### **НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ ЛИЧНОСТИ**

Понятие нарушения сознания.

Нарушения сознания относятся к наименее разработанным вопросам. Несмотря на то что во всех учебниках психиатрии описаны разнообразные формы нарушения сознания, определение этого понятия наталкивается на трудности. Происходит это потому, что понятие сознания в психиатрии не опирается на философскую и психологическую трактовку.

Сознание может рассматриваться в разных аспектах. В философии оно имеет широкое значение, употребляясь в плане противопоставления идеального материальному (как вторичное первичному), с точки зрения происхождения (свойство высокоорганизованной материи), с точки зрения отражения (как отражающее объективный мир).

В более узком значении сознание — это человеческое отражение бытия, отражение в социально выработанных формах идеального. Возникновение человеческого сознания марксизм связывает с возникновением труда в процессе превращения обезьяны в человека. Воздействие на природу в ходе коллективной трудовой деятельности породило осознание свойств и закономерных связей явлений, которое закреплялось в языке, формирующемся в процессе общения. В труде и реальном общении возникло самосознание — осознание собственного отношения к окружающей природной и социальной среде, понимание своего места в системе общественных отношений. Специфика человеческого отражения бытия состоит в том, что "сознание человека не только отражает объективный мир, но и творит его" [1, 29, 194].

При решении проблемы сознания в психологии советские ученые исходят из положений марксистско-ленинской философии. Сознание рассматривается как высшая, связанная с речью функция мозга, отражающая в обобщенном виде реальную действительность и целенаправленно регулирующая деятельность человека.

Большое внимание проблеме сознания в психологии уделял С. Л. Рубинштейн [159; 160]. Говоря, что сознание — это процесс осознания субъектом объективного бытия реальности, он делал акцент на том, что сознание есть знание того, как объект противостоит познающему субъекту. Проблеме связи сознания с деятельностью уделяется внимание и в трудах А. Н. Леонтьева. Он прямо указывает, что сознание можно понять "как субъективный продукт, как преобразованную форму проявления тех общественных по своей природе отношений, которые осуществляются деятельностью человека в предметном мире... В продукте запечатлевается не образ, а именно деятельность — то предметное содержание, которое она объективно несет в себе" [113, 130].

Сознание включает в себя не только знание об окружающем мире, но и знание о себе — о своих индивидуальных и личностных свойствах (последнее предполагает осознание себя в системе общественных отношений). В отличие от традиционного употребления понятия "самосознание" А. Н. Леонтьев предлагает применять этот термин в смысле осознания своих личностных качеств. Он говорит, что самосознание, сознание своего "Я", есть осознание в системе общественных отношений и не представляет собой ничего другого.

Проблеме самосознания уделяется много исследований (С. Л. Рубинштейн, Б. Г. Ананьев, Л. И. Божович и др.), анализу его методологического аспекта (И. И. Чеснокова, Е. В. Шорохова), связи самосознания с познанием других людей (А. А. Бодалев, И. С. Кон, В. В. Столин и др.). Чрезвычайно много исследований уделено проблеме самосознания, "образу-Я" в трудах зарубежных авторов- неофрейдистов, представителей гуманистической психологии (К. Роджерс, А. Маслоу). Богата и литература по проблеме самосознания и бессознательного (Ф. В. Бассин, А. Е. Шерозия). Ряд работ посвящен проблеме саморегуляции и самосознания (И. Кон, Б. В. Зейгарник, Л. Фестингер). Выделяются, начиная с Джеймса, и частные проблемы как соотношения самосознания и физического образа-Я (И. И. Чеснокова, А. А. Бодалев, М. А. Карева и др.).

В данной книге нет возможности остановиться на всех аспектах сознания. Хотелось лишь напомнить, что 1) в психологии эта проблема разрабатывается с разных позиций и аспектов, как в теоретическом, так и феноменологическом плане: 2) что как бы различий ни были пути исследования сознания, все отечественные психологи исходят при решении даже его частных проблем из философии положения о том, что сознание отражает объективный вне нас существующий мир, что оно обладает свойством не только отражать, но и творить его.

Описание разновидностей нарушения сознания.

Понятие сознания в психиатрии не совпадает с его философским и психологическим содержанием. Оно является скорее "рабочим". Ведущий современный психиатр А. В. Снежневский говорит, что "если подходить к сознанию в философском смысле, то мы, естественно, должны сказать, что при всяком психическом заболевании высшая форма отражения мира в нашем мозге нарушается" [173, 99-100]. Поэтому клиницисты пользуются условным термином нарушения сознания, имея в виду особые формы его расстройства.

С данным положением соглашается и С. Л. Рубинштейн, говоря о целесообразности "разведения" психического нарушения и нарушения сознания, как обладающих специфическими признаками [160].

Понятие сознания, которое А. В. Снежневский определяет как "условное", базируется на взглядах немецкого психиатра К. Ясперса, рассматривающего сознание как фон, на котором происходит смена различных психических феноменов. Соответственно при душевных заболеваниях сознание может нарушаться независимо от других форм психической деятельности и наоборот. Так, в историях болезни можно встретить выражения, что у больного имеет место бред при ясном сознании, нарушено мышление на фоне ясного сознания и т.п. Метафорические признаки "ясности" и "помрачения" сознания, введенные К. Ясперсом [217] , стали определяющими для характеристики сознания в учебниках психиатрии до настоящего времени. Вслед за К. Ясперсом в качестве критериев помраченного сознания берутся:

дезориентировка во времени, месте, ситуации;

отсутствие отчетливого восприятия окружающего:

разные степени бессвязности мышления;

затруднение воспоминаний происходящих событий и субъективных болезненных явлений.

Для определения состояния помраченного сознания решающее значение имеет установление совокупности всех вышеперечисленных признаков. Наличие одного или нескольких признаков не может свидетельствовать о помрачении сознания [55, 173].

#### В психиатрии различают разные формы нарушения сознания

\* Хотя в основном мы не используем концептуальный аппарат психиатрии, однако для некоторых разделов (в частности, сознания) его следует осветить.

Оглушенное состояние сознания . Одним из наиболее распространенных синдромов нарушения сознания является синдром оглушенности, который чаще всего встречается при острых нарушениях ЦНС, при инфекционных заболеваниях, отравлениях, черепно-мозговых травмах.

Оглушенное состояние сознания характеризуется резким повышением порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций. Больные отвечают на вопросы как бы "спросонок", сложное содержание вопроса не осмысливается. Отмечается замедленность в движениях, молчаливость, безучастие к окружающему. Выражение лица у больных безразличное. Очень легко наступает дремота. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Состояние оглушения сознания длится от минут до нескольких часов.

Делириозное помрачение сознания . Это состояние резко отличается от оглушенного. Ориентировка в окружающем при нем тоже нарушена, однако она заключается не в ослаблении, а в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. Возникает не просто дезориентировка, а ложная ориентировка во времени и пространстве.

На фоне делириозного состояния сознания возникают иногда преходящие, иногда более стойкие иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи. В отличие от больных, находящихся в оглушенном состоянии сознания, больные в делирии говорливы. При нарастании делирия обманы чувств становятся сценоподобными: мимика напоминает зрителя, следящего за сценой. Выражение лица становится то тревожным, то радостным, мимика выражает то страх, то любопытство. Нередко в состоянии делирия больные становятся возбужденными. Как правило, ночью делириозное состояние усиливается. Делириозное состояние наблюдается в основном у больных с органическими поражениями головного мозга после травм, инфекций.

Онейроидное (сновидное) состояние сознания (впервые описанное Майер-Гроссом) характеризуется причудливой смесью отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных представлений фантастического характера. Больные "совершают" межпланетные путешествия, "оказываются среди жителей Марса". Нередко встречается фантастика с характером громадности: больные присутствуют "при гибели города", видят, "как рушатся здания", "проваливается метро", "раскалывается земной шар", "распадается и носится кусками в космическом пространстве" [173, 111].

Иногда у больного приостанавливается фантазирование, но затем незаметно для него в сознании вновь начинают возникать такого рода фантазии, в которых всплывает, по-новому формируясь, весь прежний опыт, все, что он читал, слышал, видел.

Одновременно больной может утверждать, что он находится в психиатрической клинике, что с ним разговаривает врач. Обнаруживается сосуществование реального и фантастического. К. Ясперс, описывая подобное состояние сознания, говорил о том, что отдельные события реальной ситуации заслоняются фантастическими фрагментами, что онейроидное сознание характеризуется глубоким расстройством самосознания. Больные оказываются не только дезориентированы, но у них отмечается фантастическая интерпретация окружающего.

Если при делирии происходит воспроизведение некоторых элементов, отдельных фрагментов реальных событий, то при онейроиде больные ничего не помнят из того, что происходило в реальной ситуации, они вспоминают иногда лишь содержание своих грез.

Сумеречное состояние сознания . Этот синдром характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью и столь же внезапным прекращением, вследствие чего его называют транзисторным, т.е. преходящим.

Приступ сумеречного состояния кончается критически, нередко. с последующим глубоким сном. Характерной чертой сумеречного состояния сознания является последующая амнезия. Воспоминания о периоде помрачения сознания полностью отсутствуют. Во время сумеречного состояния больные сохраняют возможность выполнения автоматических привычных действий. Например, если в поле зрения такого больного попадает нож, больной начинает совершать привычное с ним действие — резать, независимо от того, находится ли перед ним хлеб, бумага или человеческая рука. Нередко при сумеречном состоянии сознания имеют место бредовые идеи, галлюцинации. Под влиянием бреда и напряженного аффекта больные могут совершать опасные поступки.

Сумеречное состояние сознания, протекающее без бреда, галлюцинаций и изменения эмоций, носит название "амбулаторного автоматизма" (непроизвольное блуждание). Страдающие этим расстройством больные, выйдя из дому с определенной целью, вдруг неожиданно и непонятным для себя образом оказываются в другом конце города. Во время этого бессознательного путешествия они механически переходят улицы, едут в транспорте и производят впечатление погруженных в свои мысли людей.

Сумеречное состояние сознания длится иногда чрезвычайно короткое время и носит название absence (отсутствие — франц.).

Псевдодеменция . Разновидностью сумеречного состояния сознания является псевдодеменция. Она может возникнуть при тяжелых деструктивных изменениях в центральной нервной системе и при реактивных состояниях и характеризуется остро наступающими расстройствами суждения, интеллектуально-мнестическими расстройствами. Больные забывают название предметов, дезориентированы, с трудом воспринимают внешние раздражители. Образование новых связей затруднено, временами можно отметить иллюзорные обманы восприятия, нестойкие галлюцинации с двигательным беспокойством.

Больные апатичны, благодушны, эмоциональные проявления скудны, недифференцированы. Поведение нередко напоминает нарочито детское. Так, взрослый больной при вопросе, сколько у него пальцев на ногах, снимает носки, чтобы сосчитать их.

Мы остановились лишь на некоторых формах нарушения сознания. В действительности же их проявления в клинике значительно разнообразнее, но нам важно было познакомить читателя с теми понятиями, в которых нарушения сознания интерпретируются и описываются в клинике.

Наряду с. различными формами нарушения сознания как отражения окружающей действительности в клинике встречается своеобразная форма нарушения самопознавания — деперсонализация.

Деперсонализация . Характеризуется чувством отчуждения собственных мыслей, аффектов, действий, своего "Я", которые воспринимаются как бы со стороны. Частым проявлением деперсонализации является нарушение "схемы тела" — нарушение отражения в сознании основных качеств и способов функционирования собственною тела. его отдельных частей и органов. Подобные нарушения, получившие название "дисморфобии", могут возникать при разных заболеваниях — при эпилепсии, шизофрении, после черепно-мозговых травм и др.

Синдром дисморфобии подробно описан многими психиатрами, начиная с работ итальянского психиатра Морзели (Morseli, 1836-1894). Больные с подобным синдромом считают, что у них "некрасивый нос, оттопыренные уши, от них плохо пахнет". Больные стремятся принять меры по устранению "мешающего недостатка", настаивают на оперативном вмешательстве, они часами стоят перед зеркалом (симптом зеркала), постоянно себя разглядывают.

Особенно подробно описан этот синдром в работах М. В. Коркиной [91], которая пишет, что этот синдром можно рассматривать как триаду, состоящую из: а) идеи о физическом недостатке с активным стремлением от него избавиться: б) идеи отношений и в) пониженного настроения.

Выраженное, навязчивое или бредовое стремление больных исправить мнимый недостаток дало основание автору говорить о дисморфомании. Речь идет не о расхождении между содержательным отражением идеального представления о внешнем облике "Я" и настоящим, а о неприятии себя, т.е. о неосознаваемом неприятии.

В психологии проблема "образ я" рассматривалась в рамках проблемы самосознания, еще начиная с В. Вундта и А. Пфендера, который отождествлял понятие "Я" и понятие "субъект". В ином аспекте эта проблема ставится у У. Джеймса (1911), который различал эмпирическое "Я" (психический мир субъекта, который дополняется самооценкой) и чистое "Я" (мыслящий человек). Проблема "образ-Я" была предметом анализа разных психологических школ фрейдизма и неофрейдизма, понимающей, гуманистической психологии и т.п.

В отечественной психологии эта проблема выступает уже у Л. Грота, И. М. Сеченова, который увязывал проблему "Я" с "теплыми чувствами", интерорепциями. Была показана зависимость физического образа "Я" от многих моментов, особенно самооценки, оценки других (И. С. Кон, А. А. Бодалев, С. Л. Рубинштейн и др.). С. Л. Рубинштейн прямо указывал на то, что проблема изучения личности "завершается раскрытием самосознания личности" [158, 676-677]. Ряд работ посвящен изменению "образа я" у психически больных (Р. Федери. С. Фишер и др.). Много исследований посвящено исследованию нарушения "Я" у больных шизофренией (Векович, Зоммер).

В работе Б. В. Ничипорова, посвященной этой проблеме, показано, что синдром дисморфобии связан с низкой самооценкой. Подобные больные избегают общества, уединяются, нередко переживание своего мнимого уродства столь сильно, что может стать причиной суицидальных попыток. При этом их самооценка опирается не на содержательность представления об идеальном образе внешнего "Я", а на неприятие своего физического "Я".

Самый общий ответ на вопрос о природе данного явления мы находим у И. М. Сеченова [171], который подчеркивал роль мышечных ощущений в осуществлении движений тела и актов восприятия, указывал на существование "темных", нерасчлененных чувствований, исходящих из внутренних органов, создающих "чувственную подкладку" нашего "Я" и служащих основой самоощущения.

"Темные" интерорецептивные ощущения в силу своего постоянства и однообразия, а также индукционного торможения в связи с направленностью активности субъекта вовне обычно не осознаются, но являются необходимым фоном для нормального протекания всей психической деятельности. На основе этих ощущений ребенок в процессе развития научается выделять себя из окружающего мира.

И. М. Сеченов утверждал, что синтез ощущений, исходящих из внутренних органов чувств и так называемых внешних органов чувств, является стержнем формирования самосознания: "Человек беспрерывно получает впечатления от собственного тела. Одни из них воспринимаются обычными путями (собственный голос — слухом, формы тела — глазом и осязанием), а другие идут, так сказать, изнутри тела и являются в сознании в виде очень неопределенных темных чувствований. Ощущения последнего рода есть спутники процессов, совершающихся во всех главных анатомических системах тела (голод, жажда и пр.), и справедливо называются системными чувствами. У человека не может быть, собственно, никакого предметного ощущения, к которому не примешивалось бы системное чувство в той или другой форме... Первая половина чувствований имеет, как говорится, объективный характер, а вторая — чисто субъективный. Первой соответствуют предметы внешнего мира, второй — чувственные состояния собственного тела, самоощущения" [171, 582-583].

В норме человеку не требуется доказательств принадлежности его тела собственной персоне и психических переживаний. В некоторых патологических случаях эта чувственная "подкладка" самоощущения нарушается, и как непосредственное знание может явиться чувство отчуждения, навязанности, внушенности собственных мыслей, чувств, действий.

