

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

ОСНОВЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ

сборник учебно-методических материалов
для направления подготовки: 37.03.01 - Психология

Благовещенск, 2017

*Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета*

Составитель: Смирнова С.В..

Основы патопсихологии: сборник учебно-методических материалов для направления подготовки 37.03.01 – Психология. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017. – 49 с.

© Амурский государственный университет, 2017

© Кафедра психологии и педагогики, 2017

© Смирнова С.В., составление

СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	4
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	40
3. Методические указания для самостоятельной работы студентов	44

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Тема 1. Предмет и задачи патопсихологии

Патопсихология (от греч. pathos – страдание, болезнь) – ветвь клинической психологии, изучающая закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме. Патопсихология относится к числу интенсивно и плодотворно развивающихся областей психологии. Основателем отечественной патопсихологии явилась Б.В. Зейгарник – ученица К. Левина, всемирно известного немецкого психолога.

Ею были разработаны теоретические основы патопсихологии, описаны расстройства психических процессов, сформулированы принципы работы патопсихолога.

Клиническая психопатология исследует, выявляет, описывает и систематизирует проявления нарушенных психических функций, патопсихология же вскрывает характер протекания и особенности структуры психических процессов, приводящих к наблюдаемым в клинике расстройствам.

Учет сдвигов в психическом состоянии больного, изменения его работоспособности, личностных особенностей становятся необходимыми в терапевтических, хирургических клиниках и других областях медицины.

Знания патопсихологии являются важными для психологов любых специальностей и специализаций, так как профессиональное общение психолога с людьми не исключает встречу с психически больным человеком.

Патопсихология является психологической наукой, и поэтому ее проблематику, перспективы и достижения нельзя рассматривать в отрыве от развития и состояния общей психологии, психологического знания в целом.

Основные разделы работы патопсихолога определяются его участием в:

- решении задач дифференциальной диагностики. Патопсихологическое исследование в качестве источника дополнительных данных для уточнения нозологического диагноза может оказаться необходимым в диагностически сложных случаях, особенно при атипичных и бедных клиническими проявлениями вариантах заболеваний, в начальных стадиях и в периоде ремиссии;

- оценке структуры и степени нервно-психических расстройств, для квалификации состояния больного (при различных видах экспертизы и особенно при определении степени трудоспособности), при установлении функционального диагноза, при определении путей трудового приспособления и социального восстановления больного, при профориентации и при проведении психокоррекционных и лечебно-восстановительных мероприятий. Учет структуры и степени нервно-психических расстройств может также помочь врачу в оценке динамики развития и течения нервно-психических заболеваний и контроле за эффективностью восстановительного лечения;

- выборе путей общеобразовательного и трудового обучения аномального ребенка или подростка, прогнозе его обучаемости, установлении рационального соотношения между собственно педагогическими и лечебно-приспособительными мерами компенсации выявившейся аномалии. Таким образом, патопсихологическое исследование не только способствует лучшему пониманию характера аномалии развития, но и служит основой для разработки коррекционных рекомендаций, которыми предлагается пользоваться в работе с ребенком педагогам и родителям;

- исследовании личности, социальной среды и социальных позиций больного в целях получения данных для функционального диагноза. Получение данных для функционального диагноза, играющего существенную роль в практике врачебно-трудовой экспертизы и служащего основой работы по реабилитации больных, составляет отдельную группу диагностических задач, требующих деятельного участия патопсихолога и придающих психологическому обследованию специфическую направленность. Функциональный диагноз, представляющий синтез клинической и психологической оценки больного в реальных условиях жизни и деятельности, выражает динамическую характеристику состояния индивида и его взаимосвязи с социальной средой и отражает степень, способ и основные тенденции компенсации нервно-психических расстройств;

- оценке динамики нервно-психических нарушений и учете эффективности лечения;

- участию в экспертной работе. Психологическое обследование является важным элементом экспертиз (медико-педагогической, врачебно-трудовой, военно-врачебной и судебно-психиатрической и др.), в судебной практике может выступать в качестве самостоятельного вида

доказательств. В зависимости от вида экспертизы и содержания поставленных перед экспертом вопросов психологическое обследование подчиняется тем или иным специальным задачам.

