;
- в) обнубиляцией;
- г) сопором.

16. Экспериментально-психологическое исследование в клинике включает в себя количество этапов:

- а) 3;
- б) 4;
- в) 5;
- г) 6.

17. Нарушение кинестезической (проприоцептивной) основы двигательных актов (движений руки, туловища, речевого аппарата) есть следствие синдромов поражения:

- а) вторичных корковых полей затылочных и затылочно-теменных отделов мозга;
- б) вторичных корковых полей височных отделов мозга;
- в) вторичных корковых полей теменной постцентральной области;
- г) префронтальных третичных областей коры.

18. Расстройство восприятия, при котором действительно существующие образы воспринимаются изменёно, причудливо, фантастически – это:

- а) эйфорические иллюзии;
- б) парейдолические иллюзии;
- в) гипнагогические галлюцинации;
- г) галлюцинаторный синдром.

19. Проявление патологической инертности, «зацикливание» описывается термином:

- а) абазия;
- б) эхопраксия;
- в) персеверация;
- г) инкогеренция.

20. Непроизвольный приступообразный наплыв мыслей, вихрь идей, не сопровождающийся изменением речи больного, называется:

- а) ментизмом;
- б) шперрунгом;
- в) вербигерацией;
- г) парагноменом.

21. В круг частной клинической психологии не входят проблемы:

- а) разработки методов и способов диагностики психических отклонений;
- б) реализации психокоррекционных и психопрофилактических мероприятий;

- в) особенностей психических процессов у психически больных;
- г) особенностей психики больных при проведении трудовой, военной и судебной экспертизы.

22. Неправильное произношение звуков речи, выражающееся в их искажении или замене называется:

- а) дисфонией;
- б) дислалией;
- в) дизартрией;
- г) алалией.

23. Превращение вытесненного душевного конфликта в соматическую симптоматику называется:

- а) конверсией;
- б) нозогенией;
- в) ятрогенией;
- г) соматогенией.

24. Импульсивные влечения к перемене мест (бродяжничество, уход без цели) описываются термином:

- а) мономания;
- б) дромомания;
- в) дипсомания;
- г) капромания.

25. Полное отсутствие внимания называется:

- а) астазией;
- б) апрозексией;
- в) вербигерацией;
- г) парагноменом.

26. Внешние причины действуют через систему внутренних условий согласно принципу:

- а) системности;
- б) детерминизма;
- в) единства сознания и деятельности;
- г) единства наследственных и социальных моментов развития.

27. Отсутствие чувствительности, исчезновение ощущений называется:

- а) гипостезией;
- б) анестезией;
- в) алгезией;
- г) парастезией.

28. Различные нарушения зрительного восприятия (предметного, лицевого, цветового, пространственного и др.) есть следствие синдромов поражения:

- а) вторичных корковых полей затылочных и затылочно-теменных отделов мозга;
- б) вторичных корковых полей височных отделов мозга;
- в) вторичных корковых полей теменной постцентральной области;
- г) префронтальных третичных областей коры.

29. Тревожность, неуверенность в себе, склонность к постоянным раздумьям, самоанализу, самоконтролю, патологическим сомнениям встречаются при расстройстве личности:

- а) астеническом;
- б) психастеническом;
- в) паранойальном;
- г) неустойчивом.

30. Веселое возбуждение с дурашливостью, детскостью, паясничанием, склонностью к плоским и грубым шуткам на фоне интеллектуального снижения называется:

- а) дисфорией;
- б) эйфорией;
- в) морией;
- г) экстазом.

31. Относительная сохранность познавательной сферы наряду с выраженной нестабильностью аффективного фона и расстройствами мотивации – это черта симптомокомплекса:

- а) аффективно-эндогенного;
- б) экзогенно-органического;
- в) личностно-аномального;
- г) психотической дезорганизации.

32. Разработка психологических основ пропаганды и внедрения здорового образа жизни, формирование культуры здоровья – это задача психопрофилактики:

- а) первичной;
- б) вторичной;
- в) третичной;
- г) контрольной.

33. Истероидному расстройству личности с наибольшей вероятностью соответствует тип воспитания:

- а) «кумир семьи»;

- б) гиперопека;
- в) безнадзорность;
- г) парадоксальная коммуникация.

34. Аффект включает в себя количество фаз:

- а) 2;
- б) 3;
- в) 4;
- г) 5.

35. Патологическое формирование личности у детей с дефектами зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, а также хроническими соматическими заболеваниями описывается развитием:

- а) повреждённым;
- б) дефицитарным;
- в) искажённым;
- г) дисгармоническим.