Современный исследователь проблемы деперсонализации А. А. Меграбян [130], показывая несостоятельность объяснения данного психопатологического явления с позиций ассоцианизма, феноменологического направления, антропологической психологии, психоанализа, связывает его с расстройством особых "гностических чувств" — системных автоматизированных чувствований, слитых в нормальном состоянии с отражательным компонентом психических образов.

Гностические чувства, по А. А. Меграбяну [131], обнаруживают следующие свойства: 1 ) обобщают предшествующие знания о предмете и слове в конкретно- чувственной форме; 2) обеспечивают чувствование принадлежности психических процессов нашему "Я"; 3) включают в себя эмоциональный тон той или иной окраски и интенсивности.

Роль гностических чувств в познании и самопознании становится особенно ощутимой в случаях патологии, порождающей явления психического отчуждения [130, 131].

Нарушение гностических чувств может привести не только к расстройству самопознания, но и к личностным изменениям. Это убедительно показано в работе В. И. Белозерцевой [21]. На материале работ школы В. М. Бехтерева автор выявила, как измененное самоощущение в ходе отражательной деятельности больного мозга порождает новую для субъекта деятельность — деятельность самовосприятия. Эта деятельность в связи с постоянством необычных чувствований и их особой значимости для человека становится смыслообразующей, ведущей в иерархии других видов деятельности. Больные забрасывают свои прежние дела и ни о чем не могут думать, кроме собственных необычных состояний и причин их возникновения.

Многие истории болезни, приводимые в работах В. М. Бехтерева и его сотрудников, иллюстрируют, как стремление осмыслить результаты искаженного самовосприятия приводит больных к бредовой интерпретации своего состояния. В поисках воздействующих на них "врагов" больные наблюдают за поведением окружающих, анализируют взаимоотношения с ними, совершают реальные действия с целью "освобождения" от предполагаемого гипнотического воздействия и вновь анализируют свое состояние и поведение "врагов".

В ходе этой деятельности и реальных взаимоотношений с людьми бред воздействия на психическую сферу обрастает новыми и новыми подробностями, искажая восприятие окружающего и оказывая влияние на поведение и образ жизни больных, перестраивая систему их взаимоотношений с людьми, изменяя их личность.

В. И. Белозерцева заключает, что если у здорового человека самоощущение не имеет отношения к его личностной характеристике и осознанию себя в системе общественных отношений, то у больного оно может выдвинуть на передний план деятельность, до того не существовавшую или выступавшую лишь в качестве отдельных действий в системе других деятельностей, — деятельность самовосприятия. Независимо от личности (хочет того человек или нет) она становится смыслообразующей. Происходит сдвиг главного мотива на цель, нарушается характерная для здорового субъекта "отвязанность" иерархии деятельностей от состояния организма. Биологическое в случае патологии начинает играть иную роль, нежели в жизнедеятельности здорового человека.

Это, конечно, не означает, что сама болезнь как биологический фактор детерминирует перестройку иерархии мотивов и самосознания. Мотив к деятельности самовосприятия порождается осознанием необычности, измененности ощущений собственных психических переживаний, активным отношением к ним. Следовательно, болезнь действует разрушающе на личность не непосредственно, а опосредованно, через деятельность, усвоенную в ходе социального развития человека.

Мы привели эти клинические данные, чтобы показать, что патологическое изменение психики, ее самосознания осуществляется, как и нормальное развитие, в онтогенезе, в практической деятельности субъекта, в перестройке его реальных взаимоотношений — в данном случае под влиянием развивающейся в ходе самовосприятия бредовой интерпретации своего состояния, затрагивающей место человека среди других людей.

Так, И. И. Чеснокова пишет, что материал клинических наблюдений расстройств самосознания, выражающийся в основном в синдроме деперсонализации, является фактическим обоснованием теоретических положений о самосознании как центральном "образующем" личности, связывающим воедино отдельные ее проявления и особенности.

Реакция эмоционального дисбаланса

1. Реакция эмоционального дисбаланса характеризуется отчетливым превалированием отрицательной гаммы эмоций. Общий фон настроения снижен. Человек ощущает чувство дискомфорта той или иной степени выраженности. Иные переживания (такие, как подавленность, раздражительность, тоскливость, беспомощность, наблюдающиеся так же и в картине других типов ситуационной реакции) выражены обычно слабо и общей картины состояния не определяют, присоединяясь лишь отдельными вкраплениями к чувству недовольства и дискомфорта. Характерно нерезкое повышение уровня тревожности. Наблюдается также перераспределение значимости и удельного веса отдельных раздражителей или рядов внешних стимулов: отрицательно эмоционально окрашенные раздражители количественно превалируют над положительно окрашенными, а значимость их усиливается, в то время как значимость положительных стимулов резко падает; кроме того, длительность последствия и устойчивость отрицательных стимулов также гораздо больше, чем положительных, так что в большинстве случаев в психике организуется повышенная готовность к восприятию и переработке отрицательных внешних сигналов и сигналов опасности.

Помимо широкого диапазона отрицательно окрашенных эмоций, реакция эмоционального дисбаланса характеризуется сокращением круга контактов (без существенного изменения оценок объектов общения и лишь с незначительными изменениями отношения к ним). Нередко теряется глубина контактов — они принимают более поверхностный и отчасти формальный характер.

Длительность этого вида ситуационной реакции — до двух месяцев. При относительно большой глубине реакции повышается уровень утомляемости, нарастает астенизация и постепенно снижается эффективность деятельности механизмов психологической защиты.

Среди ситуационных реакций этот тип наиболее открыт корригирующему вмешательству извне: легче, чем в других случаях, уменьшается глубина астенизации, более активно включается интеллектуальная переработка травмирующих переживаний. Из-за наличия значительных колебаний настроения при этой форме реакции легче уловить подходящий момент для включения необходимой психотерапии и проще стратегиче­ски правильно ее дозировать.

Этот тип ситуационной реакции характерен, если не сказать специфичен, для дискордантно-адаптированного типа личности с его столь легко возникающей фрустрацией, неустойчивостью уровня адаптации и накоплением отрицательного эмоционального опыта. Наблюдается воз­никновение реакции эмоционального дисбаланса и при компенсаторно-интегрированном типе личности, однако это редкие случаи (для такого типа адаптации эта реакция не характерна).

2. Пессимистическая ситуационная реакция выражена в первую очередь изменением мироощущения, установлением мрачной окраски мировоззрения, суждений и оценок, видоизменением и переструктурированием системы ценностей. Это весьма неблагоприятно прежде всего потому, что провоцирует и значительно облегчает формирование устрашающих концепций ситуации, которая оценивается во всех своих деталях и аспектах как реально и потенциально неблагоприятная — в самых “черных” тонах. Такое восприятие вызывает стойкое снижение уровня оптимизма, что, разумеется, преграждает путь к продуктивному планированию деятельности в будущем. Реальное планирование уступает место мрачным прогнозам — с рассмотрением событий, условий и анализом динамики ситуации как бы со стороны; динамика ситуации рассматривается при этом как не допускающая активного вмешательства заинтересованного лица, т. е. тяжелые эмоциональные нагрузки воспринимаются как удары судьбы, противодействия которым быть не может. Та­кая скованность собственной воли, якобы наступающая неконтролируе­мость сменяющихся событий или условий вызывают вторичное снижение самооценки, ощущение незначительности и маловажности собственных возможностей.

При этом типе ситуационной реакции любое вмешательство извне (терапевтическое или родственное, дружеское) переосмысливается в духе собственной пессимистической концепции и не может в полной мере нейтрализовать психотравмирующие внешние стимулы; повысить уро­вень оптимизма в этом состоянии также крайне трудно. Конструктивных тенденций в психике человека становится все меньше, конструктивное планирование деятельности теряет свою значимость и в конце концов исчезает вовсе (падает до нуля, исключая даже попытки активизации).

Интересно отметить, что бывают случаи, когда пессимистическая ситуационная реакция наступает на фоне завышенной оценки своих возможностей, т. е. непомерных, не соответствующих личностным возмож­ностям притязаний, когда цели ставятся без учета сложности, высокой степени трудности, а то и вовсе невозможности их достижения. Созда­ется как бы ситуация искусственно преувеличенного стресса. Этот тип реакции имеет самую большую длительность — в среднем три месяца. Корригирующие воздействия при этой форме реакции крайне трудны и сложны.

3. Реакция отрицательного баланса — это ситуационная реакция, содержанием которой является рациональное “подведение жизненных итогов”, оценка пройденного пути, определение реальных перспектив существования, сравнение положительных и отрицательных моментов продолжения жизнедеятельности. При наличии преимущественно внутренних конфликтов, объективно неразрешимых, и ограничений адаптационной деятельности, обнаруживающих явную тенденцию к постепенному и необратимому усилению в будущем, в сознании личности выводится “отрицательный жизненный баланс”.

Подобные механизмы наблюдаются, например, у лиц с неизлечимыми соматическими заболеваниями (рак, лейкоз), знающих о неизбежности углубления страданий и летального исхода; у одиноких лиц позднего возраста, критически оценивающих свое прогрессирующее физическое одряхление и нарастающую несамостоятельность, несостоятельность во всех сферах деятельности, вплоть до самообслуживания.

“Подведение баланса” предполагает высокий уровень критичности, четкость и реалистичность суждений, сохранность личностного ядра, поэтому собственные концепции оказываются очень стойкими и крайне трудно поддаются воздействию извне.

Реакция отрицательного баланса встречается (хотя и редко) даже у такого устойчиво адаптированного типа личности, как интегрированный тип, поскольку для возникновения этой реакции сама ситуация дает более всего объективных оснований (неизлечимое заболевание, наступление периода высокозначимых старческих ограничений). Чаще эту ситуационную реакцию, а также пессимистическую ситуационную реакцию дают лица с компенсаторно-адаптированным типом личности.

Пессимистическая реакция по результатам и прогнозам своим близка к реакции отрицательного баланса, но в корне отличается от нее по высокой значимости эффективной почвы, на которой она формируется, тогда как эмоциональный фон реакции отрицательного баланса, хотя и он тоже идет в отрицательной гамме эмоций, решающего влияния на появление ситуационной реакции не имеет.

4. Ситуационная реакция демобилизации отличается наиболее резки­ми изменениями в сфере контактов: отказом от привычных контактов или по меньшей мере значительным их ограничением, что вызывает устойчивые, длительные и мучительные переживания одиночества, беспомощности, безнадежности. Наблюдается также частичный отказ от деятельности. Практически человек избегает включения в какие бы то ни было сферы деятельности, кроме самых необходимых, социально

контролируемых, к которым принуждают его установленные и принятые им самим правила и требования общества. Результативность деятельно­сти, продуктивность ее на фоне углубляющейся астенизации и потери активности оказывается невысокой и не удовлетворяет самого субъекта, усугубляя его душевный дискомфорт и ощущение отвергнутости и изолированности.

Продолжительность этого типа реакции в среднем один месяц. Терапевтическое (или родственное, дружеское) вмешательство при этой форме реакции строится главным образом в направлении создания усло­вий для отдыха, освобождения человека от сложных забот и тяжелой ответственности, общеукрепляющего лечения и режима и максимально активного участия в разрешении конкретного конфликта, вызвавшего эту ситуационную реакцию, в совместных поисках выхода из создавшей­ся психотравмирующей ситуации.

5. Ситуационная реакция оппозиции характерна экстрапунитивной позицией личности, повышающейся степенью агрессивности, возрастающей резкостью отрицательных оценок окружающих и их деятельности.

Эта реакция обычно постепенно угасает сама по себе, но в случае глубины и высокой интенсивности требует быстрого принятия адекватных мер адаптации — во избежание прогрессирующего углубления оппози­ционной установки личности.

6. Ситуационная реакция дезорганизации содержит в основе своей тревожный компонент. Вследствие этого здесь наблюдаются в наиболее выраженном виде соматовегетативные проявления (гипертонические и сосудисто-вегетативные кризы, нарушения сна).

Продолжительность этого типа реакции обычно не превышает в среднем двух недель.

Эта реакция, таким образом, защитной функции не несет, тогда как все остальные типы ситуационных реакций (включая пессимистическую) в известном смысле могут быть признаны реакциями психологической защиты, поскольку они как бы экономят психическую энергию, тем или иным способом ограничивая реальную практическую деятельность инди­вида без нарушения системы адаптации как таковой. Кроме того, все остальные типы ситуационных реакций не нарушают и принципов соци­ального общения человека. Реакция же дезорганизации полностью (или почти полностью) снимает интеллектуальный контроль, дезорганизует конструктивное планирование раньше, чем наступает момент существен­ного дисбаланса конструктивных и неконструктивных (разрушитель­ных) тенденций. И если это, с одной стороны, отрицательная характери­стика данного типа реакции, ускоряющая социально-психологическую дезадаптацию, то с другой — эта характеристика приобретает положи­тельную функцию, поскольку она как бы дает сигнал бедствия очень рано и, таким образом, открывает возможность быстрого и беспрепят­ственного восстановления необходимого уровня организационной дея­тельности, так как в этом случае еще мало затронуты резервы психики (дезорганизована, но не потеряна психическая потенция, сохранена ак­тивность, а вызванные дезорганизацией изменения в психической дея­тельности неглубоки).

Однако в любом случае этот тип реакции требует пристального внимания и наблюдения, так как реакция это острая, с потерей “точки опоры” и резкой дезорганизацией и непредсказуемостью поведения.

Реакция дезорганизации наблюдается прежде всего у людей с ограниченно конформным типом адаптации личности. Еще чаще у этого типа людей встречается в ситуациях конфликта и стресса реакция демобилизации. Склонность к “выбору” того или другого вида из этих двух ситуационных реакций определяется в соответствии с постоянными тен­денциями тех двух подгрупп личностей, которые составляют адаптационно-социализационный

тип: группа, склонная к повышению неустойчивости и дискордантности адаптации, и группа, склонная к колебаниям фиксации интересов то в одной, то в другой из значимых сфер деятельности — по типу “маятника”.

Реакцией оппозиции чаще всего отвечает на тяжелую фрустрацию ригидно-конформный тип личности (ситуационная реакция, которая почти никогда не наблюдается ни у одного из других личностных типов).

Однако прямые корреляции между типом личности (ее адаптация) и типом непатологической ситуационной реакции установить весьма сложно; в каждом конкретном случае это приводило бы к неизбежному нежелательному упрощению. И все же можно указать на ряд личностных параметров, которые существенно влияют на формирование определенных ситуационных реакций. Это прежде всего динамические и энергетические условия протекания эмоциональных процессов (уровень их лабильности или торпидности, стеничности или астеничности, а также степень интеллектуального контроля, и характеристики коммуникативной сферы данной личности).

В случае подвижности психических процессов продолжительность ситуационной реакции невелика (не более нескольких дней). Если же мы имеем дело с торпидностью как постоянным свойством психики, то возникающая в стрессовой ситуации реакция оказывается устойчивой, длительной (продолжительность ее исчисляется уже не в днях, а в неделях, в среднем до трех месяцев).

Другой фактор — астенизация или активность — регулирует интенсивность ситуационной реакции. Активная, энергичная психика беспрепятственно включает имеющуюся у индивидуума систему личностной психологической защиты, в результате чего срабатывающие защитные механизмы оказываются эффективными и на том или ином уровне совершенства корригируют поведение индивидуума, т. е. делают личность более адаптивной, что, в свою очередь, влечет за собой снижение интенсивности отрицательной гаммы эмоций, возникающих при ситуационной реакции. Астенизация же провоцирует углубление неблагоприятных, отрицательных переживаний, продлевая длительность стрессовой ситуационной реакции. Поскольку на фоне такой гаммы эмоций неполноценно включаются и срабатываются механизмы психологической защиты, полностью активизировать систему личностной защиты не удается.

Поэтому в каждом случае возникновения ситуационной реакции мы сталкиваемся с определенной феноменологией, а не с клинической симптоматикой.