Для решения указанных задач патопсихолог с помощью психологических методов может уточнить выраженность и характер нарушений отдельных психических процессов и возможности компенсации этих нарушений с учетом особенностей той или иной деятельности.

При этом должно учитываться отношение обследуемого к ситуации исследования.

Основным методом исследования в патопсихологии является патопсихологический эксперимент. Патопсихологический эксперимент представляет собой тип психологического эксперимента, заключающийся в искусственном создании условий, выявляющих патологические особенности психической деятельности человека. Для него характерен учет психических процессов в строго определенных условиях и возможность заранее планируемых изменений.

Б.В. Зейгарник приравнивает патопсихологический эксперимент к широко используемым в соматической медицине функциональным пробам, с помощью которых врачи обычно определяют состояние функций отдельных органов и систем. Роль специфической «нагрузки» принадлежит экспериментальным заданиям, выполнение которых требует актуализации умственных операций. Таким образом, психическая деятельность больного исследуется в связи с ситуацией эксперимента.

Основное отличие от экспериментально-психологического исследования психически здоровых заключается в технике проведения эксперимента, его продолжительности, необходимости учета отношения обследуемого к ситуации эксперимента. В ряде случаев, учитывая особенности поведения больного, экспериментатор может существенно изменять свою тактику, вводить дополнительные методики.

В качестве основного принципа любого психологического эксперимента указывается необходимость проверки наличия связи между независимой переменной (фактор, изменяемый экспериментатором) и зависимой переменной. При этом возможны: спровоцированный классический эксперимент, при котором экспериментатор воздействует на независимую переменную и фиксирует полученные результаты, и эксперимент, при котором изменения происходят вне связи с деятельностью экспериментатора (например, наблюдение за нарушениями психической деятельности при повреждении мозга или психических заболеваниях). Этот вид эксперимента позволяет наблюдать серьезные, а иногда и необратимые изменения независимой переменной.

В большинстве случаев – это одновременно спровоцированный эксперимент и эксперимент, на который ссылаются. Наличие того и другого элементов объясняет сложную взаимосвязь множества факторов, которые должен учитывать патопсихолог при обобщении материалов исследования.

С.Я. Рубинштейн видит три способа видоизменения условий, влияющих на психическое состояние обследуемого и уменьшающих либо увеличивающих присущие больному психологические изменения:

- 1) изменение ситуации, в которую на время опыта помещается больной;
- 2) варьирование деятельности больного;
- 3) введение определенных фармакологических препаратов.

Тема 2. Нарушения восприятия

Познание человеком окружающего мира начинается с ощущений и восприятий. Их определение дается с привлечением понятия «психическое отражение». Если в ощущениях находят свое отражение лишь единичные свойства предметов и явлений, то в восприятии предмет или явление отражается целостно, в совокупности всех своих свойств и частей. Восприятие является более сложным психическим процессом, в его формировании принимают участие не только ощущения, но и другие составляющие психики и личности в целом.

Раздражитель способен вызвать адекватное ощущение только при достижении определенной величины или силы. Сила воздействия не должна превышать и верхних пределов функциональных возможностей анализатора. Ощущение обычно не исчезает сразу после окончания действия раздражителя. Учеными Э. Вебером и Г. Фехнером описана математическая зависимость связи силы внешнего, физического раздражителя с интенсивностью ощущения, т.е. явлением уже психического, идеального плана.

Интенсивность ощущений зависит не только от силы раздражителя и уровня функциональной активности рецептора (его адаптации или сенсibilизации), но и от раздражителей, действующих одновременно и на другие органы чувств. Например, при

синестезии ощущение возникает под влиянием раздражителя, характерного для другого анализатора. При действии раздражителя как ощущение, так и восприятие возникают не сразу, и эта задержка связана с процессом опознания стимула, которая осуществляется в отдаленных от проекционных зон соответствующего анализатора участках мозга.