36. Сенсорная афазия К. Вернике, при которой возникают нарушение фонематического слуха и трудности понимания устной речи, связана с поражением:

- а) задней трети височной извилины левого полушария;
- б) нижних отделов премоторной коры левого полушария;
- в) средне- и заднелобных отделов коры левого полушария;
- г) зоны ТРО.

37. Помрачение сознания с наплывом фантастических зрительных псевдогаллюцинаторных переживаний, напоминающих сновидения или грезы называется:

- а) аменцией;
- б) сомнолентностью;
- в) онейроидом;
- г) делирием;

38. Психологические особенности нарушений развития (преимущественно в детском и подростковом возрасте), возникающие в результате расстройств созревания структур и функций головного мозга – это предмет:

- а) патопсихологии;
- б) психопатологии;
- в) нейропсихологии;
- г) психологии аномального развития.

39. Психосоматические расстройства, вызванные негативными комментариями врача, называются:

- а) конверсией;
- б) нозогенией;
- в) ятрогенией;
- г) соматогенией.

40. Инертность психических процессов со склонностью к детализации – это ядро патопсихологического синдрома:

- а) эндогенно-органического;
- б) экзогенно-органического;
- в) психогенно-невротического;
- г) психогенно-психотического.

41. Согласно закону Т. Рибо:

- а) вначале утрачивается память на недавние впечатления, затем – на старые;
- б) вначале утрачивается память на старые впечатления, затем – на недавние;
- в) утрата недавних и старых впечатлений происходит одновременно;
- г) утрата старых впечатлений вызывает утрату недавних.

42. Форма дереализации, при которой происходит смещения предметов относительно вертикальной или горизонтальной оси (предмет то приближается, то удаляется, то перекручивается), называется:

- а) порропсией;
- б) полиопией;
- в) дисморфопсией;
- г) дисмегалопсией.

43. Тревожащая остановка мыслей, при которой у больного появляется чувство, что мысль остановилась, но не исчезла, называется:

- а) вербигерация;
- б) разорванность;
- в) шперрунг;
- г) парагномен.

44. Умеренной умственной отсталости соответствует коэффициент интеллекта:

- а) 20-34;
- б) 35-49;
- в) 50-69;
- г) 70-84.

45. Полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга называется:

- а) афонией;

- б) афазией;
- в) дисфонией;
- г) дисфазией.

46. К практическим задачам патопсихологии *не* относится:

- а) участие в диагностическом процессе;
- б) назначение лечения;
- в) участие в психокоррекционной и психотерапевтической работе;
- г) исследование недостаточно изученных психических заболеваний.

47. Гаптические галлюцинации причисляют к модальности:

- а) зрительной;
- б) слуховой;
- в) тактильной;
- г) обонятельной.

48. Такие параметры мышления как разорванность, нарушение целенаправленности, патологический полисемантизм характерны для патопсихологического симптомокомплекса:

- а) шизофренического;
- б) аффективно-эндогенного;
- в) олигофренического;
- г) экзогенно-органического.

49. Нелепо дурашливое выражение лица, поведения (строют рожи, пристают к окружающим и т.д.), ускоренная речь характерны для возбуждения:

- а) маниакального;
- б) гебефренического;
- в) кататонического;
- г) эпилептического.

50. Нарушения программирования различных произвольных форм психической деятельности и невозможность контроля за их протеканием есть следствие синдромов поражения:

- а) вторичных корковых полей затылочных и затылочно-теменных отделов мозга;
- б) вторичных корковых полей височных отделов мозга;
- в) вторичных корковых полей теменной постцентральной области;
- г) префронтальных третичных областей коры.

## **ПЕРЕЧЕНЬ КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

1. Подготовить доклад с презентацией по одной из тем, не вошедших в лекционные и семинарские занятия.
2. Подобрать и освоить комплекс методик диагностики нарушения психических познавательных процессов, личности и поведения.
3. Подобрать и освоить комплекс методик нейропсихологического исследования.
4. Составить тестовые задания по курсу (30 вопросов).
5. Написать реферат по одной из заданных тем.
6. Составить кроссворда по курсу (15 слов по вертикали и по горизонтали).
7. Подобрать фильмотеку (5 фильмов) по клинко-психологической проблематике.

