

2. Выготский Л. С. Психология развития человека. – Эксмо, 2003. – 1136 с.

3. Даль В. И. Толковый словарь живого великорусского языка. – М., 1955.

### **Простомолотов В. Ф.**

Доктор мед. наук, профессор кафедры клинической психологии ИИПО, ОНУ имени И. И. Мечникова

## **О ПРИОРИТЕТЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АСПЕКТА В ПСИХОЛОГО-КОРРЕКЦИОННОЙ, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОЛОГО-ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЕ**

**Аннотация:** В статье, ссылаясь на научные эпидемиологические исследования, в т. ч. ВОЗ, в области пограничных психических расстройств и свой многолетний опыт в области психотерапии и различных видов экспертиз, автор обосновывает как приоритетную задачу обучения студентов психолого-социологического факультета клинико-психологическому методу исследования. Указано, как овладение нюансами этого метода и отношениями с пациентами/клиентами, студенты и практикующие психологи повышают эффективность своей работы.

**Ключевые слова:** клинико-психологический метод, контакт, наблюдение.

В деятельности психологов существенное значение представляет объем работ на уровне консультативной, педагогической и экспертной психологии. Распространено

мнение, что психология исследует нормальные психические проявления и к психологам обращаются психически здоровые люди, а если это так, то в ней ведущими методами исследования являются экспериментально-психологические, а клинико-психологическое исследование имеет место лишь как вспомогательное на стадии установления контакта с клиентом и ознакомительной беседы с ним. Подобный подход, на наш взгляд, является заблуждением, основанным не только на незнании распространенности пограничных психических расстройств в Мирове, но и на незнании многих валидных тестов (того же ММРІ), содержащих десятки-сотни вопросов к пациенту, которые и задает им психиатр. Заметим, что психиатр не только задает вопросы, он в то же время и наблюдает за пациентом, а некоторые, казалось бы, нужные вопросы, если они неуместны по тем или иным соображениям, он вообще не задает, ибо ответы на них – вербальные, мимические – могут выявиться по ходу беседы, проводимой в естественной дружественной атмосфере, позволяющей полнее раскрыть пациента.

Наш одиннадцатилетний опыт преподавания студентам социолого-психологического факультета ИИПО ОНУ им. И. И. Мечникова таких предметов, как «Психиатрия и наркология», «Психосоматические расстройства», «Основы психотерапии», «Участие психологов в экспертной работе» и др. позволяет утверждать, что обучение вопросам диагностики и дифференциальной диагностики расстройств личности с акцентуациями характера, клинических проявлений невротических расстройств от соматизированных депрессий, а также от неврозоподобных расстройств органического и эндогенного генеза следует проводить еще более внимательно и глубоко, чем ранее.

Согласно достоверным научным источникам и ВОЗ [1, 2, 4, 5, 6], распространенность расстройств личности в Мире в среднем находится на уровне 10% от численности населения; в США, например, согласно данным за 1996 г. [6], этот показатель равен 13,5%. Что касается распространенности невротических расстройств, то оно определяется на уровне 15-20% [1, 4], органического поражения головного мозга с неврозоподобными и психопатоподобными проявлениями – 10-15%, мягких/скрытых форм эндогенных психических расстройств типа маскированной депрессии и неврозопсихопатоподобной шизофрении (шизотипического расстройства, по МКБ-10) в сумме – до 10% [4, 5]. Поскольку вышеуказанные категории пациентов, страдающие, как они полагают, от психологических проблем (в реальности же, как нами было уже неоднократно отмечено [3], эти проблемы являются психопатологическими), предпочитают обращаться к психологу, нежели к психиатру, то становится понятным, что состав пациентов с пограничными психическими расстройствами на приеме у клинического психолога того или иного центра психотерапии и психиатра, ведущего прием в ПНД или, тем более, в территориальной поликлинике, практически мало чем отличается.

Рассмотрим, как выглядят на приеме у психолога три часто встречающиеся типы расстройств личности: демонстративный (истерический), тревожно-мнительный (ананкастный, психастенический), шизотипический (больные малопрогрессирующей шизофренией).

*Демонстративные/истерические личности* виднее остальных пациентов благодаря своей нарочитой показушности и во внешности, и в поведении. Среди них на приеме у психолога преобладают женщины над мужчинами в соотношении 10-15/1. Выглядят они часто

ювенильными, кукольными, обладают столь же юными и даже детскими голосами. Могут произвести впечатление милашек, но следует всегда помнить, что за этим часто скрывается упрямая капризность, конфликтность, злопамятность. У этих пациенток все или почти все находится на поверхности: много косметики, модная, чаще сверхмодная, прическа и одежда, теперь появились художественные наколки на видных частях тела, столь же модные словечки и стиль поведения, призванные скрыть убогость внутреннего мира. Они проявляют неконтролируемую эмоциональность. Стремление быть в центре внимания – их характерная черта. Они лживы, часто патологически. Их жизнь пронизывает желание казаться, а не быть, что связано со слабостями: духовности, критики, внутреннего торможения, умения преодолевать трудности, признавать право других людей на успех и радоваться за них.

Обращаются они обычно в связи с эмоциональными нарушениями и конверсионными расстройствами, в числе которых часто фигурируют: чувство кома в горле, приступы одышки и сердцебиения с похолоданием рук, часто судорогами в них и трясучкой всего тела на фоне рыданий. Из-за нарушения функции глотания могут сильно похудеть. Излагая жалобы, они во всем винят – подчас правдоподобно – всех, кроме себя: мужа, свекровь, начальницу.