Восприятие существенно отличается от ощущений: ощущения субъективно для человека всегда находятся в нем самом, в то время как образы восприятия локализованы во внешнем пространстве. Они характеризуются целым рядом свойств (предметность, целостность, константность, избирательность, осмысленность, апперцепция), которые указывают на участие в создании образов восприятия.

При некоторых патологических состояниях, особенно при психических и нервных заболеваниях, перцептивные процессы могут нарушаться. Однако существуют и такие отклонения восприятия, которые могут наблюдаться и у вполне здоровых людей (например, иллюзии). Расстройства восприятия условно можно подразделить на три основные группы: иллюзии, галлюцинации и расстройства сенсорного синтеза (психосенсорные расстройства).

Иллюзией (от лат. *illusio* – ошибка, заблуждение) называют искаженное восприятие реально существующего предмета или явления. Иллюзии классифицируют по органам чувств: зрительные, слуховые, тактильные и др. В зависимости от основных причин, лежащих в основе искажения восприятия, все иллюзии также можно подразделить на физические, физиологические и психические.

Физические иллюзии объясняются объективными физическими законами и не зависят от самого человека. Примером физической иллюзии, которая улавливается и фотоаппаратом, может служить восприятие ложки в стакане воды. Ложка кажется изломанной в силу разных светопреломляющих свойств воды и воздуха.

Физиологические иллюзии находят свое объяснение в особенностях устройства и деятельности органов чувств. Например, попробуйте надавить сбоку на глазное яблоко, и тотчас предмет, на который мы смотрим, раздвоится. Раздвоение предмета возникает в силу увеличения диспаратности его изображения на сетчатках глаз. Другой пример иллюзии этого типа мы находим у Аристотеля: скрестите два пальца и начните катать между ними небольшой шарик, и он покажется двойным. Когда предмет сначала соприкасается с указательным пальцем, а затем со средним, оба соприкосновения происходят в различных привычных для нас точках пространства. Прикосновение к указательному пальцу кажется выше, хотя палец на самом деле находится ниже; прикосновение к среднему – ниже, хотя палец в действительности выше. Много такого рода иллюзий связано с деятельностью вестибулярного аппарата – иллюзии кренов, противовращения и др.

Психические иллюзии связаны как с различными психическими состояниями человека, так и с некоторыми психологическими особенностями нашего восприятия.

При заболеваниях психические иллюзии наблюдаются наиболее часто при состояниях расстроенного сознания, при возбуждении (экзальтация, экстаз) у маниакальных больных или состояниях страха и тревоги при депрессиях, когда больной склонен считать эти ошибки восприятия реальностью. Вербальные иллюзии, при которых больной вместо нейтральной речи слышит в свой адрес брань, угрозы и оскорбления, часто встречаются на ранних этапах становления слуховых вербальных (речевых) галлюцинаций при некоторых психозах. Они отличаются от так называемых функциональных слуховых галлюцинаций тем, что при иллюзиях патологически возникший образ поглощает образ реального предмета (больной «слышит вместо...»), при галлюцинациях – патологический образ с реальным не сливается («слышит вместе с...»).

У здоровых на фоне различных психических состояний (ожидание, тревога или страх) также часто возникают психические иллюзии. Например, при входе в комнату ребенок пугается фигуры у окна, но вслед за этим рассмеется, так как увидит, что его испугали пальто и шляпа, висевшие на вешалке. И если в каждом дереве, стоящем у дороги, мы видим человека, которого ждем, то речь тоже идет о психических иллюзиях.

Для того чтобы процесс интерпретации сенсорной информации достиг уровня сознания, необходимы специальные приемы, и о некоторых из них уже говорилось ранее – упрощение изображения, принципы группировки, контрасты и др. К иллюзиям часто приводит неоднозначность восприятия, возникающая в силу недостатка существенной информации или избытка несущественных сведений в изображении. Неоднозначность восприятия возникает и в случаях, если из одного и того же изображения можно извлечь несколько значимых образов.