### **ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ**

1. Проблема психического здоровья. Критерии нормы и патологии.
2. Психологические основы психотерапии, психологического консультирования и коррекции при работе с психическими отклонениями.
3. Психогигиена, психопрофилактика.
4. Деонтологические правила работы с больными.
5. Реабилитация психически больных.
6. Психологическое исследование при решении задач психологической экспертизы (судебной, военной, трудовой).
7. Психосоматические заболевания. Личность и болезнь.
8. Психология соматически больного. Реакция личности на болезнь.
9. Медицинская психология и инфекционные заболевания.
10. Психологические проблемы при острых психотических расстройствах.
11. Клинико-психологическая характеристика акцентуаций характера и расстройств личности.
12. Психологические особенности больных шизофренией.
13. Психологические особенности больных умственной отсталостью.
14. Психологические особенности больных эпилепсией.
15. Психологические расстройства позднего возраста.
16. Психосексуальные расстройства.
17. Психология беременной женщины.
18. Психология больного в хирургических и онкологических клиниках.
19. Психология больных с дефектами органов чувств.
20. Психология старения и старости.
21. Особенности работы с больными алкоголизмом и наркоманией.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гребнева, В.В. Теория и технология решения психологических проблем : [Электронный ресурс]: учеб. пособие / В.В. Гребнева. – Москва : ИНФРА-М, 2014. – 192 с. - Режим доступа: <https://new.znaniium.com/read?id=59308>.
2. Жегурова, О. А, Арт-терапия в профилактической и лечебной работе: [Электронный ресурс] учебно-методическое пособие / О. А, Жегурова, Е, А. Потемкина. – Санкт-Петербург : Издательство Санкт-Петербургского университета, 2019.– 100 с. - ISBN 978-5-288-05898-1. – Режим доступа: <https://new.znaniium.com/catalog/product/1054130>
3. Кельмансон, И.А. Методология исследования в клинической психологии : учебное пособие / И.А. Кельмансон. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2017. – 332 с. : ил. – Режим доступа: по подписке. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=485660> (дата обращения: 22.01.2020). – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-299-00858-6. – Текст : электронный.
4. Клиническая психология: Учебник для вузов. 5-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2014. – 896 с.:ил. – (Серия «Учебник для вузов»).
5. Любчик, В. Н. Немедикаментозные методы реабилитации: цветотерапия, музыкотерапия, аэрофитотерапия с эфирными маслами растений [Электронный ресурс]: монография / В.Н. Любчик, Н.В. Мирошниченко, Т.Ф. Голубова. – Москва : ИНФРА-М, 2019. – 182 с. - Режим доступа: <https://new.znaniium.com/document?id=343389>. – (Научная мысль).
6. Нагаев, В.В. Основы клинической психологии : учебное пособие / В.В. Нагаев ; Фонд содействия правоохранительным органам «ЗАКОН И ПРАВО». – Москва : Юнити-Дана : Закон и право, 2014. – 463 с. : ил. – Режим доступа: по подписке. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=448069> (дата обращения: 22.01.2020). – Библиогр. в кн. – ISBN 978-5-238-01156-1. – Текст : электронный.
7. Общая психокоррекция: [Электронный ресурс] учеб. пособие / Б.Р. Мандель. – Москва : Вузовский учебник: ИНФРА-М, 2019. – 349 с. – Режим доступа: <https://new.znaniium.com/catalog/product/982126>.
8. Степанова, О. П. Введение в клиническую психологию / Степанова О. П. ; МГТУ. - Магнитогорск : [Издательство МГТУ], 2015. - 202 с. - Библиогр.: с. 199-202. - URL: <https://magtu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=3432.pdf&show=dcatalogues/1/1209620/3432.pdf&view=true> (дата обращения: 04.10.2019). - Макрообъект. - Текст : электронный. - ISBN 978-5-9967-0609-9.
9. Степанова, О.П. Клиническая психология в схемах и таблицах : учебное пособие : [16+] / О.П. Степанова, С.В. Крайнюков. – 2-е изд., стер. – Москва : Флинта, 2015. – 98 с. : схем., табл. – Режим доступа: по подписке. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=564936> (дата обращения: 22.01.2020). – ISBN 978-5-9765-2372-2. – Текст : электронный.

10. Човдырова, Г.С. Клиническая психология: общая часть / Г.С. Човдырова, Т.С. Клименко. – Москва : Юнити, 2015. – 247 с. : табл., схемы – Режим доступа: по подписке. – URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=115311> (дата обращения: 22.01.2020). – Библиогр.: с. 220-225. – ISBN 978-5-238-01746-4. – Текст : электронный.

Учебное текстовое электронное издание

**Степанова Ольга Павловна  
Крайнюков Сергей Николаевич**

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Учебно-методическое пособие

1,64 Мб

1 электрон. опт. диск

г. Магнитогорск, 2020 год  
ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова»  
Адрес: 455000, Россия, Челябинская область, г. Магнитогорск,  
пр. Ленина 38

ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный  
технический университет им. Г.И. Носова»  
Кафедра психологии  
Центр электронных образовательных ресурсов и  
дистанционных образовательных технологий  
e-mail: ceor\_dot@mail.ru