Как видим, при оформлении каких-либо ситуационных реакций и выявлении их во внешних формах поведения, во внутренней картине переживаний человека обычно обнаруживаются нерешительность, усталость, чувство одиночества, покинутости, беспомощности, изоляции, печали, душевной боли, тоскливости, подавленности. Все ситуационные реакции (как это неоднократно подтверждено) характеризуются наличием переживаний дистимической окраски. Наиболее устойчиво чаще всего выявляется состояние депремированности. Именно это переживание обладает наиболее дифференцированными нюансами — от безрадостности до полного отчаяния, безнадежности, отгороженности. Причем степень глубины переживания не всегда легко установить, так как привычные внешние формы поведения не обязательно оказываются грубо измененными. При ситуационных реакциях не исключаются, не исчезают из реальной практической деятельности привычные адаптационные стереотипы поведения; они лишь теряют свою результативность, снижают уровень успешности, осуществляясь при значительно сниженном уровне контроля и самоконтроля.

Описанные ситуационные реакции непатологического уровня обладают определенной структурой, четко выявляющейся феноменологией, устойчивыми формами личностно-характерологических связей и корреляций. Однако при анализе каждого данного случая появления такой реакции в конфликтно-стрессовой ситуации ни в коем случае нельзя пренебрегать наличием весьма многоликой индивидуализации их динамики, ин­тенсивности, разнообразием порождающей их почвы, т. е. их высокой вариативностью.

# Практическая часть

# Методика работы с пациентами

Изменение сознания может возникать вследствие разнообразных причин: соматических заболеваний, ведущих к психозу, интоксикаций, черепно-мозговых травм, шизофренического процесса, реактивных состояний. Поэтому расстройства сознания неоднородны. Не менее разнообразны тонкие изменения сознания, возникающие у здоровых людей в трансовых состояниях, при физиологическом сне и при гипно-суггестивной терапии.

В качестве типичных симптомокомплексов измененного сознания выделяют делирий, аменцию, онейроид, сумеречное помрачение сознания. Для всех этих симптомокомплексов характерны выраженные в различной степени:

1) расстройство запоминания происходящих событий и субъективных переживаний, ведущее к последующей амнезии, неотчетливость восприятия окружающего, его фрагментарность, затруднение фиксации образов восприятия;

2) та или иная дезориентировка во времени, в месте, непосредственном окружении, самом себе;

3) нарушение связности, последовательности мышления в сочетании с ослаблением суждений;

4) амнезии периода помраченного сознания (Jaspers K., 1973).

Для диагностики помраченного сознания необходимо учитывать все четыре критерия.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Дезориентировка.*** Расстройство ориентировки проявляется при различных острых психозах, хронических состояниях и легко поддается проверке относительно текущей реальной ситуации, окружающей обстановки и личности пациента.  Целостное восприятие окружающей среды может заменяться изменчивыми переживаниями расстроенного сознания.  Способность к восприятию окружающего и собственной личности сквозь иллюзорные, галлюцинаторные и бредовые переживания становится невозможной или ограничивается деталями.  Изолированные нарушения ориентировки во времени могут быть связаны с нарушением памяти, но не с нарушением сознания (амнестическая дезориентировка). | — Как Вас зовут?  — Кто Вы по профессии?  Начинать осмотр больного следует с наблюдения за его поведением, не привлекая к себе внимание пациента.  Задавая вопросы, врач отвлекает внимание больного от обманов восприятия, в результате чего они могут ослабевать или временно исчезать.  Кроме того, пациент может начать скрывать их (диссимулировать).  — Какое сейчас время суток?  — Какой день недели, число месяца?  — Какое время года?  Для диагностики тонких нарушений сознания необходимо обращать внимание на реакцию больных на вопросы. Так, больной может правильно ориентироваться в месте, но заданный вопрос застает его врасплох, больной рассеянно осматривается вокруг, отвечает после паузы.  — Где Вы находитесь?  — На что похожа окружающая Вас обстановка?  — Кто вокруг Вас? |
| ***Отрешенность.*** Отрешенность от реального внешнего мира проявляется слабым пониманием больными происходящего вокруг, они не могут сосредоточить свое внимание и действуют, невзирая на ситуацию.  При патологических состояниях ослабевает такая характеристика сознания, как степень внимания. В связи с этим нарушается отбор наиболее важной в данный момент информации.  Нарушение “энергии внимания” (по Liepmann) приводит к снижению способности сосредоточиться на любой поставленной задаче, к неполному охвату, вплоть до полной невозможности восприятия действительности. | Обычно задаются вопросы, направленные на выяснение способности пациента осознавать происходящее с ним и вокруг него:  — Что с Вами случилось?  — Почему Вы в больнице?  — Нужна ли Вам помощь? |
| ***Бессвязность мышления.*** Больные обнаруживают разные по степени нарушения мышления — от слабости суждения до полной неспособности связать предметы и явления воедино. Несостоятельность таких операций мышления, как анализ, синтез, обобщение, особенно свойственна аменции и проявляется бессвязной речью.  Больной может бессмысленно повторять вопросы врача, случайные содержательные элементы мышления могут беспорядочно вторгаться в сознание, сменяясь такими же случайными идеями. | Больные могут ответить на вопрос при многократном повторении громким или, наоборот, тихим голосом.  Обычно больные не могут ответить на более сложные вопросы, относящиеся к содержанию их мыслей.  — Что Вас беспокоит?  — О чем Вы думаете?  — Что у Вас на душе?  Можно попытаться проверить способность устанавливать взаимосвязь между внешними обстоятельствами и актуальными событиями.  — Вокруг Вас люди в белых халатах. Почему?  — Вам делают инъекции. Зачем?  — Мешает ли Вам что-нибудь пойти домой?  — Считаете ли Вы себя больным? |
| ***Амнезия.*** Для всех симптомокомплексов измененного сознания характерна полная или частичная утрата воспоминаний после окончания психоза.  Психическая жизнь, протекающая в условиях грубого помрачения сознания, может быть недоступна (или почти недоступна) феноменологическому исследованию. Поэтому очень важное диагностическое значение имеет выявление как наличия, так и особенностей амнезии. При отсутствии воспоминаний о реальных событиях во время психоза болезненные переживания часто сохраняются в памяти.  Лучше всего пережитое в период психоза воспроизводят пациенты, перенесшие онейроид. Это касается, главным образом, содержания грезоподобных представлений, псевдогаллюцинаций и, в меньшей степени, воспоминаний о реальной обстановке (при ориентированном онейроиде). При выходе из делирия воспоминания более фрагментарны и касаются почти исключительно болезненных переживаний. Состояния аменции и сумеречного сознания характеризуются чаще всего полной амнезией перенесенного психоза. | — Не было ли у Вас когда-нибудь состояний, похожих на “сновидения” наяву?  — Что Вы видели?  — В чем особенность этих “сновидений”?  — Как долго длилось это состояние?  — Вы были участником этих снов или видели это со стороны?  — Как Вы пришли в себя — сразу или постепенно?  — Помните ли Вы, что происходило вокруг, пока Вы находились в этом состоянии? |

Клинические особенности отдельных синдромов помрачения сознания представлены в таблицах 2—3 (Воскресенский Б. А., 1990).

*Таблица 2*

**Клинические особенности делирия и онейроида**

|  |  |
| --- | --- |
| **Делирий** | **Онейроид** |
| Иллюзорно-галлюцинаторное помрачение | Грезоподобное помрачение |
| Развитие постепенное, на основе расстройств восприятия | Развитие постепенное, на основе глубоких аффективных расстройств и чувственного бреда |
| Самосознание сохранено | Самосознание изменено (перевоплощение или в рамках “двойной ориентировки”) |
| Адекватность переживаний и поведения, двигательное возбуждение | Диссоциация между богатством переживаний и скудостью внешних проявлений |
| Экстеропроекция переживаемых образов | Псевдогаллюцинаторный характер большинства переживаний |
| Сохранение воспоминаний о пережитом | Сохранение переживаний о пережитом |
| Специфичность содержания: микро-, макропсии, зоопсии, полиопии, профессиональные сюжеты, сценоподобность. Отрывочность и последовательность отдельных делириозных эпизодов | Фантастичность, космичность, глобальность, мегаломаничность содержания, его связность и последовательность. Драматичность (больной участвует в “разверты-вающихся событиях”) |
| Яркость, красочность галлюцинаторных образов |  |
| Тонус мышц не изменен | Кататонические расстройства (обычно восковая гибкость) |
| Приступ каждый раз обусловлен внешней вредностью | Преимущественно эндогенная природа расстройства, периодическое течение. |

*Таблица 3*

**Клинические особенности   
сумеречного помрачения сознания и аменции**

|  |  |
| --- | --- |
| **Сумеречные  расстройства сознания** | **Аменция** |
| Концентрическое помрачение | Инкогерентное помрачение |
| Пароксизмальность возникновения и окончания | Развитие постепенное, на основе расстройств мышления (бессвязности) и растерянности |
| Глубокое нарушение самосознания (“чуждые поступки”) | Глубокое нарушение самосознания |
| Крайняя аффективная насыщенность и интенсивность психопатологической симптоматики | Рудиментарность, “отрывочность” продуктивной симптоматики (“аменция — делирий на дефектной почве” — по Кербикову). Ночью может переходить в делирий |
| Экстеропроекция переживаемых образов |  |
| Полная амнезия пережитого (иногда ретардированная амнезия, запаздывающие воспоминания). | Полная амнезия пережитого |
| Крайность содержания (рай, ад, кровь, казни) |  |
| Внешне упорядоченное поведение (не всегда) | Возбуждение в пределах постели |
| Необычная физическая сила, разрушительность действий | Беспорядочное метание (яктация), элементы кататонических расстройств, хореиформные гиперкинезы. |
| Возникновение незакономерное | Возникает при длительных истощающих соматических заболеваниях |

***Особые виды сумеречных расстройств***

**Органические:**1) классические,  
2) ориентированные,  
амбулаторные автоматизмы (фуги, трансы).

**Психогенные:**1) патологический аффект,  
2) истерические (возникают по принципу условной желательности, могут частично фиксироваться

Обстоятельства, играющие роль в выборе методик патопсихологического исследования

1. Цель исследования-дифференциальная диагностика (в зависимости от предполагаемых заболеваний), определение глубины психического дефекта, изучение эффективности терапии. Там, где-предполагается шизофренический процесс, применяются одни методики исследования, при обследовании больного эпилепсией с целью установления выраженности интеллектуально- мнестических расстройств - другие. Для многократных исследований в ходе лечения избираются методики, располагающие значительным количеством равных по трудности вариантов заданий.

2. Образование больного и его жизненный опыт, например, недостаточно грамотному испытуемому не следует давать задания по методике образования сложных аналогий.

3. Иногда существенную роль играют особенности контакта с больным. Так, нередко приходится обследовать больного с нарушением деятельности слухового или зрительного анализатора. При глухоте максимально используются задания, рассчитанные на зрительное восприятие. Даже в пробе на запоминание слова испытуемому не зачитываются, а предъявляются в письменном виде. При плохом зрении, наоборот, все методики варьируются для слухового восприятия.

## Избавление от боли

Если мы имеем какое-то представление о том, что можем сделать, чтобы облегчить чью-то боль - либо в союзе с обезболивающим лекарством, либо без него, - это помогает свести к минимуму наш стресс, а также стресс страдальца. Часто, чтобы минимизировать боль, достаточно сконцентрироваться на покое и гармонии и создать внутренние картины покоя. Теперь коснемся четырех принципов облегчения боли.

1. Разговор. Вера в то, о чем человек говорит, нередко помогает уменьшить боль и связанную с ней тревогу. Помнить о том, что надо помогать людям исследовать то, что делает боль в них и с ними. Помочь им точно обнаружить, когда начинается боль, как описать ее, ее длительность и силу. Мы не можем чувствовать боль другого человека. Тем нс менее, когда мы смотрим на чью-либо боль, это может вызвать сильный стресс. Постарайтесь не отказываться от разговора о боли (уклонение); не говорить на другие темы, когда страдальцы явно показывают, что хотят говорить о своей боли (отвлечение); нс просто пассивно слушать (отчуждение).

2. Чувственный сигнал. Отвлечение внимания - это мощное болеутоляющее действие. Прикосновение, массаж, прикладывание горячего или холодного, погружение больной конечности в теплую воду или всего тела в теплую ванну - все это эффективные болеутоляющие средства.

3. Расслабление. Боль мешает отдыху и сну, а недостаток сна часто является сильным помощником страдания. Методы релаксации, выученные и отработанные, когда боли нет. помогают ослабить физическое и умственное напряжение. 185

4. Образы. Страдальцы, которые используют воображение, сочетая его с глубокой релаксацией, получают сильную двустороннюю стратегию контролирования своей боли. Когда мы создаем внутреннюю картину боли, таким образом объективируя ее, а затем представляем себе, как она может быть трансформирована, мы заставляем работать мощные целительные силы.

## Общее описание клиента

1. Внешность: конституциональные особенности, поза, осанка, одежда, ухоженность, состояние волос и ногтей, насколько у пациента здоровый или болезненный вид, выглядит ли он злобным, испуганным, апатичным, растерянным, высокомерным, или не может найти себе место, уравновешен ли он, выглядит ли молодым или старым, женоподобным (мужеподобным), обнаруживает ли признаки тревожности, потирает ли руки, потеет ли лоб, имеются ли внешние признаки беспокойства, напряженность в позе и голосе, расширены ли глаза; какие изменения уровня тревожности обнаруживаются во время беседы или изменения ее темы.

2. Поведение и психомоторная деятельность: походка, манерность, тики, жестикуляция, подергивания, стереотипные движения, попытки дотронуться до экспериментатора или ущипнуть его, эхопраксии, угловатость или проворность, вялость, ригидность, ретардация, гиперактивность, ажитированность, воинственность, податливость.

3. Речь: быстрая, медленная, затрудненная, запинающаяся, эмоциональная, монотонная, громкая, шепотная, невнятная, бормочущая, с эхолалиями; интенсивность речи, высота, легкость, спонтанность, продуктивность, манера, время реакции, словарный запас.

4. Отношение к врачу: дружественное, внимательное, заинтересованное, искреннее, кокетливое, оборонительная позиция по отношению к врачу, враждебное отношение, игривое, располагающее, настороженное, степень контакта, попытки уклониться от беседы.

Существуют определенные **правила консультирования лиц, намеревающихся совершить самоубийство** (Schutz, 1982; Berman, Cohen-Sandler, 1983; цит. по:Согеу, 1986; Bird, 1973; Kennedy, 1977):

1. С такими клиентами нужно чаще встречаться.

2. Консультант должен обращать внимание суицидного клиента на позитивные аспекты в его жизни. Например: "Вы упоминали, что прежде многим интересовались. Расскажите о своих пристрастиях" или "Всегда есть ради чего жить. Что Вы думаете об этом?". Такие вопросы помогают клиенту изыскать ресурсы для преодоления трудного этапа жизни.

3. Узнав о намерении клиента совершить самоубийство, не следует паниковать, пытаться отвлечь его каким-то занятием и прибегать к морализированию ("От этого ничего не изменится", "Знаете ли Вы, что все религии считают самоубийство величайшим грехом?"). Такая тактика лишь убедит клиента, что его никто не понимает и консультант - тоже.

4. Специалист должен привлечь к работе с клиентом между консультативными встречами значимых для него людей (близких, друзей).

5. Клиент должен иметь возможность в любое время позвонить консультанту, чтобы тот мог контролировать его эмоциональное состояние.

6. При высокой вероятности самоубийства следует принять меры предосторожности - проинформировать близких клиента, обсудить вопрос о госпитализации. Консультанту не всегда легко это выполнить. Клиент нередко начинает отрицать свои намерения и утверждает, что нечего за него беспокоиться. Тем не менее консультанту лучше понадеяться на свою интуицию и учесть опасные признаки в поведении клиента, поскольку утешительные заявления могут носить отвлекающий характер. В случаях явного суицидного риска консультант должен потребовать немедленной госпитализации, хотя большинство клиентов категорически протестуют против помещения в психиатрическую клинику. Некоторые психотерапевты (Storr, 1980) считают, что клиента шокирует изменение поведения консультанта. Человек, побуждающий к независимости и свободному выбору, вдруг берет на себя полномочия ограничить свободу клиента, запереть его в психиатрической клинике. Нам думается, что право окончательного выбора имеет каждый человек, но обязанность консультанта в случае угрозы самоубийства - сделать максимум возможного, чтобы повлиять на выбор клиента в пользу жизни.