Зрительные иллюзии обнаружены и у животных. В частности, именно на их основе формируются различные способы маскировки и мимикрии. Все эти явления убеждают, что существуют какие-то общие факторы, вызывающие возникновение иллюзий, и для многих из них до сих пор нет убедительного толкования.

Галлюцинации – это расстройства восприятия, когда человек вследствие нарушений психической деятельности видит, слышит, ощущает то, чего в реальной действительности не существует. Это восприятие, которое, как говорят, не опирается на внешний объект – это «мнимое, ложное восприятие». Мы можем наблюдать галлюцинации при психических заболеваниях, а также у здоровых людей в стрессовых ситуациях, в экспериментах с сенсорной изоляцией или при применении определенных веществ (галлюциногенов). Галлюцинации также можно внушить человеку, находящемуся в глубоком гипнотическом сне.

Единой теории, объясняющей патогенез галлюцинаций, нет. Исторически первой сложилась периферическая теория происхождения галлюцинаций, согласно которой они возникают в связи с болезненным раздражением периферического отдела соответствующего органа чувства. С позиций психологической теории возникновение галлюцинаций объясняется усилением образов представления, подтверждение чему усматривали в особенностях эйдетизма. Неврологическая теория связывала появление галлюцинаций с повреждением определенных церебральных структур, в частности подкорковых образований. Физиологические теории возникновения галлюцинаций в основном базируются на учении И.П. Павлова – формирование очагов патологической инертности возбуждения в коре головного мозга лежит в основе галлюцинаций. Сходство патологических изменений психики в условиях изоляции и «сенсорного голода» с психопатологическими явлениями, наблюдающимися при различных психозах, породило исследования, в которых была установлена роль сенсорной депривации в происхождении галлюцинаций. Современные исследователи электрофизиологической природы сна связывают механизм галлюцинаций с укорочением фазы быстрого сна со своеобразным проникновением ее в бодрствование. Многочисленными работами последних десятилетий выявлена связь между появлением различных психических расстройств, в том числе галлюцинаций, и нарушениями обмена нейромедиаторов в центральной нервной системе.

Галлюцинации обычно классифицируют по органам чувств: зрительные, слуховые, обонятельные и др. Большое значение в психиатрической диагностике придается подразделению галлюцинаций на истинные и ложные (псевдогаллюцинации).

Истинные галлюцинации характеризуются чувственной яркостью, они развертываются в реальном пространстве того или иного анализатора, и «больные не только думают, что они видят и слышат, но и на самом деле видят и слышат» (Крепелин Э., 1909). Поведение больных обычно соответствует содержанию галлюцинаторных переживаний, и они убеждены, что и окружающие люди видят и слышат то же, что и они.

Псевдогаллюцинации отличаются от истинных галлюцинаций тем, что при них нет полной чувственно-телесной яркости образов, и это сближает их с представлениями. Больные говорят о видимом и слышимом, добавляя «как будто», хотя они при этом и настаивают на реальности своих галлюцинаций. Псевдогаллюцинаторный образ развертывается в представляемом, а точнее – интрапсихическом (субъективном) пространстве того или иного анализатора, поэтому больные могут сообщать о возможности «видеть» за линией горизонта или через непрозрачные преграды, а также сообщают о возникающих «внутри головы» звуках и человеческих голосах. Поскольку ложные галлюцинации осознаются как нечто субъективное и весьма отличное от реальных образов, поведение больных почти всегда диссоциировано с содержанием галлюцинаций. Псевдогаллюцинации свидетельствуют о более неблагоприятном течении психического заболевания, часто приобретают затяжной и хронический характер, сопровождаются обычно и нарушениями мышления.

Иногда из группы псевдогаллюцинаций выделяют экстракампинные галлюцинации, которые проецируются вне поля досягаемости соответствующего анализатора. При этом больные «видят» зади себя, за стеной, «слышат» за многие сотни километров.