Хотя мужчины среди истерических пациентов составляют явное меньшинство, зато, по моим наблюдениям, запоминающееся. Обычно это молодые люди из числа артистов, музыкантов, авантюристов.

Поскольку истерики – личности, требующие признания, поначалу следует с ними соглашаться, и только после установления хорошего контакта при проведении психологической коррекции, допустимо вскрытие

отрицательных черт и комплексов, ибо иначе добиться стойкой компенсации будет затруднительно. При установлении контакта с истерической пациенткой необходима большая эмоциональность, но с учетом ее конституциональных особенностей. Например, при циклоидной основе, учитывая общительность, реализм, склонность к юмору, уместны шутки, цитирование стихов, быстрая смена темы обсуждения, обращение к здравому смыслу.

При шизоидной основе нельзя разрывать дистанцию, на которой держит вас пациентка. Тон и темп беседы заметно ниже. Здесь уместно обсуждение философских проблем, вопросов психологии и парапсихологии, некоторая теоретичность обсуждения вообще. При эпилептоидной основе вообще нужно больше слушать и соглашаться на первых порах, только затем солидно, с ссылкой на толстые книги на полках обосновывать свои объяснения вопросов этиопатогенеза и психотерапии.

В тех случаях, когда истеричность пациентки видна и неспециалисту, когда она шаржирована во внешности и поведении, в грубых диссоциативных/конверсионных расстройствах, необходимо быть настороже, т. к. в этих случаях истеричность обычно выступает фасадом более выраженной психической патологии при органическом поражении ЦНС и шизофрении.

*Тревожно-мнительные (ананкастные, психастенические) личности* обращают на себя внимание опрятностью, аккуратностью, щепетильностью, постоянными сомнениями и перепроверкой себя. В смысле «соотношения сознание/чувство, надо/хочется» они противоположны демонстративным личностям своим рационализмом, консерватизмом, скромностью. Среди них преобладание числа мужчин над числом женщин обратное тому при истерии.

Страдая от навязчивостей (обсессий, фобий, ритуалов), они часто приходят на консультации в сопровождении близких. Желая ничего не упустить и все рассказать, они пользуются заранее подготовленными записями; тяготеют к неспешному и обстоятельному обследованию, успокоению и подбадриванию их. У этих нерешительных людей самооценка занижена, хотя среди них нередко можно встретить весьма компетентных специалистов.

Необходимо отличать от ананкастного /психастенического типа личности больных вялотекущей шизофренией с фасадом в форме навязчивостей и нерешительности/амбивалентности, а также циклоидов в депрессивной фазе, маскировать которую могут тревога и разнообразные фобии.

В общей массе пациентов с невротическими расстройствами и другими пограничными состояниями *больные вялотекущей шизофренией (шизотипическое расстройство, согласно МКБ-10)* выделяются не только плохой податливостью к биологической и психической терапии, но и смешением позитивных (одновременно присутствуют истерические, психастенические, деперсонализационные феномены, что не характерно при расстройствах личности) и негативных симптомов (астения, апатия, аутизм, падение энергетического потенциала, нарушения мышления). Наибольшие заострения аномальных черт происходит во второй половине жизни, приобретая характер стойких негативных изменений. Но может преобладать какая-то одна симптоматика, и больной внешне напоминает, часто шаржировано, истерическую, психастеническую, паранойальную личность или больного с органическим поражением головного мозга. Больные патологически замкнуты или патологически/регрессивно открыты – аутизм наизнанку. Во всем облике и поведении больных

бросается в глаза, с одной стороны, вычурность, чудаковатость, с другой – запущенность, пренебрежение правилами личной гигиены; их жилье захламлено старыми ненужными вещами – «Плюшкины». Походка может быть ходульной; неадекватно излишнее применение косметики и модной одежды, не соответствующих возрасту, месту, времени; критика своего состояния отсутствует.

В речи наряду со штампованными выражениями отмечается склонность употреблять неологизмы. Выявляется нарушение мышления по типу соскальзывания, резонерства, сверхценных образований, а также шперрунгов. Часто пациенты давно не работают и живут на иждивении родных. В других случаях пациенты производят впечатление экспансивных, гипертимных личностей и в то же время рациональных, педантичных, слывающих среди окружающих их людей (в силу своей холодности и отчужденности) «живыми компьютерами». Они нуждаются в наблюдении психиатра и социальной защите.

#### **Литература:**

1. Карвасарский Б. Д., Простомолотов В. Ф. Невротические расстройства внутренних органов: Монография. – Киш.: Штиинца, 1987. – 165 с.

2. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств (исследовательские диагностические критерии) с предисловием директора Отдела психического здоровья ВОЗ Нормана Сарториуса. – Л., 1996. – 208 с.

3. Простомолотов В. Ф. О принципиальной позиции психиатра-психотерапевта в вопросе о т. н. психологической помощи населению // *Ecologia psihicului uman*. – Киш., 2001. – С. 41-43.

4. Смулевич А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния: Монография.– М.: Медицина, 1987. – 240 с.

5. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б. Аффективные заболевания непсихотического уровня – циклотимия, дистимия // Руководство по психиатрии в 2-х томах под ред. А. С. Тиганова, 1999. – Т. 1, С. 437-446.

6. Шостакович Б. В. Клинические варианты расстройств личности (психопатические расстройства) // Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства): Уч.пос. – М.: Медицина, 2000. – С. 189-216.