7. Консультант не должен позволять клиенту манипулировать собой посредством угрозы самоубийства.

8. Консультант обязан не забывать, что он не Бог и, невзирая на самые лучшие побуждения, не всегда способен воспрепятствовать самоубийству. Наибольшую ответственность за собственные действия несет сам клиент. Консультант не может полностью и единолично отвечать за клиента. Он лишь профессионально ответственен за пресечение реализации суицидных намерений. Однако неопровержима аксиома - если клиент действительно хочет покончить с жизнью, никто не способен остановить его. Как отмечает Kennedy (1977), "мы говорим "да" жизни клиента, но должны быть готовы к тому, что некоторые клиенты все-таки скажут своей жизни "нет".

9. Консультант обязан подробно, в письменной форме, документировать свои действия, чтобы в случае несчастья он смог доказать себе и другим, что действовал профессионально и принял все меры для избежания катастрофы.

## Правила задавания вопросов клиентам

По этим причинам начинающим консультантам вообще не рекомендуется задавать клиентам вопросы, исключая самое начало консультирования. Можно упомянуть еще несколько правил, которые следует иметь в виду, задавая вопросы клиентам:

1. Вопросы "Кто, что?" чаще всего ориентированы на факты, т.е. вопросы такого типа увеличивают вероятность фактологических ответов.

2. Вопросы "Как?" в большей мере ориентированы на человека, его поведение, внутренний мир.

3. Вопросы "Почему?" нередко провоцируют защитные реакции клиентов, поэтому их следует избегать в консультировании. Задав вопрос такого типа, чаще всего можно услышать ответы, опирающиеся на рационализацию, интеллектуализацию, поскольку не всегда легко объяснить действительные причины своего поведения (а на них прежде всего и бывают направлены вопросы "почему"), обусловленного множеством довольно противоречивых факторов.

4. Надо избегать постановки одновременно нескольких вопросов (иногда в одном вопросе заложены другие вопросы). Например, "Как Вы понимаете свою проблему? Не думали ли Вы о своих проблемах когда-нибудь ранее?", "Почему Вы пьете и ссоритесь со своей женой?" В обоих случаях клиенту может быть неясно, на какой из вопросов отвечать, потому что ответы на каждую часть двойного вопроса возможны совершенно разные.

5. Не следует один и тот же вопрос задавать в разных формулировках. Клиенту становится неясно, на какой из вариантов надо отвечать. Подобное поведение консультанта при постановке вопросов свидетельствует о его тревоге. Консультант должен "озвучивать" только окончательные варианты вопроса.

6. Нельзя вопросом опережать ответ клиента. Например, вопрос "Все ли хорошо ладится?" чаще всего побуждает клиента дать утвердительный ответ. В этом случае лучше задать открытый вопрос: "Как обстоят дела дома?" В подобных ситуациях клиенты нередко пользуются возможностью дать неопределенный ответ, например: "Неплохо". Консультанту нужно уточнить ответ другим вопросом такого типа: "Что для Вас значит "неплохо"?" Это очень важно, так как часто в одни и те же понятия мы вкладываем довольно разное содержание.

## Изменение поведения клиента

1. Способствовать изменению поведения, чтобы клиент мог жить продуктивнее, испытывать удовлетворенность жизнью, несмотря на некоторые неизбежные социальные ограничения.

2. Развивать навыки преодоления трудностей при столкновении с новыми жизненными обстоятельствами и требованиями.

3. Обеспечить эффективное принятие жизненно важных решений. Существует множество дел, которым можно научиться во время консультирования: самостоятельные поступки, распределение времени и энергии, оценка последствий риска, исследование поля ценностей, в котором происходит принятие решений, оценка свойств своей личности, преодоление эмоциональных стрессов, понимание влияния установок на принятие решений и т.п.

4. Развивать умение завязывать и поддерживать межличностные отношения. Общение с людьми занимает значительную часть жизни и у многих вызывает трудности из-за низкого уровня их самоуважения или недостаточных социальных навыков. Будь то семейные конфликты взрослых или проблемы взаимоотношения детей, следует улучшать качество жизни клиентов посредством обучения лучшему построению межличностных отношений.

5. Облегчить реализацию и повышение потенциала личности По мнению Blocher (1966), в консультировании необходимо стремиться к максимальной свободе клиента (учитывая естественные социальные ограничения), а также к развитию способности клиента контролировать свое окружение и собственные реакции, провоцируемые окружением. R. May (1967) указывает, что при работе с детьми консультант должен добиваться изменения их ближайшего окружения в целях повышения эффективности помощи. Несмотря на некоторую общность целей психологического консультирования, основные психологические школы все-таки значительно расходятся в их понимании

Практические советы по составлению психологом заключения

1. Содержание и стиль заключения зависят от теоретических установок и специализации диагноста-клинициста. Поэтому они не имеют единой стандартной формы и правила написания. Важно, чтобы заключение соответствовало потребностям, интересам и уровню подготовки тех, кто его получит. Например, учителя предпочитают заключения с конкретными рекомендациями, а психиатрам нравятся заключения с объяснением основных данных, но без конкретных рекомендаций. В заключениях, рассчитанных как на специалистов, так и на людей несведущих, должна даваться краткая аннотация содержательного характера, а вслед за этим приводиться более подробное описание конкретных данных.

2. В содержании заключения обязательно должна быть обозначена цель диагностического исследования: входило ли в задачу дать какие-то конкретные рекомендации или же требовалась простая консультация.

3. Заключение обычно ориентируется на действие, т.е. в нем дается рекомендация относительно программ обучения, типа лечения, выбора профессии и т.п.

4. Заключение эффективно, если в нем отражены отличительные свойства конкретного индивида, т.е. черты, результаты обследования которых были или значительно ниже, или значительно выше средних показателей. То есть заключение должно относиться только к данному индивиду, а не к людям, чей возраст, пол, образование, социально-экономический уровень и другие факторы близки к аналогичным данным обследуемого.

5. Содержание заключения состоит из интерпретации полученных данных и выводов (записи тестов и другие данные могут прилагаться отдельно для иллюстрации или пояснения подхода).

6. Всякая описательная оценка действий индивида и сама система оценок должны быть четкими. В заключении необходимо отметить, основываются ли суждения об индивиде на критериально-ориентированной оценке или на нормативно- ориентированной, обязательно указав, с какими нормами сравниваются показатели индивида.

## Рекомендации по ведению диалога с клиентом

1. Не следует пускаться в излишние объяснения, почему и как задается данный вопрос или обсуждается данная тема в ходе беседы. Если с клиентом установлен контакт, многие вещи воспринимаются буквально с полуслова. К примеру, явно неудачным будет следующее обращение: "В начале беседы вы говорили о том, что ваша жена, с вашей точки зрения, излишне много времени тратит на посещения различных косметичек и массажисток и обсуждение своего внешнего вида с подругами. Можно ли сказать, что вам эта черта в ее поведении не нравится?" Длинное вступление с объяснением того, что и по какому поводу говорил клиент, здесь абсолютно излишне. Достаточно было бы спросить: "А вам не нравится, что ваша жена столько времени и внимания уделяет тому, как она выглядит?" Стремление консультанта уточнять провоцирует аналогичные тенденции у клиента, и в результате эти взаимные уточнения начинают выступать как сопротивление дальнейшему углублению диалога.

2. Один из наиболее удобных типов вопросов в консультативном диалоге - краткие вопросы, в которых по возможности опущены слова, которые так или иначе могут быть поняты из общего контекста беседы. Такое сокращение вопросов и высказываний приводит к тому, что соотношение времени говорения увеличивается в пользу клиента. Краткие вопросы легче встраиваются в диалог и в итоге начинают восприниматься пришедшим в консультацию как собственная внутренняя речь. В примере, использованном в предыдущем абзаце, консультанту достаточно было бы спросить: "А вам это не нравится?" Вопрос, заданный в подобной форме, должен прозвучать точно в контексте, чтобы это указание имело тот смысл, который в него вкладывает консультант.

3. Чаще всего целью вопросов и комментариев психолога является сбор дополнительной информации. Но при этом он не детектив и не стремится обнаружить какую- то конкретную деталь или цифру, а узнать как можно больше о самом клиенте и окружающих его людях. Высказывания консультанта - это поисковые шаги, направленные на прояснение общей картины, которую ему необходимо хорошо представлять. Чем более проективными, повествовательными и спонтанными будут ответы клиента, тем лучше.

Принципы расспроса клиента о конкретных ситуациях

1. Выбираемые ситуации должны быть тесно связаны с содержанием основных жалоб клиента, с теми моментами межличностных отношений, которые являются трудными, проблемными.

2. Обсуждаемые ситуации должны быть типичными, часто встречающимися в жизни клиента, чтобы по ним можно было судить об особенностях взаимоотношений в целом.

3. Желательно, чтобы эти ситуации были достаточно развернутыми, описывающими целостные паттерны взаимодействия, то есть негативные, позитивные и нейтральные характеристики отношений.

## Модель активного слушания

1. Поддержка (установление контакта с клиентом через принятие и уважение без оценочных суждений);

2. Слушание без оценки идей или поступков;

3. Обобщайте и возвращайте это абоненту, добиваясь ясности (через такое проясне- ние консультант часто помогает клиенту лучше понять его проблему или чувства). Для прояснения сосредоточьтесь на: - Что говорящий сказал? Что он чувствует по этому поводу? - Насколько эти чувства соответствуют сказанному? - Чего хочет говорящий, в чем нуждается?

>> **Ступени психотерапии**

1. Создание устойчивых доброжелательных отношений и установление конструктивных рабочих отношений между пациентом и психотерапевтом как прочный фундамент всего процесса психотерапии.

2. Изложение проблемы пациентом, включая его "субъективную теорию болезни".

3. Анализ проблемы с учетом существующих в настоящее время условий, истории жизни пациента и функционального значения проблемы.

4. Определение проблемы, постановка цели и планирование психотерапии.

5. Проработка проблемы и использование полученных результатов в реальной жизни вне рамок психотерапии.

6. Завершение психотерапии.

## Условия разговорной психотерапии Большое значение имеют три базовых условия разговорной психотерапии, разработанные Карлом Р. Роджерсом (1957):

1. Подлинное, человеческое реагирование.

2. Добросердечное отношение и понимание пациента.

3. Вербализация чувств пациента.

>> **Способы усиления личности**

1. Аналогия. Это процесс доказательства, идущий от какоголибо сходства с тем, что известно, к сходству или кажущемуся сходству с чем-то неизвестным. Использование аналогии, основанное на личном опыте, представляет собой один из способов проникновения в подсознание. Например, планируя полет на самолете в Австралию, я могу опираться на опыт предыдущего полета на Кипр и таким образом начинаю "чувствовать", каким он может быть. С другой стороны, если я никогда раньше не летал, то могу использовать свое воображение, чтобы "почувствовать", каким может быть полет. 133

2. Анализ. В анализе мы разбиваем нечто сложное на знакомые и узнаваемые компоненты. Мы перечисляем столько альтернатив. сколько возможно для каждого компонента. Затем складываем некоторые из них вместе, чтобы создать нечто новое.

3. Фантазия. Это деятельность воображения, которая производится спонтанно (как в грезах) или как прямой ответ на чернильные пятна или неясные картины. Понимать фантазию значит работать с символами.

4. Образы. Это внутреннее представление объектов и событий. созданное преднамеренно сознательным разумом.

5. Метафора. Метафора представляет собой фигуру речи, непрямой способ коммуникации, с помощью которого два явно отдельных элемента сводятся воедино в сравнении, чтобы сформировать новое значение. Метафоры в большом количестве встречаются и в повседневном разговоре, ручки кресла, ножки стола, блестящая индивидуальность, реки крови. Способность использовать метафоры принадлежит деятельности правого полушария мозга.

6. Парадокс. Парадокс выражает истины о существовании противоположностей в очевидно нелогичной и противоречащей самой себе манере. Цель парадокса состоит в том, чтобы привлечь внимание и спровоцировать свежую мысль. Парадоксальные утверждения часто используются в иронических или сатирических целях. В "Скотном дворе" Джорджа Оруэлла первая заповедь коммуны животных - преобразование предыдущего парадокса. "Все животные равны, но некоторые животные равнее других". Принимая парадокс как единство противоположностей или двух очевидно непримиримых идей, утверждении или принципов, мы можем думать о нем как о единстве сознательного и бессознательного. Интеллекту не нравится парадокс, потому что его нельзя обосновать, а попытка объяснить парадокс лишает его удовольствия Чем больше мы интегрируем бессознательное, тем более способны работать с неизвестным, тем более комфортно нам будет с парадоксами, потому что они связаны с той нашей стороной, котором не нужно их объяснять, неотъемлемая истина признается. Здоровье может рассматриваться как парадокс; оно драгоценно, но достаточно дешево, чтобы забросить его из-за злоупотреблении или неправильного использования. Библейский парадокс состоит в том, что, созданные по образу и подобию Божию, мы тем не менее подобны траве, которая вянет в поле. Мы можем достичь 134 света только через тьму, скрытую часть, бессознательное, тень. Иисус мог быть воссоединен с Создателем, только пройдя через смерть и тьму могилы. Верующие получают свою награду только после смерти. / В мифе и легенде символы парадокса можно найти в том, что все превращается в свою противоположность. Сын превращается в отца, дочь в мать. Красота превращается в безобразие, а из него появляется принц, спаситель.

7. Вопросы. Исследование и постановка вопроса создают альтернативы и возможность обнаружения творческих решении. Большинство из нас может вспомнить время в своей жизни, когда мы осаждали родителей или учителей многочисленными вопросами, на некоторые из которых было так трудно ответить. Нам говорили. ''Перестань все время задавать вопросы". Вопрошающий ум многих детей был заперт в темницу. В последующей жизни, когда такие вопросы стали бы творческим преимуществом, мы как будто утратили искусство спрашивать.

8. Символы. Это объекты или действия, которые представляют и олицетворяют заменители. Считается, что они типизируют нечто другое Материальные объекты могут использоваться для олицетворения чего-либо невидимого, например, идеи (голубь - символ мира). Символы - это продукт чувства и интуиции. Они спонтанно возникают из воображения. Развитие языка и его использование зависит от способности работать с символами. Творчество левого и правого полушарий мозга Маленький мальчик остановился, заговорил с человеком, бьющим по камню, и спросил, зачем он это делает. Микеланджело взглянул на него и ответил. "Потому что внутри ангел, который хочет выйти.

Условия, способствующие позитивным изменениям личности

В 1975 г. С. Rogers (цит. по: Gelso, Fretz, 1992) задал вопрос: "Можно ли утверждать, что существуют необходимые и достаточные условия, способствующие позитивным изменениям личности, которые можно было бы четко определить и измерить?" На этот вопрос он сам дал ответ, назвав шесть условий:

1. Два лица находятся в психологическом контакте.

2. Первый персонаж, назовем его "клиентом", пребывает в состоянии психического расстройства, раним и встревожен.

3. Второй персонаж, назовем его "консультантом", активно участвует в общении.

4. Консультант испытывает безусловное уважение к клиенту.

5. Консультант переживает эмпатию, приняв точку зрения клиента, и дает это ему понять.

6. Эмпатическое понимание и безусловное уважение консультанта передаются клиенту даже при минимальной выраженности.

>> **Методы противостояния проникновению отрицательной энергии другого человека**

1. Не раздражаться. Проникновение чужой отрицательной энергии происходит прежде всего тогда, когда образуется брешь в защищающем нас экране. Раздражение и есть открытый канал для проникновения энергии извне. Особенно им любят пользоваться "вампиры". Подсознательная и сознательная "работа" "вампира" по хищению чужой энергии достигает своей цели только тогда, когда его жертва начинает раздражаться. При этом сама жертва, когда она раздражается, продуцирует далеко не лучшую энергию - это энергия своего рода "чернуха", которая отравляет светлую энергию донора. Таким образом, мало того, что раздраженный человек открылся для вторжения чужой отрицательной энергии, он вдобавок "загрязняет" собственную. Но как не раздражаться, если обстоятельства вынуждают, спросите вы. Ответ один: следует "подключать" интеллект, мысль. Напомним, что именно интеллект управляет действием эмоциональных программ, ослабляет или усиливает их энергетику. Отсюда происходят и следующие приемы защиты.