У здоровых людей на фоне утомления или истощения иногда при засыпании кратковременно возникают зрительные или слуховые галлюцинации, похожие на псевдогаллюцинации, которые называют гипногическими из-за близости их к сновидениям (аналогичные гипнопомпические галлюцинации отмечаются в момент пробуждения).

Зрительные и слуховые галлюцинации часто подразделяют на простые (фотопсии – восприятие вспышек света, звездочек, искр; акоазмы – восприятие звуков, шума, треска, свиста, плача) и сложные (вербальные – восприятие членораздельной речи).

При рефлекторных галлюцинациях воспринимаемые реальные образы тут же сопровождаются появлением сходного с ними галлюцинаторного (больной слышит фразу – и тут же в голове начинает звучать похожая на нее фраза).

Апперцептивные галлюцинации (слуховые или зрительные) появляются после соответствующего волевого усилия больного, желающего их испытать.

Галлюцинации Шарля Бонне (зрительные, реже слуховые) наблюдаются при повреждении периферического отдела анализатора (у слепых, глухих), а также при сенсорной депривации или изоляции (в тюрьме, иноязычной среде) в поле пораженного или информационно ограниченного анализатора. Их следует отличать от гемианоптических галлюцинаций в поле гемианопсии при поражении коркового конца анализатора (опухоль, травма, сосудистое поражение).

Расстройства сенсорного синтеза. Восприятие является сложным процессом интеграции, синтеза образа воспринимаемого объекта из сенсорных сигналов, поступающих через органы чувств от внешней среды и собственного тела. При некоторых состояниях и заболеваниях мы встречаемся с различными нарушениями процесса синтеза, интеграции сенсорной информации в ходе восприятия. Обычно к психосенсорным расстройствам относят две группы нарушений – дереализацию и расстройства «схемы тела».

Дереализация – нарушение сенсорного синтеза информации, которая поступает из внешнего мира. Из ассоциации сенсорных сигналов, принимающих участие в формировании образа внешней действительности, что-то может «выпадать», изменяться, и в конечном итоге окружающий нас мир теряет свою чувственную реальность – искажается.

Человек может утратить восприятие глубины пространства, и тогда все окружающее видится ему в плоскостном, двухмерном изображении. Искажения восприятия могут касаться и определенных признаков предмета – формы (метаморфопсия), величины (увеличение – макропсия, уменьшение – микропсия) или др. При порропсиях нарушается оценка расстояния – человеку кажется, что предметы находятся дальше или ближе, чем они расположены в действительности; при дисмегалопсии расстройство восприятия касается удлинения, расширения, скошенности или перекрученности вокруг оси окружающих предметов.

Близкими к дереализации являются расстройства, когда обычная, знакомая обстановка или звуки воспринимаются совершенно новыми и незнакомыми (феномены «никогда не виденного» – фр. «jamais vu»; «никогда не слышанного» – «jamais entendu») или, наоборот, новая обстановка (местность, улица, дом, речь, музыка) воспринимается хорошо знакомой и известной (феномены «уже виденного» – «deja vu»; «уже слышанного» – «deja entendu»).

Эти и ряд других, более сложных феноменов ложного узнавания («уже пережитого» и «никогда не испытанного») одни исследователи относят к расстройствам восприятия, а другие – к расстройствам памяти. Они длятся, как правило, несколько мгновений или минут, и очень редко это состояние продолжается несколько часов. Они могут сопровождаться и элементами парамнезий, т.е. когда уверенность в реальности пережитого события у больного сохраняется долго. Подобные состояния, когда критика пережитого длительно отсутствует, могут служить основой появления толкования и веры в «вещие сны», «другую жизнь, предшествующую рождению», и т.п. Все эти симптомы нозологически неспецифичны, могут быть не только при различных заболеваниях (эпилепсия, аффективные нарушения, неврозы), но и при сильном утомлении. Особенно волнуют больных искажения времени – его замедление (брадихрония) или ускорение (тахихрония), а также утрата эмоциональных компонентов восприятия окружающего – «все застыло, остекленело», а «мир стал подобен декорации». У больных почти всегда сохраняется критическое отношение к этим нарушениям, они чужды личности и субъективно крайне неприятны.

Расстройства «схемы тела» характеризуются различными симптомами нарушений восприятия собственного тела, своеобразных ощущений увеличения или уменьшения веса, размеров всего тела или его частей (рук, ног, головы). К расстройствам схемы тела относится также нарушение восприятия соотношения между частями тела: больные говорят о неправильном положении ушей, «перекрученности» тела. Указанные изменения больной ощущает только при закрытых глазах, так как под контролем зрения все неправильные представления о своем теле исчезают.

Тема 3. Нарушения эмоционально-волевой сферы

Эмоции (от лат. *emoveo* – потрясаю, волну) – психический процесс субъективного отражения наиболее общего отношения человека к предметам и явлениям действительности, к другим людям и самому себе относительно удовлетворения или неудовлетворения его потребностей, целей и намерений.

Если процесс удовлетворения потребностей протекает благоприятно, то человек испытывает положительные эмоции: напротив, отрицательные эмоции возникают в ответ на неудовлетворение потребностей или отсутствие нужного результата собственного действия.

Эмоции, как и ощущения, восприятия или мышление, являются одной из форм отражения сознанием реального мира. Однако эмоции отражают предметы и явления не сами по себе, а в их отношении к субъекту, их значимости для его потребностей и мотивов деятельности. Таким образом, эмоции обусловлены, с одной стороны, внутренними потребностями и мотивацией, а с другой — особенностями внешней ситуации. Они как бы устанавливают связь и взаимоотношения между этими двумя рядами событий, сигнализируя субъекту о возможности или невозможности удовлетворения его потребностей в данных условиях.

Основные свойства эмоций

1. Субъективный характер эмоций.
2. Полярность эмоций вытекает уже из самого определения их, выражая процесс удовлетворения или неудовлетворения потребностей. Все эмоции отличаются полярностью, т.е. обладают положительным или отрицательным знаком: удовольствие — неудовольствие, веселье — грусть, радость-печаль.
3. Фазность эмоций характеризует эмоции в их динамике с количественной стороны. Замечено, что в пределах одного и того же эмоционального состояния (одной модальности) отчетливо обнаруживаются колебания его интенсивности по типу напряжения — разрядки и возбуждения — успокоения.

Патология эмоциональной сферы

Колебание фона настроения в нормальном диапазоне, т.е. отсутствие депрессивного или приподнятого настроения, обычно обозначается термином «эутимное настроение». В патологии важное практическое значение имеют: гипотимия (снижение фона настроения), гипертимия (повышение фона настроения) и паратимия (извращенная эмоциональность).

Гипотимия – сниженное настроение, переживание подавленности, тоски, безысходности. Внимание фиксируется только на отрицательных событиях настоящего, вспоминаемого прошлого и представляемого будущего.

Типичный депрессивный синдром (депрессия) характеризуется депрессивной триадой: гипотимией, замедлением мышления и двигательной заторможенностью. Настроение у больных меланхолическое, угнетенное, с глубокой печалью, унынием и тоской, с неопределенным чувством грядущего несчастья и физически тягостными ощущениями стеснения и тяжести в области сердца, груди, во всем теле. Самочувствие больных особенно ухудшается в ранние утренние часы, и тогда возрастает опасность суицида. Депрессиям обычно сопутствуют нарушения сна и аппетита, снижается половое влечение, у женщин прекращаются менструации (витальные, соматические признаки депрессии). При нерезком депрессивном аффекте (субдепрессии) витальные признаки слабо выражены или вовсе отсутствуют.

При типичных депрессиях все компоненты депрессии выражены равномерно, при атипичных депрессиях некоторые компоненты депрессии исчезают, а другие усиливаются.

При преобладании в структуре депрессии тревоги (тревожная депрессия) больные мечутся, «не находят себе места», просят помощи, убеждены в грядущей им опасности (тоскливое возбуждение – раптус).

При преобладании в структуре депрессии апатии (апатическая депрессия) больные малоподвижны, безучастны к себе и окружению, просят оставить их в покое.