2. Защита мыслью. Работу мысли можно рассматривать в двух аспектах: мысль, руководящая собственными поступками человека; мысль, направленная на других людей. Суть приема заключается в том, что вы в максимальной степени подключаете интеллект к отражению воздействий, исходящих от партнера. При этом интеллект работает по принципу "реостата" - тормозит или ограничивает энергетику эмоций, которые готовы проявиться в общении с конкретным человеком. Работает мысль, а не эмоции. Когда мысль руководит собственными поступками человека, то тем или иным образом она нейтрализует воздействие. Человек находит для себя доводы сохранить спокойствие, не обращать внимание на происходящее, заботится о своем престиже, благополучии, здоровье. Когда мысль направлена на других людей, она ищет объяснение или оправдание их поступкам. Человек пытается понять, что и почему происходит, что руководит поступками партнера, можно ли его понять или простить, как смягчить или отвратить поток отрицательной энергии, исходящий от него.

3. "Витание в облаках". Если вам по каким-либо причинам не представляется возможным экранировать себя защитой мысли, то уйдите от носителя негативной энергии при помощи мысленного отстранения. Представьте себя находящимся в окружении приятных вашим ощущениям белых облаков или сине-голубого неба. Попробуйте - это довольно просто.

4. Не привлекайте к себе внимание носителей отрицательной энергии. Подчеркнем, речь идет о том, чтобы не привлекать к себе внимание и только. Я не призываю вас игнорировать партнеров, демонстративно избегать контактов с ними или, упаси бог, относиться к ним свысока. Не привлекать внимание к себе означает не навязываться с общением, оптимизировать его, вступать только в деловые, формальные контакты и избегать неформальных. Иногда мы без надобности привлекаем к себе внимание откровениями, жалобами, дележкой мнениями. Нам кажется, что мы добились релаксации, сбросили с себя накопившиеся впечатления. Однако после общения с носителем отрицательной энергии, мы обнаруживаем, что все произошло наоборот: мы подхватили его заряд, на свои проблемы "намотали" его "черноту". Такова расплата за минутную слабость.

5. Не вступайте в полемику с неприятным для вас человеком. . Под любым корректным предлогом уйдите от дискуссии, спора, ответов на каверзные вопросы распространителя негативной энергии. Надо понять суть происходящего: в полемике с ним бессильна логика, доводы и аргументы. Победу одерживает не тот, кто умнее и эрудированнее, а тот, чье биополе сильнее. Вы имеете дело не с интеллектом партнера, а с его "черной" натурой - дисфорической активностью (склонностью разные воздействия преобразовывать в отрицательную энергию), антисинергическим стилем общения, негативной установкой к людям, низкой толерантностью, "холодным" интеллектом, сенсорной недоверчивостью, эмоциональным диссонированием, зловредностью. И вы хотите преодолеть все это лишь силой своего разума? Не будьте наивными и не полемизируйте с выразителями "чернухи". Ограничьтесь учтивыми возражениями, сошлитесь на занятость, согласитесь, если спор не касается принципиальных вещей, пообещайте как- нибудь вернуться к проблеме. Короче, будьте умными и не дайте вовлечь себя в обмен негативными энергиями

6 "Зеркало" При встрече или общении с передатчиком негативной энергии мысленно представьте, что между вами зеркальная стена, обращенная отражающей поверхностью к этому человеку. Многое из того, что он говорит и делает, как бы отскакивает от стены, не достигает ваших глаз и ушей. Только не переусердствуйте. Если "зеркало" станет вашим постоянным спутником, вы превратитесь в человека, которому все "до лампочки". Понизится уровень восприимчивости состояний и мыслей партнеров. Защитив себя от чужой энергетики, вы утратите эмоциональную отзывчивость и коммуникабельность Будьте очень осторожны, обращаясь с "зеркалом", оно может причинить вам вред.

7 "Прожектор". Представьте, как из области вашего "третьего глаза" (он расположен между бровями и чуть выше) исходит мощный яркий луч прожектора, который вы направляете в область "третьего глаза" и в глаза другого человека, чье внимание для вас нежелательно. Иначе сказать, это техника "взгляд в упор". Она весьма некоммуникабельна и пользоваться ею можно лишь в крайних случаях. Например, когда вам надо решительно пресечь домогательство, грубость, хамство.

ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Проблема метода в науке не проста и не односложна. С одной стороны, применяемые методы исследования зависят от уровня развития науки, от тех принципиальных положений, теоретических, методологических установок, на которых данная область знаний базируется. Само развитие той или иной области знаний зависит в известной мере от применяемых методов исследования. С другой стороны, экспериментальное исследование, в том числе и патопсихологическое, выбор экспериментальных приемов зависят от той задачи, которую ставит перед ним клиника (дифференциально-диагностическая, психокоррекционная, экспертная и др.).

Патопсихологическое исследование включает в себя ряд компонентов: эксперимент, беседу с больным, наблюдение за поведением больного во время проведения исследования, анализ истории жизни заболевшего человека (которая представляет собой профессионально написанную врачом историю болезни), сопоставление экспериментальных данных с историей жизни. Чрезвычайно важно (хотя в силу объективных обстоятельств это не всегда возможно) проводить исследование в динамике, т.е. через год-два.

1. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

Рассмотрим принципы построения патопсихологического эксперимента. Для того чтобы понять его особенности, необходимо остановиться в нескольких словах на методах исследования общей психологии. Метод эксперимента не является единственным путем познания в психологии. Он стал главенствующим по мере развития психологии как точной науки в связи с ее общими теоретическими положениями и применением в практике.

Как известно, внимание психологов-рационалистов было направлено на разграничение в психике человека отдельных "душевных способностей", каждая из которых по-своему перерабатывает получаемый извне материал. Психология сводилась к описанию работы этих способностей. Умозрительное описание внутреннего мира человека получило свое отражение не только у психологов-рационалистов. Оно нашло свое место у представителей так называемой "понимающей" психологии (Э. Шпрангер, В. Дильтей). Отрицая дробление психики на отдельные процессы или функции, признавая неделимость, единство психического, представители этого направления отказываются от научного исследования психического, считая, что если природу можно объяснить, то психику можно только понять. Эти положения "понимающей" психологии нашли свое отражение в концепции психологов- экзистенциалистов.

На практике это означает, что психолог должен ограничиться лишь наблюдением за поведением субъекта, регистрацией его высказываний и самонаблюдением и отказаться от эксперимента, от возможности изменения условий и деятельности, от которых зависит протекание того или иного процесса. По существу психолог- экзистенциалист стремится описать явление, но не проникать в его сущность.

Пришедшая на смену рационалистической эмпирическая психология принесла с собой иное понимание метода исследования. С развитием эмпирической психологии, развитием психофизиологии начинает внедряться в психологию метод эксперимента (В. Вундт, Г. Эббингауз, Э. Титченер).

Однако некоторые положения, особенно Вундта, внесшие большой вклад в психологию, способствовали вместе с тем тому, что психика была разделена на отдельные функции- "полочки" памяти, внимания, восприятия и т.д. и психологическое исследование сводилось к исследованию этих отдельных функций. Исследование же данных функций должно сводиться к их измерению.

Как указывалось в предыдущей главе, метод эксперимента начинает проникать в психиатрию и неврологию. В этой связи интересно отметить, что уже в 1896 г. А. А. Токарский писал в "Записках психологической лаборатории психиатрической клиники Московского университета" о необходимости эксперимента и недостаточности метода наблюдения: "Наблюдением называется изучение явления при тех условиях, при которых оно возникает независимо от нашего вмешательства, в силу естественного хода вещей. Вследствие того, что условия, при которых возникает явление, равно как и сопровождающие обстоятельства, могут меняться в силу естественных причин, является возможность, повторяя наблюдения одного и того же явления в различные моменты, установить существование некоторых фактов с достаточной степенью достоверности. Однако, для того чтобы знание явления стало несомненным, требуется его проверка и доказательство. Для этого служит опыт или эксперимент. Экспериментом называется искусственное изменение условий наблюдения с целью определения отношений между явлением и условиями его возникновения. Этим прежде всего доказывается самый факт существования явления, которое было ранее обнаружено простым наблюдением, затем определяется отношение явления к его условиям, причинам или сопровождающим обстоятельствам. Таким образом, эксперимент есть только проверка наблюдения. Это не есть, следовательно, наблюдение при искусственно измененных условиях, как часто говорится, но есть именно изменение условий, за которым вновь начинается наблюдение, которое, совершаясь при измененных экспериментом условиях, тем не менее остается наблюдением" [188, 7-10].

Таким образом, в основании научных данных лежат результаты наблюдения, проверенные с помощью эксперимента. Изучить явление — значит определить его составные части, его общие свойства и характерные признаки, причины, его вызывающие, и следствия, им обусловленные, следовательно, привести его в полную связь с остальными, уже проверенными фактами. Эта задача не всегда может быть исполнена в настоящее время, с одной стороны, вследствие недостатка точно проверенных фактов, с другой — вследствие сложности явлений. Для того чтобы добытые частные факты могли дополняться впоследствии, чтобы они представляли собой научный материал, необходимо эти наблюдения и эксперименты проводить по строгому методу, что даст возможность их повторения и проверки другими лицами.

Поэтому в психологии, как и в других науках, эксперимент имеет решающее значение: только посредством эксперимента психология становится наукой и только посредством эксперимента может она освободиться от бесплодных и произвольных гипотез. Отсюда следует, что выделение экспериментальной психологии как особой науки, в отличие от психологии так называемой физиологической, эмпирической, интуитивной и пр., не имеет никакого основания. Психология как наука едина, пользуется всеми методами естествознания, и только добытые с помощью этих методов данные могут иметь для нее значение. Из того обстоятельства, что некоторые факты душевной жизни познаются только самонаблюдением или что некоторые факты стоят в близкой связи с фактами, изучаемыми другими отраслями естествознания — биологией, физиологией, химией и т.д., никак не следует, что эти факты могут быть содержанием отдельной науки и что необходимо различать химическую, физическую, физиологическую психологию. Это ведет только к недоразумению, которое выражается в предположении, что каждая из этих наук занимается изучением особых явлений, например что психология изучает высшие свойства духа, физиология — низшие свойства, связанные с животными отправлениями, что в конце концов является только препятствием к правильному выяснению значения метода в науке и, следовательно, тормозит научное исследование.

"Ближайшая задача психологии заключается в том, чтобы изучить психическое содержание, разложить его на составные элементы, определить связь между этими элементами и отношениями, которые существуют между явлениями внешнего мира и психическими явлениями.

Психическое содержание состоит из ощущений, восприятий, представлений, понятий, ассоциативных сочетаний этих величин, чувствований и чувств, действий, обусловленных суммой находящихся налицо в данный момент двигательных импульсов.

Мы имеем возможность изучать посредством эксперимента ощущения, восприятия, представления и их отношения к внешним влияниям, законы памяти и связи представлений, степень и качество воспроизведений по их отношению к первоначальным восприятиям, условия возникновения внимания, его колебания, некоторые проявления бессознательной мозговой деятельности, автоматические акты, явления внушения, дающие возможность наблюдения сложнейших проявлений психической деятельности. Далее посредством наблюдения за действием ядов\* и над душевнобольными мы имеем возможность проверять и устанавливать некоторые общие факты душевной жизни, однообразно возникающие при определенных условиях, и некоторые своеобразные изменения нормальной психической деятельности.

\* А. А. Токарский имел здесь в виду лекарственные препараты (Примеч. автора).

Так образуется фактически проверенный материал психологии. Данные самонаблюдения отдельного лица могут явиться существенным подспорьем при анализе психических явлений, представляя собой определенный факт психической жизни. Однако значение этого факта не возвышается над значением единичного наблюдения, и в тех случаях, где самонаблюдение не допускает проверки, что еще так часто случается по отношению ко многим сторонам психической жизни, главным образом по отношению к чувствам и очень сложным воспроизведениям, даже фактическая достоверность самонаблюдения может оставаться сомнительной. Ошибки самонаблюдения свойственны всем людям без исключения, и, к сожалению, нет никакой возможности сказать, что самонаблюдение, положим. Канта или Гете более достоверно, чем самонаблюдение простолюдина. Оно более сложно и только, но, если оно относится к явлению, не допускающему воспроизведения или проверки, оно не может и не должно быть принимаемо за действительный факт душевной жизни, имевший место в том виде, как он нам описан, тем более что для правильного изображения сложных душевных состояний у человека не всегда хватает средств.

Таким образом, сложнейшие явления душевной жизни ускользают от нашего анализа и проверки; они остаются, однако, в сфере науки, будучи постоянно целью ее стремлений, и наше бессилие в настоящую минуту разрешать сложнейшие задачи психологии свидетельствует только о величии этой науки и еще более подтверждает необходимость строгой методичности в изысканиях для того, чтобы систематически расширить область положительного знания.

Методы психологического исследования в зависимости от указанных психических величин разделяются на следующие:

1. Методы анализа ощущений.
2. Методы анализа восприятия.
3. Методы измерения времени психических процессов.
4. Методы анализа воспроизведений:
   1. простых воспроизведений,
   2. сложных представлений.
5. Методы анализа сложных психических актов.

Наиболее плодотворное исследование возможно только по отношению к тем психическим явлениям, которые характеризуются более определенной зависимостью от внешних объектов, с которыми связана наша психическая деятельность, — с ощущениями, восприятиями, представлениями, понятиями и их сочетанием, словом, с той частью психического содержания, которая называется интеллектуальной сферой. Что же касается настроения, чувств, влечений, то они имеют характер гораздо более изменчивый, в высокой степени зависящий от неуловимых внутренних изменений".

Таким образом, уже в конце XIX в. лучшие представители нашей науки приходили к выводу о необходимости экспериментального исследования психических явлений (будь это даже в рамках функциональной психологии).

Необходимость экспериментального исследования стала особенно очевидной в начале XX в. Так, известный представитель гештальтпсихологии К. Левин настаивал на том, что развитие психологии должно идти не по пути собирания эмпирических фактов (пути, по которому идет и сейчас американская психология), а что решающей в науке является теория, которая должна быть подтверждена экспериментом. Не от эксперимента к теории, а от теории к эксперименту — генеральный путь научного анализа. Всякая наука нацелена на нахождение закономерностей — психология должна тоже стремиться к нахождению психологических закономерностей. Курт Левин подчеркивал это положение. Он говорил о том, что задачей психологической науки должно быть даже не только установление законов, а предсказание индивидуальных явлений (в терминологии Левина "событий") на основании закона. Но они предсказуемы только при наличии достоверной теории. Критерием научной достоверности является не повторяемость единичных фактов, а, наоборот, единичные факты должны подтвердить теорию. Такой подход к объекту психологической науки К. Левин назвал "переходом от аристотелевского мышления к галилеевскому" [66, 17].

Левин указывал, что для мышления Аристотеля было характерно утверждение, что мир гетерогенен, что каждому явлению присуща свойственная именно ему имманентная закономерность: дым поднимается кверху, потому что он легкий; камень падает вниз, потому что он тяжелый. Галилей же установил, что мир. гомогенен. Всякое отдельное явление подчиняется общим закономерностям. Исследование должно выявить эти общие закономерности и условия, при которых то или иное явление развивалось. К. Левин считал, что психология должна использовать галилеевское мышление. Поэтому эксперимент должен быть строго продуман: необходимо создать определенные условия, чтобы получить, вычленить само изучаемое явление. Иными словами, различение аристотелевского и галилеевского подходов по отношению к психологическому исследованию означает переход от описательного метода к конструктивному. Аристотелевский метод в психологии состоит в том, что причина отождествляется с сущностью изучаемого явления, в результате чего научное объяснение сводится к классификации и приводит к выделению средних статистических характеристик, в которых преобладают оценочные критерии.

Галилеевский же метод в психологии предполагает теоретическое объяснение фактов на основе целостной системы причинных соотношений. Именно нахождение причинных соотношений дает возможность предсказания единичных событий. Каждое единичное событие должно быть осмыслено в контексте целостной ситуации данного момента. Эмпирическое доказательство должно уступить место конструктивно-теоретическому. Психология должна изучать не фенотипы, а генотипы. Эксперимент в психологии призван давать объяснительную характеристику, а не установление факта, он должен объяснить причину, детерминацию человеческого поведения, того или иного психического явления.

Принципы методических приемов, использующихся в лабораториях, различны. Кратко остановимся на них.

Долгое время в клиниках господствовал метод количественного измерения психических процессов, метод, который основывался на вундтовской психологии. Взгляд на психические процессы как на врождённые способности, которые лишь количественно меняются при развитии, привел к идее о возможности создания "измерительной" психологии. Экспериментальное исследование психических процессов сводилось к установлению лишь его количественной характеристики, точнее, к измерению отдельных психических способностей.

Принцип количественного измерения врожденных способностей лег в основу психологических методов исследования в психиатрических и неврологических клиниках. Исследование распада какой-нибудь функции состояло в установлении степени количественного отклонения от ее "нормального стандарта".

В 1910 г. виднейший невропатолог Г. И. Россолимо разработал систему психологических экспериментов, которая, по его мнению, якобы позволяла установить уровень отдельных психических функций, или "психологический профиль субъекта". По мнению автора, различные патологические состояния мозга вызывали определенные типичные "профили изменения психодинамики". В основе этого метода лежала концепция эмпирической психологии о существовании врожденных изолированных способностей.

Эта ложная теория так же, как и упрощенный количественный подход к анализу нарушений психической деятельности, не могла обеспечить внедрения методов, адекватных запросам клинической практики, хотя сама попытка приблизить психологию к решению клинических задач была прогрессивной для своего времени.

Метод количественного измерения отдельных психических функций достиг своей крайней выраженности в тестовых исследованиях Бине-Симона, которые были вначале направлены на выявление уровня умственных способностей. Измерительные тестовые исследования базировались на концепции, согласно которой умственные способности ребенка фатально предопределены наследственным фактором и в малой степени зависят от обучения и воспитания. Каждому ребенку двойствен определенный, более или менее постоянный возрастной интеллектуальный коэффициент (IQ).

Задачи, которые предлагались детям, требовали для своего решения определенных знаний, навыков и позволили судить в лучшем случае о количестве приобретенных знаний, а не о строении и качественных особенностях их умственной деятельности.

Подобные исследования, направленные на чисто количественные измерения, не позволяют прогнозировать дальнейшее развитие ребенка. А между тем с помощью этих тестов проводилось и сейчас проводится в некоторых странах отделение детей, якобы "способных" от рождения, от других, задержка умственного развития которых объяснялась зависящей тоже от врожденных особенностей. Постановлением ЦК ВКП(б) от 4.VII.1936 г. "О педологических извращениях в системе наркомпросов" были вскрыты порочные корни ложного толкования причин умственной отсталости, устранены практически вредные последствия этого толкования.

Метод количественного измерения остается до настоящего времени ведущим в работе многих психологов за рубежом, работающих в области психиатрии. В многочисленных опубликованных за последние годы монографиях и статьях, посвященных экспериментально-психологическому исследованию больных, приводятся методы тестовых исследований вплоть до вычисления IQ.

При исследовании больных методами, направленными на измерение функций, не могут быть учтены ни особенности умственной деятельности, ни качественная сторона нарушения, ни возможности компенсации, анализ которых столь необходим при разрешении клинических задач, особенно психокоррекционных.

Путем измерения выявляются лишь конечные результаты работы, сам же процесс ее, отношение испытуемого к заданию, мотивы, побудившие испытуемого избрать тот или иной способ действия, личностные установки, желания, словом, все многообразие качественных особенностей деятельности испытуемого не может быть обнаружено.

Одним из основных принципов патопсихологического эксперимента является системный качественный анализ исследуемых нарушений психической деятельности. Этот принцип обусловлен теоретическими положениями общей психологии. Основываясь на тезисе К. Маркса, что "люди суть продукты обстоятельств и воспитания, что, следовательно, изменившиеся люди суть продукты иных обстоятельств и измененного воспитания..." [1, 3, 2], советские психологи (Л. С. Выготский, С. Л. Рубинштейн, А. Н. Леонтьев, П. Я. Гальперин, Б. Г. Ананьев, В. Н. Мясищев) показали, что психические процессы формируются прижизненно по механизму присвоения общечеловеческого опыта в процессе деятельности субъекта, его общения с другими людьми. Поэтому патопсихологический эксперимент направлен не на исследование и измерение отдельных процессов; а на исследование человека, совершающего реальную деятельность. Он направлен на качественный анализ различных форм распада психики, на раскрытие механизмов нарушенной деятельности и на возможности ее восстановления. Если речь идет о нарушении познавательных процессов, то экспериментальные приемы должны показать, как распадаются мыслительные операции больного, сформированные в процессе его жизнедеятельности, в какой форме искажается возможность пользования системой старых, образовавшихся в прежнем опыте связей. Исходя из того, что всякий психический процесс обладает известной динамикой и направленностью, следует так построить экспериментальные исследования, чтобы они отражали сохранность или нарушение этих параметров. Результаты эксперимента должны дать не столько количественную, сколько качественную характеристику распада психики.\*

\* Мы не останавливаемся на описании конкретных методик. Они изложены в книге С. Я. Рубинштейн "Экспериментальные методики патопсихологии" [163].

Разумеется, что экспериментальные данные должны быть надежны, что статистическая обработка материала должна быть использована там, где поставленная задача этого требует и допускает, но количественный анализ не должен ни заменить, ни оттеснить качественную характеристику экспериментальных данных.

Следует согласиться с замечанием А. Н. Леонтьева, сделанным в его статье "О некоторых перспективных проблемах советской психологии", что не надо сближать научно обоснованные эксперименты, "дающие возможность качественной оценки с так называемыми тестами умственной одаренности, практика применения которых не только справедливо осуждена у нас, но вызывает сейчас возражения и во многих странах мира" [112, 14].

Идея о том, что один лишь количественный анализ не может оказаться пригодным при решении ряда задач, связанных с деятельностью человека, находит свое признание среди ряда ученых зарубежных стран. Так, один из американских специалистов в области управления проф. А. Заде пишет, что "точный количественный анализ поведения гуманистических систем не имеет, по-видимому, большого практического значения в реальных социальных, экономических и других задачах, связанных с участием, одного человека или группы людей" . Больше того, он. подчеркивает, что "способность оперировать нечеткими множествами и вытекающая из нее способность оценивать информацию являются одним из наиболее ценных качеств человеческого разума, которое фундаментальным образом отличает человеческий разум от так называемого машинного разума, приписываемого существующим вычислительным машинам" .

Следовательно, основным принципом построения психологического эксперимента является принцип качественного анализа особенностей протекания психических процессов больного в противоположность задаче лишь одного количественного их измерения. Важно не только то, какой трудности или какого объема задание больной осмыслил или выполнил, но и то, как он осмыслял, чем были обусловлены его ошибки и затруднения. Именно анализ ошибок, возникающих у больных в процессе выполнения экспериментальных заданий, представляет собой интересный и показательный материал для оценки того или иного нарушения психической деятельности больных.

Один и тот же патопсихологический симптом может быть обусловлен различными механизмами, он может явиться индикатором различных состояний. Так, например, нарушение опосредованной памяти или нестойкость суждений могут возникнуть вследствие нарушений умственной работоспособности больного (как это имеет место при астениях разного органического генеза), оно может быть обусловлено нарушением целенаправленности мотивов (например, при поражениях лобных отделов мозга) и при некоторых формах и течении шизофрении, оно может быть проявлением дезавтоматизации действий (при сосудистых изменениях мозга, эпилепсии).

Характер нарушений не является патогномоничным, т.е. специфическим для того или иного заболевания или формы его течения; он. является лишь типичным для них и должен быть оценен в комплексе с данными целостного патопсихологического исследования, т.е. необходим синдромальный анализ (А. Р. Лурия).

Психологическое исследование в клинике может быть приравнено к "функциональной пробе" — методу, широко используемому в медицинской практике и состоящему в испытании деятельности какого-нибудь органа. В ситуации психологического эксперимента роль "функциональной пробы" могут играть те экспериментальные задачи, которые в состоянии актуализировать умственные операции, которыми пользуется человек в своей жизнедеятельности, его мотивы, побуждающие эту деятельность.

Следует подчеркнуть, что патопсихологический эксперимент должен актуализировать не только умственные операции больного, но и его личностное отношение. Еще в 1936 г. В. Н. Мясищев выдвинул эту проблему в своей статье "Работоспособность и болезнь личности" . Он указывает, что психическое и психопатологическое явления могут быть поняты на основе учета отношения человека к работе, его мотивов и целей, отношения к самому себе, требований к себе, к результату работы и т.д. Такой подход к психологическим проявлениям требует, как об этом говорит В. Н. Мясищев, знания и изучения психологии личности.

Этот подход диктуется и правильным пониманием детерминации психической деятельности. Говоря о механизмах детерминации психического, С. Л. Рубинштейн подчеркивал, что внешние условия не определяют непосредственно поведение и поступки человека, что причина действует "через внутренние условия". Это означает, что суждения, действия, поступки человека не являются непосредственной реакцией на внешние раздражители, а что они опосредствуются его установками, мотивами, потребностями. Эти установки складываются прижизненно под влиянием воспитания и обучения, но, сформировавшись, они сами определяют действия и поступки человека, здорового и больного.

Отношения человека связаны со структурой личности человека, с его потребностями, с его эмоциональными и волевыми особенностями. Несмотря на то что последние рассматриваются психологией как процессы, они по существу являются включенными в структуру личности. В потребностях человека, материальных и духовных, выражается его связь с окружающим миром, людьми. Оценивая человека, мы прежде всего характеризуем круг его интересов, содержание его потребностей. Мы судим о человеке по мотивам его поступков, по тому, к каким явлениям жизни он равнодушен, по тому, чему он радуется, на что направлены его мысли и желания.

О патологическом изменении личности мы говорим тогда, когда под влиянием болезни у человека скудеют интересы, мельчают потребности, когда у него проявляется равнодушное отношение к тому, что его раньше волновало, когда действия его лишаются целенаправленности, поступки становятся бездумными, когда человек перестает регулировать свое поведение, не в состоянии адекватно оценивать свои возможности, когда меняется его отношение к себе и окружающему. Такое измененное отношение является индикатором измененной личности.

Это измененное отношение приводит не только к ослаблению работоспособности больного, к ухудшению его умственной продукции, но само может участвовать в построении психопатологического синдрома. Так, при исследовании больных артериосклерозом головного мозга отмечено, что чрезмерная фиксация на своих ошибках нередко приводила больных к преувеличенным опосредствованным действиям, которые снижали умственную продукцию больных , и к чрезмерным коррекционным приемам, нарушавшим их зрительно-моторную координацию . Иными словами, самоотношение больного к ситуации, к себе должно стать предметом исследования и должно быть отражено в построении эксперименту.

Патопсихологический эксперимент является по существу взаимной деятельностью, взаимным общением экспериментатора и испытуемого. Поэтому его построение не может быть жестким. Как бы жестка ни была инструкция, часто взгляд экспериментатора, его мимика могут изменить ситуацию эксперимента, отношение больного, а это означает, что и его действия могут измениться неосознаваемо для самого испытуемого. Иными словами, качественный анализ потому и необходим, что ситуация патопсихологического эксперимента — это отрезок реальной жизни. Именно поэтому данные патопсихологического исследования могут быть использованы при решении вопросов реальной конкретной жизни, вопросов, касающихся судьбы реальных людей; это вопросы, правильное решение которых оздоровляет и охраняет общество (например, участие в психолого- психиатрической судебной экспертизе, воинской, трудовой).

Особое значение приобретают данные патопсихологического эксперимента при рекомендации психокоррекционных мероприятий.

Следует остановиться еще на одной особенности патопсихологического эксперимента. Его строение должно дать возможность обнаружить не только структуру измененных, но и оставшихся сохранными форм психической деятельности больного. Необходимость такого подхода важна при решении вопросов восстановления нарушенных функций.

Еще в 1948 г. А. Р. Лурия высказал мнение, что успешность восстановления нарушенных сложных психических функций зависит от того, насколько восстановительная работа опирается на сохранные звенья психической деятельности: он подчеркивал, что восстановление нарушенных форм психической деятельности должно протекать по типу перестройки функциональных систем. Плодотворность такого подхода была доказана работами многих советских ученых. Исследования, направленные на анализ принципов восстановления нарушенных движений, возникших как следствие огнестрельных ранений во время Великой Отечественной войны, показали, что в процессе восстановительной трудовой терапии решающая роль принадлежала мобилизации сохранных функций больного, сохранности его установок (С. Г. Геллерштейн, А. В. Запорожец, А. Н. Леонтьев, С Я. Рубин-штейн). К аналогичному выводу пришли и психологи, работавшие в области восстановления речевых расстройств.

Э. С. Бейн в монографии "Афазия и пути ее преодоления" говорит о том, что при восстановлении афазических расстройств речь идет о включении сохранного звена, о его развитии, о постепенном "накоплении возможности его использования" для практики дефектных функций . Перестройка дефектной функции происходит в тесном комплексе с развитием сохранной. Еще шире поставлена эта проблема у В. М. Когана. В своей монографии "Восстановление речи при афазии" автор убедительно показывает, что восстановительная работа должна базироваться на оживлении оставшихся в сохранности знаний. С полным правом автор подчеркивает, что при восстановительной работе (в данном случае восстановление речи) должна быть актуализирована вся система связей, установок активности человеческой, хотя и болезненно измененной, личности. Поэтому В. М. Коган призывает в восстановительной работе вызвать "осознанное отношение больного к смысловому содержанию слова в его связи с предметом" . Приведенные взгляды исследователей касаются восстановления функций, носящих, условно говоря, узкий характер речи, праксиса.

Они могут быть с еще большим правом отнесены к восстановлению более сложных форм психической деятельности, к восстановлению утраченной умственной работоспособности (целенаправленность, активность больного). В этих случаях вопрос о сохранных возможностях встает особенно остро (например, при решении вопроса о трудоспособности больного, о возможности продолжать учебу в вузе и т.д.).

Для того чтобы психологический эксперимент мог ответить на эти сложнейшие вопросы, для того чтобы он мог выявить сохранные звенья измененной психической деятельности больного, он должен быть направлен не только на обнаружение результативной стороны деятельности больных, не только на анализ окончательной продукции. Построение экспериментальных приемов должно предоставить возможность учитывать поиски решений больного. Больше того, строение психологического эксперимента должно дать возможность экспериментатору, вмешаться в "стратегию" эксперимента, чтобы обнаружить, как больной воспринимает "помощь" экспериментатора, может ли он ею воспользоваться. Построение же эксперимента по типу жестко стандартизированных тестов не дает этой возможности.

Необходимо отметить еще раз особенности, которые отличают эксперимент в клинике от эксперимента, направленного на исследование психики здорового человека, т.е. эксперимента, направленного на решение вопросов общепсихологического порядка.

Основное отличие заключается в том, что мы не всегда можем учесть своеобразие отношения больного к опыту, зависящее от его болезненного состояния. Наличие бредового отношения. возбуждения или заторможенности– все это заставляет экспериментатора иначе строить опыт, иногда менять его на ходу.