При преобладании в структуре депрессии расстройств вегетативной регуляции внутренних органов и слабой выраженности собственно гипотимического аффекта говорят о маскированной (лабиринтной, скрытой) депрессии или ее соматовегетативном эквиваленте. Такие депрессии трудно диагностируются, так как напоминают какое-либо соматическое страдание («маскируются» под него), и больные длительное время безуспешно лечатся у врачей терапевтического профиля.

Дисфория отличается от депрессии тем, что пониженное настроение здесь приобретает напряженно-злой оттенок. Дисфория кратковременна (часы, дни), внезапно начинается и

заканчивается, обычно встречается у больных эпилепсией как своеобразный аффективный эквивалент судорожного припадка.

Дистимия – кратковременное, длящееся несколько часов, иногда дней, расстройство настроения типа унылости и недовольства с гневливостью или тревогой (Flemming K., 1814). Наблюдается при неврозах, эпилепсии, органических заболеваниях мозга.

В современном понимании дистимию характеризуют как хроническую непсихотическую депрессию («дурное настроение»). Длительность расстройства настроения не менее 2 лет (у детей и подростков – не менее 1 года), а «светлые» промежутки нормального настроения у больных обычно не превышают двух месяцев. Полагают, что дистимия является своеобразным вариантом периодической депрессии, так как последняя часто встречается у родственников больного, а иногда и у самого больного на фоне хронического субпсихотического расстройства настроения могут возникать тяжелые депрессивные эпизоды («двойная депрессия»).

Таким образом, термин «дистимия» в современной трактовке определяет врожденную склонность к плохому настроению, особенно если она проявляется в возрасте до 21 года.

Гипертимия – повышенное веселое, радостное настроение с приливом бодрости, энергичности и переоценкой собственных возможностей.

Маниакальный синдром (мания) характеризуется маниакальной триадой: гипертимией, ускорением мышления и двигательным возбуждением со стремлением к деятельности. Настроение у больных приподнятое, радостное (маниакальный аффект). Они много говорят, жестикулируют, переоценивают свои возможности. Охотно берутся за разные дела, но начатое легко бросают. При маниакальном аффекте также наблюдаются витальные его признаки: укорачивается сон, усиливаются влечения (особенно сексуальное), у женщин нарушается менструальный цикл. Если интенсивность маниакального аффекта невелика, то говорят о гипомании.

Маниакальные состояния, как и депрессии, могут быть атипичными, т.е. с неравномерной выраженностью составляющих их структуру компонентов. В некоторых случаях можно наблюдать у одного и того же больного одновременное присутствие признаков как депрессии, так и мании (своеобразный «взаимообмен» компонентами). Такие сложные по структуре состояния принято называть смешанными аффективными состояниями.

Клинические картины, обозначаемые сейчас аффективными расстройствами, известны с глубокой древности. Термины «меланхолия» и «мания» употреблялись еще Гиппократом.

Современные представления об аффективных расстройствах восходят к Э. Крепелину (1896), выдвинувшему концепцию маниакально-депрессивного психоза (МДП). К. Леонгард (1957) предложил различать биполярную МДП, где представлены как маниакальные, так и депрессивные эпизоды. Легкую форму МДП часто обозначают термином циклотимия (Kahlbaum, 1882).

Заболеваемость циклотимией составляет около 1%, но эти данные скорее всего занижены, так как пациенты не всегда попадают в поле зрения психиатра и часто лечатся у врачей общего профиля. Отечественные ученые полагают, что больные циклотимией составляют 3-10% от внебольничного контингента. Длительность фаз значительно меньше, чем при МДП (2-6 дней), смены состояний нерегулярны, пациенты болезненно воспринимают невозможность контролировать свой эмоциональный статус. В 5-10% случаев развивается наркотическая зависимость, в анамнезе частая смена мест жительства, вовлеченность в религиозные и оккультные субкультуры.