При всех индивидуальных различиях здоровые испытуемые стараются выполнить инструкцию, "принимают" задание, между тем как психические больные иногда не только не стараются выполнить задание, но и превратно толкуют опыт или активно противостоят инструкции. Например, если при проведении ассоциативного эксперимента со здоровым человеком экспериментатор предупреждает, что будут произнесены слова, в которые он должен вслушаться, то здоровый испытуемый активно направляет свое внимание на произносимые экспериментатором слова. При проведении же этого эксперимента с негативистичным больным часто возникает противоположный эффект: экспериментатор вынужден проводить эксперимент как бы "обходным путем", произнося слова как бы невзначай и регистрируя реакции больного. Нередко приходится экспериментировать с больным, который бредовым образом интерпретирует ситуацию опыта, например считает, что экспериментатор действует на него "гипнозом", "лучами". Естественно, что такое отношение больного к эксперименту сказывается в способах выполнения задания; он часто выполняет просьбу экспериментатора умышленно неправильно, отсрочивает ответы и др. В подобных случаях построение эксперимента также должно быть изменено.

Построение экспериментально-психологического исследования в клинике отличается от обычного психологического эксперимента еще одной особенностью: многообразием, большим количеством применяемых методик. Объясняется это следующим. Процесс распада психики не происходит однослойно. Практически не бывает так, чтобы у одного больного нарушались только процессы синтеза и анализа, а у другого страдала бы исключительно целенаправленность личности. При выполнении любого экспериментального задания можно в известной мере судить о различных формах психических нарушений. Однако, несмотря на это, не каждый методический прием позволяет с одинаковой очевидностью, четкостью и достоверностью судить о той или иной форме или степени нарушения.

Очень часто изменение инструкции, какой-нибудь экспериментальный нюанс меняют характер показаний эксперимента. Например, если в опыте на запоминание и воспроизведение слов экспериментатор подчеркивает значимость своей оценки, то результаты этого эксперимента будут более показательны для оценки процесса его запоминания. А так как в ситуации эксперимента с больным человеком все течение опыта по необходимости часто меняется (хотя бы потому, что меняется состояние больного), сопоставление результатов различных вариантов эксперимента становится обязательным. Такое сопоставление необходимо еще и по другим причинам. Выполняя то или иное задание, больной не только правильно или ошибочно его решает; решение задания часто вызывает осознание своего дефекта; больные стремятся найти возможность компенсировать его, найти опорные пункты для исправления дефекта. Разные задания предоставляют различные возможности для этого. Часто бывает так, что больной правильно решает более трудные задания и не в состоянии решить более легкие. Разобраться в природе такого явления возможно только при сопоставлении результатов различных заданий.

Следует отметить, что нарушение психической деятельности больного бывает часто нестойким. При улучшении состояния больного некоторые особенности его мыслительной деятельности исчезают, другие — остаются резистентными. При этом характер обнаруживаемых нарушений может изменяться в зависимости от особенностей самого экспериментального приема; поэтому сопоставление результатов различных вариантов какого-нибудь метода, при этом многократно применяемого, дает право судить о характере, качестве, динамике нарушений мышления больного.

Поэтому тот факт, что при исследовании распада психики часто приходится не ограничиваться одним каким-нибудь методом, а применять комплекс методических приемов, имеет свой смысл и свое обоснование.

Направленность экспериментально-психологических приемов на раскрытие качественной характеристики психических нарушений с особенной необходимостью выступает при исследовании аномальных детей. При любой степени психического недоразвития или заболевания всегда происходит дальнейшее (пусть замедленное или искаженное) развитие ребенка. Психологический эксперимент не должен ограничиваться установлением структуры уровня психических процессов больного ребенка; он должен выявить прежде всего потенциальные возможности ребенка.

Как известно, это указание было впервые сделано еще в 30-х гг.. Л. С. Выготским в его положении о "зоне ближайшего развития". В своей работе "Проблема обучения и умственного развития в школьном возрасте" Л. С. Выготский пишет, что состояние умственного развития ребенка может быть определено по меньшей мере с помощью выяснения двух его уровней: уровня актуального развития и зоны ближайшего развития . Под "зоной ближайшего развития" Л. С. Выготский понимает те потенциальные возможности ребенка, которые самостоятельно, под влиянием тех или иных условий, не выявляются, но которые могут быть реализованы с помощью взрослого.

Существенным, по мысли Л. С. Выготского, является не только то, что ребенок может и умеет делать самостоятельно, но то, что он умеет делать с помощью взрослого. Умение ребенка перенести усвоенные с помощью взрослого способы решения задачи на действия, которые он выполняет самостоятельно, является главным индикатором его умственного развития. –Поэтому психическое развитие ребенка характеризуется не столько его актуальным уровнем, сколько уровнем его ближайшего развития. Решающим является "расхождение между уровнем решения задач, доступных под руководством, при помощи взрослых, и уровнем решения задач, доступных в самостоятельной деятельности" .

Мы несколько подробно остановились на этом хорошо известном положении Л. С. Выготского потому, что оно определяет принципы построения психологического эксперимента применительно к аномальным детям. Измерительные исследования, принятые в зарубежной психологии, могут выявить в лучшем случае лишь "актуальный" (в терминологии Л. С. Выготского) уровень психического развития ребенка и то лишь в его количественном выражении. Потенциальные же возможности ребенка остаются невыясненными. А ведь без такого "прогнозирования" дальнейшего развития ребенка многие теоретические и практические задачи, например задача отбора в специальные школы обучения, не могут быть по существу решены. Экспериментальные психологические исследования, применяемые в области детской психоневрологии, должны проводиться с учетом этих положений Л. С. Выготского.

Таким путем идут исследования, проводимые А. Я. Ивановой. Автор строит свои экспериментально- психологические исследования по типу обучающего эксперимента. А. Я. Иванова предлагала детям задания, которые им не были до того известны. В процессе выполнения детьми этих заданий экспериментатор оказывал им разные виды помощи, которые строго регулируются. То, как испытуемый принимает эту помощь, количество "подсказок", учитывается. Такой вид помощи входит в структуру эксперимента.

Для осуществления "регламентированной помощи" А. Я. Иванова внесла видоизменения в некоторые общепринятые методики патопсихологического исследования: предметную классификацию, методику Кооса, классификацию геометрических фигур, серию последовательных картин. Автор подробно регламентирует и фиксирует этапы помощи. Учитывается их количественная градация и их качественная характеристика. Применение "обучающего эксперимента" дало А. Я. Ивановой возможность разграничить разные формы аномального психического развития. Метод обучающего эксперимента был также использован Н. И. Непомнящей, исследовавшей формирование счета умственно отсталых детей. Исходя из теоретических положений П. Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий. Н. И. Непомнящей было показано, что у умственно отсталых детей обнаруживаются трудности процесса сокращения первоначально развернутого действия. Его приходилось специально и длительно отрабатывать. Если же путем специального обучения и "отработки" удавалось добиться механизма сокращения, то можно было в известных пределах преодолеть дефект этих детей.

Система дозированных подсказок была использована Р. Г. Натадзе при формировании искусственных понятий у здоровых детей. С помощью детально разработанной методики Р. Г. Натадзе обнаружил разные уровни развития детей. Таким образом, обучающий эксперимент, в основе которого лежит положение Л. С. Выготского о "зоне ближайшего развития", вскрывающий потенциальные возможности ребенка, может явиться орудием при исследовании структуры и степени снижения психики аномального ребенка и при решении практической задачи — отбора детей в специальные школы.

В настоящее время в патопсихологии детского возраста разрабатываются методы коррекции патологических явлений. Нахождение этих коррекционных путей требует не только знаний возрастных особенностей ребенка и анализа их отклонений, но и осуществления, по выражению Д. Б. Эльконина, "контроля за ходом психического развития детей" . В качестве одного из таких коррекционных методов выступает игровая деятельность. Исходя из того, что игра "ведет за собой развитие" (Л. С. Выготский), в детской патопсихологии делается попытка нахождения адекватных приемов для коррекции искаженной игры (В. В. Лебедянский, А. С. Спиваковская, О. Л. Раменская). Эти коррекционные приемы служат одновременно для диагностических целей .

Следует учесть еще одну особенность патопсихологического исследования. Выполнение экспериментальных заданий имеет для разных больных различный смысл. Еще в школе К. Левина указывалось на то, что у одних испытуемых экспериментальные задания вызывают познавательный мотив, другие испытуемые выполняют задачи из любезности к экспериментатору (так называемые "деловые испытуемые"), третьи — увлекаются процессами решения" ("наивные испытуемые" ). Отношение к эксперименту зависит от отношения больного к факту стационирования , от отношения к самому экспериментатору .

Также следует учесть, что патопсихологическое, да и любое исследование в условиях психоневрологического учреждения неминуемо означает для больного ситуацию некой "экспертизы". Поэтому патопсихологу приходится в своем заключении оперировать системой понятий, характеризующих личность больного в целом (его мотивы, целенаправленность, самооценка и др.). Однако это не исключает отказа от характеристики отдельных процессов. Но эта характеристика углубляется анализом общего состояния больного. Резюмируя, можно сказать, что патопсихологический эксперимент направлен не только на анализ отдельных симптомов, но и на выявление психологических синдромов.

Важен также вопрос интерпретации полученных данных, в основе которой лежит та или иная теоретическая концепция. Например, у больного обнаруживается плохая память: это можно интерпретировать как результат познавательных нарушений вследствие сосудистых заболеваний, но это может быть и проявлением снижения мотивационной активности, как это имеет место у больных шизофренией. Интерпретация же проводится на основании системного анализа.

Важно, не сколько раз больной ошибался, а как он отнесся к оценке экспериментатора, критически ли он оценил поправку, поощрение или порицание экспериментатора . Поэтому нередко анализ ошибок оказывается продуктивным для интерпретации состояния больного.

Патопсихологов часто упрекают в том, что их методики не стандартизированы, что они субъективны. В связи с этим хочется вспомнить слова Л. С. Выготского о том, что чрезмерная боязнь так называемых субъективных моментов в толковании (а у Выготского речь шла о нарушении психики у детей) и попытки получить результаты исследований чисто механическим, арифметическим путем, как это имеет место в системе Бине, являются ложными. Без субъективной обработки, т.е. без мышления, без интерпретации, расшифровки результатов, обсуждения данных нет научного исследования.

Сказанное не должно быть понято как отрицание статистической выверенности результатов эксперимента. Для многих вопросов прикладной психологии это необходимо. Речь идет о том, что при решении таких практических задач клиники, как трудовая или судебная экспертиза или учеба ребенка с аномальным развитием, патопсихологический эксперимент носит характер исследования, т.е. того, как выполнил экспериментальную работу сидящий перед психологом конкретный человек, с какой степенью усилий, с какой степенью регуляции, с каким отношением подходил именно этот больной к заданию . На это указывает и Б. Ф. Ломов, считая, что сопоставление "объективных отчетов испытуемых" с объективными данными эксперимента при соответствующей проверке может, раскрыть для опытного экспериментатора очень многое и в конце концов служит главной задаче — познанию объективных закономерностей психики .

Патопсихологическое исследование обладает еще одной особенностью. Предъявленный испытуемому реальный отрезок деятельности, реплики экспериментатора вызывают столь же реальное переживание, определенное эмоциональное состояние испытуемого. Иными словами, патопсихологическое исследование обнажает реальный пласт жизни больного.

Поэтому программа исследования больного в психиатрической практике не может быть принципиально единообразной, стандартной, она зависит от клинической задачи (научной или практической). Например, при необходимости дифференциально-диагностического отграничения шизофрении от шизофреноподобных картин при органических заболеваниях ЦНС основное внимание будет уделено выявлению особенностей расстройств мышления (методом "классификации предметов", "пиктограммы", сравнения понятий), с одной стороны, а также характеристике работоспособности (пробы "на совмещение", "отыскивание чисел" и др.) — с другой.

Совсем другие методы являются адекватными при отграничении сосудистой деменции от деменции при болезнях Пика, Альцгеймера, т.е. атрофических процессов. В этих случаях применяются пробы, выявляющие нарушения навыков письма, счета, праксиса, нейропсихологические методики.

2. БЕСЕДА ПАТОПСИХОЛОГА С БОЛЬНЫМ  
И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЕГО ПОВЕДЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выше мы говорили о том, что патопсихологическое исследование включает и беседу с больным, которую часто называют "направленной", "клинической". Проще ее назвать "беседа с испытуемым", в данном случае с больным испытуемым.

**Беседа** состоит из двух частей. *Первая часть* — это беседа, в узком смысле этого слова. Экспериментатор разговаривает с больным, не проводя еще никакого эксперимента. Беседа может осуществляться до или после экспериментальной работы с больным.

*Вторая часть* беседы — это беседа во время эксперимента, потому что эксперимент — это всегда общение с больным. Общение может быть вербальное, т.е. экспериментатор что-то говорит ему, указывает, подсказывает, хвалит или, наоборот, порицает. Но эта "беседа" может быть и не в вербальном плане, но своей мимикой экспериментатор показывает больному, хорошо или плохо он делает; как и в реальной жизни, можно пожать плечами, поднять брови, можно удивленно посмотреть, улыбнуться, нахмуриться, т.е. в зависимости от обстоятельств (это тоже вид общения).

Остановимся на тех вопросах, которые касаются беседы в более узком плане. Прежде всего беседа не может быть проведена "вообще". Она всегда зависит от поставленной задачи. Задача ставится большей частью самим лечащим врачом. Врач просит посмотреть экспериментально такого- то больного, ему не ясен диагноз. Или, наоборот, больной находится в стационаре для прохождения экспертизы: трудовой, воинской, судебной. Или врач хочет знать, каково влияние психофармакологических средств, которые принимает данный больной. В этих случаях врач ставит перед психологом определенную практическую задачу. Соответственно этой задаче проводится эксперимент, т.е. психолог выбирает стратегию своих действий и беседы в зависимости от задачи, которую перед ним поставили. Это первое. Но нередко бывают случаи, когда врач (если это неопытный врач) не всегда ставит перед психологом задачу. Порой бывает так, врач просит патопсихолога посмотреть именно этого, "очень сложного больного пациента". Задача не поставлена, и психологу следует хорошо изучить историю болезни. Если внимательно прочесть историю болезни человека, то психолог может понять, какая перед ним стоит задача. Но для этого надо иметь знания в области клиники. Поэтому студентам, которые проходят специализацию на кафедре нейро– и патопсихологии, читают курс лекций: введение в психиатрию, введение в неврологию, введение в клиническую психотерапию — это обязательные курсы со сдачей экзаменов или зачетов.

Прочтя историю болезни, узнав, кто перед ним сидит, психолог решает, "для чего он будет проводить эксперимент", проводить "узкую беседу". Следует подчеркнуть, что прежде всего она не должна повторять вопросы врача, т.е. не следует задавать такие вопросы, которые задавал врач и которые отражены в истории болезни. Психолог не должен собирать анамнез, который должен быть в истории болезни. Если же в истории болезни этого нет, то следует обратиться к лечащему врачу и, вероятно, вместе с ним собрать анамнез.

Конкретно говоря, не следует начинать свою беседу с больным с вопросов: есть ли у него бред, есть ли галлюцинации? Этого не надо делать. Если во время беседы он сам заговорит об этом, то тогда следует об этом с ним поговорить.

Необходимо очень тонко подойти к вопросу о его состоянии. Если больной депрессивный и вы прочли об этом в истории болезни, тоже не следует начинать разговор о его депрессии, а можно как бы "окольным" путем спросить, как он себя сегодня чувствует? Нетрудно ли будет ему сегодня поработать, потому что вы хотите проверить его память.

И если больной или больная отвечает "мне всегда плохо, мне не до того, мне не хочется этого делать, мне вообще ничего не хочется", тогда можно продолжить как бы ее мысль: "А что, Вы всегда ничего не делаете? А как Вы проводите время? Что вы делаете?" И тогда больной начнет говорить. Не следует спрашивать его о том, когда у него худшее настроение: утром или вечером? Это обязан спрашивать врач. Психолог должен это делать не прямо, а как бы "окольным" путем. Но самое главное надо знать и всегда помнить, для чего послан к вам данный больной- испытуемый. Это касается не только больного человека, это касается и бесед, которые психолог проводит с нормальным, здоровым человеком для исследования, например, логических способностей.

Далее, всегда в своей беседе следует учитывать отношение больного к ситуации эксперимента, к вам как экспериментатору. Необходимо знать преморбидные особенности больного, т.е. те особенности, которые были свойственны данному человеку до его заболевания. Сведения об этом психолог должен находить в истории болезни, а не спрашивать у больного, каким он был до болезни. Другое дело, когда перед нами стоит какая- нибудь научная задача и мы сами должны в рамках научной проблематики беседовать с его родителями, сослуживцами, тогда это возможно, но это уже другой вопрос, сейчас речь идет о беседе в условиях практической работы патопсихологов.

**Отношение к экспериментатору** . Бывает часто так, что экспериментатор — молодой человек, молодая девушка, а перед ним сидит уже пожилой человек. Он даже не хочет с вами разговаривать. Не следует никогда на это обижаться, если больной не желает со "всякими мальчишками и девчонками" разговаривать. Нужно действовать методом убеждения: "У Вас (т.е. у больного) действительно больше жизненный опыт в других областях. Вы, конечно, знаете больше меня, но здесь речь идет об исследовании, которое просил сделать врач, а если это будет не в медицинском учреждении, вы можете сказать, что просил сделать инженер, учитель, и в этом я немного понимаю. Кроме того, я всегда консультируюсь со старшими товарищами", т.е. вы должны попытаться как-то заслужить его доверие. Очень важно, как больной относится к эксперименту. Ведь дело в том, что до того, как вы провели эксперимент, он знает, что вы будете показывать (по его мнению, это какие-то "игрушки"), что он будет рисовать, отвечать на какие-то вопросы (ему ведь другие больные рассказывали, так как это очень быстро распространяется). И он может очень пренебрежительно относиться: "Знаем мы ваши игрушечки. Это ведь ничего не дает". И тогда вы должны тоже уметь убедить, что это только выглядит как игрушечки, что это задачи, которые требуют умственного напряжения, которые требуют творческого мышления, т.е. следует уметь доказать, что все эти "игрушечки", которые ему показывают, все эти картинки типа "классификации предметов" или тематические перцептивные тесты, тесты Роршаха (которые ему кажутся игрушками) требуют большого умения. Ведь больной иногда действительно приходит настроенный антагонистично, а иногда, наоборот, с желанием проверить свои возможности. Очень часто бывает так, что больные только во время эксперимента впервые узнают о недостатках своей памяти, своего мышления. Часто они вполне серьезно работают вместе с экспериментатором, и во время беседы это чувствуется. В большинстве случаев больной понимает, что тот эксперимент, который будет проводиться, имеет отношение к постановке диагноза, к уточнению выписки, к смене лекарств. Иногда больной понимает, а если нет, то можно ему сказать, что действительно то, что мы с вами будем делать, — серьезное дело. Особенно трудно приходится преподавателю, когда показывают больного, например, на спецпрактикуме. Перед больным и аудитория, где сидят 10-15 молодых людей. И он начинает возмущаться: "Я не подопытный кролик". И тогда, если это не слабоумный больной, надо погасить его возмущение, по возможности оперировать к его пониманию: "Да, это, действительно, молодые врачи или студенты, молодые врачи-ординаторы, среди них есть и студенты. Но Вы же культурный человек. Вы понимаете, что необходимо обучать их. А как же мы можем их обучать, если не будем показывать больных. Любой врач начинает с того, что он обучается работе с больным". Следует абсолютно серьезно, с полным уважением относиться к личности, хотя перед нами может сидеть психически глубоко больной человек. Особенно это касается невротиков. Больные неврозом — это очень чувствительные люди. Они заняты своими переживаниями, им нет дела до учебы студентов, до спецпрактикумов, спецкурсов. Только корректное и абсолютно серьезное отношение к больному– испытуемому гарантирует достижение успеха в беседе.

Нужно объяснить больному, что это один из частных моментов его жизни, что ему это не повредит, т.е. всеми способами нужно уметь в беседе показать, что то, о чем вы будете говорить, будет иметь значение для него самого в дальнейшем. Это очень важно.

Кроме того, есть еще одна особенность. Иногда больной приходит в плохом настроении, очень хмурый, недовольный. Нужно спросить его: "Как Вы себя сегодня чувствуете? Что-то Вы бледны немного, не болит ли у Вас голова?" И тогда он, может, расскажет о своем состоянии: "Дело не в том; что болит голова, а в том, что у него плохое настроение". И тогда необходимо продолжить, "завязать" разговор. Такая беседа очень важна для анализа самооценки больного, для его самоконтроля, для понимания его критичности.

Например, скажем, вы прочли в истории болезни, что данный больной занимал в прошлом высокое положение, руководил другими людьми или это заведующий каким- нибудь отделением, больницей, производственник или актер, а сейчас он общается в больнице только со слабоумными алкоголиками, другими слабоумными больными. И тогда не следует его спрашивать: "Почему Вы общаетесь с этими алкоголиками?" А следует спросить совсем иначе: "Вас не тяготит отделение в больнице? Как Вы себя чувствуете в отделении? Много ли людей в вашей палате? Они Вас не беспокоят?" И очень интересно, что он ответит. Иногда больной отвечает: "Нет, что Вы. Наоборот, вот здесь-то я и нашел своих лучших друзей (и называет вам имена слабоумных алкоголиков)". И вы не удивляетесь. "Ну, а почему Вам именно с ними интересно общаться?" И в зависимости от его ответа, должен быть поставлен и ваш вопрос (иногда вы рискуете получить реплику с его стороны). Далее вы можете спросить у него: "Скажите, пожалуйста, вот больной Н. (назовите фамилию определенного больного), не правда ли, он очень интересный человек? Вы с ним никогда не разговаривали?" И вы увидите, что он ответит. Тут явно выступит его критичность к больным по палате.

У больного надо спросить, читает ли он, что читает, приносят ли ему из дому книги, какие. Далее продолжить разговор о том, почему он любит такого-то автора? И если человек культурный, можно завязать с ним разговор о театре. И вы увидите, снижено ли стало его представление. Или, наоборот, в своей профессиональной жизни он остался на высоте, хотя в отделении он общался только с больными-алкоголиками и сам болен хроническим алкоголизмом.

Иногда бывает так, что из истории болезни видна очень непонятная картина. Приведу пример одного больного. Этот больной был высококультурным человеком с гуманитарным образованием, с ним можно было прекрасно поговорить об искусстве, литературе. Но этот же больной мог в присутствии сестры употреблять нецензурные слова. Почему это происходило? И тогда беседа с больным навела на мысль о том, что диагноз поставлен неправильно. Думали, что это прогрессивный паралитик, так как нарушены критичность и самоконтроль. А вот беседа психолога навела врача на мысль о том, что здесь не прогрессивный паралитик, а налицо шизофрения, как и подтвердилось впоследствии (об этом свидетельствовали данные исследования его познавательной деятельности). Результаты эксперимента выявили и чрезвычайную скудность его эмоций, обеднение смыслообразующих мотивов.

Таким образом, и беседа и эксперимент должны содержать в себе элементы психокоррекции, например, если больной плохо решает задачи (эта беседа должна проходить в конце эксперимента), то нужно с ним побеседовать и сказать, что он сделал такие-то ошибки, но, в общем, их было не очень много; или больной плохо решал задачу или совсем не решил, надо сделать вид, что будто он довел ее до конца, но только использовал вашу подсказку, и это естественно. Так бывает и у здоровых людей. Вы можете назвать ему какие-нибудь цифры, что столько-то процентов здоровых людей не решает сразу, а решает после третьего — пятого захода. Элементы психотерапевтических приемов всегда должны присутствовать. Но это не сеанс истинной психотерапии, где существуют особые приемы, и это не должно превратиться в соболезнование. Больного следует одобрить, сказать, что "Вы очень оригинально решили вот эту задачу, я даже удивляюсь. Многие решали у меня и даже скорей, чем Вы, но такие оригинальные решения я видела редко". Если перед вами сидит депрессивный больной, который разочаровался в себе, у которого снижено самоуважение, самооценка, то следует провести беседу после эксперимента. Вот этот психотерапевтический нюанс беседы должен особенно четко выступить в беседе с больными тяжелыми соматическими заболеваниями, скажем раковыми, сердечно-сосудистыми. Когда больная узнает, что у нее тяжелое, грозящее ее жизни заболевание, скажем, рак груди, то у неё существует только один мотив, одна цель — выжить. Но вот больной сделали операцию, она выжила. Ей сказали, что у нее не было злокачественной опухоли, но все-таки ее поставили на учет. Страх перед смертью у нее прошел, и встала другая проблема: а как отнесется муж к тому, что она изменилась физически, стала другой? Беседы с такими больными должны носить психокоррекционный компонент, но не "в лоб".

Когда лучше проводить беседу: в начале или в конце операции? Нет рецептов. С соматическими больными легче говорить после операции. А вот с психическими больными и до и после лечения. Если больной прислан с задачей: помочь врачу установить диагноз, тогда лучше проводить ее до эксперимента, если больной прислан с целью экспертизы, то надо проводить до и после, потому что очень часто этот момент экспертизы ослабляется во время эксперимента, и вы можете потом в беседе это учесть.

Бывает, что больной стремится получить инвалидность и немного усиливает свое состояние. Что-то не решив, он говорит: "Вот видите, видите, я все-таки не решил, я все-таки не смог этого сделать". Вы молчите, вы не говорите, что это плохо, но, как бы невзначай, предлагаете ему очень интересную задачку, и он вдруг увлекается и прекрасно решает ее. Тогда в самом конце эксперимента вы проводите беседу и говорите: "Вот видите, Вам действительно трудно, это правильно, у Вас снижена память, но это не так плохо. Смотрите, сложную задачу, которую большинство людей плохо решает, Вы решили прекрасно, значит, все не так плохо. Вероятно, надо собраться, немножко полечиться. Врачи Вам помогут своим лечением". Эта беседа носите данном случае тоже не психотерапевтический, а коррекционный характер, изменяет установку больного.

Самое главное в этой беседе — это умение показать больному, что дело не только во враче и не только в лекарствах, но и в нем самом, что он сам. своим поведением, своим отношением, выполнением того, что от него требуется, помогает лечению.

Вторая часть беседы — это, как уже отмечалось, беседа во время эксперимента или общение с больным во время эксперимента.

Эксперимент всегда является некоторой "экспертизой" и не только для больного человека. Если здоровый человек участвует в качестве испытуемого в ситуации, где исследуется восприятие, скорость реакции, нюанс "экспертизы" существует. У человека возникает вопрос: "А справился я с заданием или не справился?" Здоровый человек тоже не знает, что в конце концов хочет экспериментатор. Он не рассказал о своей теме, значит, испытуемому все-таки интересно знать, справился он с задачей или не справился? Этот момент очень важно учесть. Экспериментатор всегда беседует с больным, если, например, решается задача Выготского-Сахарова или Дункера. Он открыл неправильно фигурку. Вы ему говорите: "Нет, это не совсем так. Сравните вот эту с этим". И вы должны уметь это записать в протоколе; это касается и здорового человека, что он ответил на ваше замечание, на подсказку. Бывает, что испытуемый не обращает внимание на то, что вы ему говорите, и идет "собственным ходом". Тогда нужно его остановить: "Видите, я Вам показал, почему вы не посмотрели на то, что я Вам показал? Ведь я не зря это сказал. Ведь это очень интересно". И тут очень важен ответ больного, один скажет: "Простите, я был невнимательным", а другой — "А я хочу по-своему решать". Но бывают больные с большим самомнением, которые хотят "показать себя". Если экспериментатор подсказывает, испытуемый должен вслушиваться в то, что ему говорят. Это тоже есть момент исследования, момент общения с больным. Иногда наблюдаются психопаты, которые очень бурно реагируют на предлагаемые игрушки: "что вы мне за кубики даете", "это все ерунда", "разве это может что-нибудь показать?"

Здесь необходимо убедить больного в обратном. Если вы хотите погасить самоуверенность больного, можно только пожать плечами, удивленно поднять брови и т.д., посмотреть как он отреагирует. Один поймет, что его решение неправильно, другой обидится на вас. Были такие случаи, когда психопат в ответ на ваше "не психотерапевтическое" поведение бросает эти кубики: "а, ну их, ваши игрушки, не хочу ими заниматься". Бывает и так. Поведение экспериментатора зависит от поведения испытуемого и от того, что необходимо узнать относительно этого испытуемого. Поэтому иногда больного надо подбадривать, иногда давать легкую задачу и, когда он ее решит, обязательно похвалить его. Если этот человек самокритичный, он скажет, что это "ерунда, ребенок 10 лет также может решить, ничего удивительного в том, что я решил". А другой больной ведет себя иначе, при похвале он говорит, что "тут нет ничего особенного", хотя ему было сказано, что это очень трудная задача.

Реакция больного на подсказки экспериментатора, на его мимику-все должно быть отражено в протоколе, поскольку эти данные сопоставляются, если речь идет о больном человеке, с теми данными, которые есть в истории болезни, и с данными, которые получены с помощью эксперимента. И это очень важно.

**Наблюдение за поведением больного во время исследования**

В ситуацию эксперимента и беседы всегда включается элемент наблюдения за поведением больного. Экспериментатор должен успеть "увидеть", как больной входит: уверенно, неуверенно, как садится, как смотрит на экспериментатора. Выше говорилось о том, что экспериментальная ситуация представляет собой сов-- местную работу больного и экспериментатора, поэтому важно отметить, как больной принимает беседу, смущен ли он или возмущен, покраснел ли он при подсказке или оценке экспериментатора. Случается, что больной выслушивает внимательно замечание или вопрос экспериментатора, но при этом его лицо краснеет, подергивается, он "ерзает" на стуле. Или, наоборот, при похвале экспериментатора выражение его лица становится мягче, он с трудом скрывает свою радость или возмущение. Все это должно быть отмечено в протоколе экспериментатора.

Следует обратить внимание на то, отвлекается ли больной на посторонний раздражитель, на шум в соседней комнате. Наблюдение при этом не должно носить навязчивого характера. Оно должно быть незаметным для больного. Наблюдение проводится и во время эксперимента. Важно отметить, как больной приступает к выполнению задания, например при соотнесении фраз к пословице. Следует отметить, рассмотрел ли он вариации поговорок и фраз или импульсивно относит первую попавшуюся ему фразу к пословице; или при выполнении задания на опосредование памяти (по А. Н. Леонтьеву) окинет ли он взглядом все лежащие перед ним карточки или сразу же возьмет близлежащую и т.д. При объяснении карточки следует тоже отметить, внимательно ли он осмотрел, "оценил" изображенную ситуацию или сразу же начинает говорить. Все это должно быть внесено в протокол экспериментатора.

Литература:

Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М., 1996

Р. Кочунас. Основы психологического консультирования

Вильям Стюарт. Работа с образами и символами в психологическом консультировании

: П.Куттер. Современный психоанализ

Руководство по телефонному консультированию (Кризисный центр (Санта-Клара, США)). М., 1994

Блазер. Проблемно-ориентированная психотерапия. Интегральный подход

Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование

В.М. Блейхер, И.В. Крук. Патопсихологическая диагностика

*Абульханова-Славская К. А*. Деятельность и психология личности. М., 1980.

*Ананьев Б. Г*. Избранные психологические труды. М., 1980. *Анастази А*. Психологическое тестирование, т. 1, 2. М., 1982.

*Аири В*. Обзор работ по экспериментальной психологии за 1896-1897 гг. В кн.: Обозрение психиатрии. СПб., 1898, № 1.

*Бодалев А. А*. Восприятие и понимание человека человеком. М., 1982. *Бодалев А. А*. Личность и общение. М., 1983

*Василюк Ф. Е*. Психология переживания. М., 1984

*Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М*. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.

*Ломов Б. Ф*. Теория, эксперимент и практика в психологии. — Психологический журнал, 1980, № 1.

*Петровский А. В*. Личность в психологии с позиции системного подхода. — Вопросы психологии, 1981, № 1.

*Рубинштейн С. Л*. Принципы и пути развития психологии. М., 1959.

*Снежневский А. В*. Общая психопатология. Валдай, 1970.

*Тихомиров О. К*. Психология мышления. М., 1984.