Эйфория – другая форма болезненно-повышенного настроения. Для нее характерно благодушие и беспечность, которые сочетаются с пассивностью («тихая радость»). Она чаще наблюдается при органических заболеваниях мозга на фоне более или менее выраженного слабоумия.

Мория – эйфория с дурашливым двигательным возбуждением, склонностью к плоским, грубым шуткам. Наблюдается при поражении лобных отделов головного мозга на фоне слабоумия.

Экстаз – переживания восторга и необычайного счастья со своеобразным «погружением» в себя, в свой внутренний мир. При некоторых психических заболеваниях экстаз связан со зрительными галлюцинациями приятного содержания.

Экзальтация – приподнятое настроение, где более заметен не сам аффект, а ощущение прилива энергии, бодрости и повышения активности.

Паратимия – неадекватный аффект, извращение аффективности, когда больные радуются по поводу грустных событий и наоборот. Возможно также сосуществование противоположных

аффектов – так называемая амбивалентность чувств. При этом одно и то же представление сопровождается и приятными, и неприятными чувствами, т.е. больной одновременно и огорчается, и радуется. Склонность больного отвечать на внешние раздражители неадекватно или двойкой реакцией характерна для шизофрении.

Элементы амбивалентности бывают и у психически здоровых людей. Например, страдающие хирургическими заболеваниями в одно и то же время желают и не хотят операции.

Тяжело переживаются больными так называемые насильственные чувства, которые возникают без какого бы то ни было внешнего повода. Насильственными могут быть смех, слезы. Вернее, чувств как таковых в подобных случаях нет, а есть лишь их внешнее проявление. Такие состояния возможны при поражении глубоких структур мозга при травмах или нарушениях кровообращения.

Патология волевой и произвольной регуляции

Воля – это психический процесс сознательного управления и регулирования своего поведения, обеспечивающий преодоление трудностей и препятствий на пути к поставленной цели. Воля человека непременно проявляется в его внешних или внутренних (умственных, психических) действиях, т.е. в прилагаемом мускульном и нервном напряжении для достижения цели. Все волевые действия целенаправленны и согласованы между собой. Чем больше препятствий и чем сильнее у человека желание достигнуть цели, тем больше мышечного и нервного напряжения требует волевое действие. Именно это напряжение человек и переживает как волевое усилие.

Этапы волевого акта

Волевой акт состоит из этапов, т.е. последовательных и спланированных действий. В любом волевом действии можно обнаружить мотивационный и интеллектуальный компоненты, а также выделить четыре этапа:

- 1) актуализация побуждения с осознанием цели (возникновение мотивов деятельности);
- 2) обсуждение и борьба мотивов;
- 3) решение о действии;
- 4) исполнение принятого решения.

Нарушения волевой сферы могут возникнуть на любом этапе волевого акта – как на уровне подготовительного звена (мотивационный и интеллектуальный компоненты), так и на уровне реализации волевого усилия.

Нарушения волевой активности и произвольной регуляции наблюдаются при многих заболеваниях, но механизмы ее возникновения при разных заболеваниях бывают различными. При описании нарушений воли и произвольной регуляции обычно обращают внимание на поведенческие и двигательные характеристики, а также на особенности проявлений витальных и других влечений человека.

I. Нарушения на уровне мотивационного компонента волевого акта – подразделяются на три основные группы: угнетение, усиление и извращение мотивов деятельности и влечений.

A. Угнетение мотивов деятельности и влечений

Гипобулия – снижение интенсивности и уменьшение количества побуждений к деятельности с регрессом мотивов, встречается не только в клинике психических заболеваний, но и при ряде хронических, истощающих соматических расстройств, интоксикациях. Крайняя выраженность этого состояния называется абулией, где имеет место полное отсутствие желаний, стремлений и побуждений к деятельности. При гипобулиях больные обычно малоподвижны, их движения вялые, с малой амплитудой. Начав что-либо делать, они быстро прекращают работу, но не из-за усталости, а в связи с отсутствием побуждений, желания продолжать свое занятие.

Гипофункция воли особенно часто встречается при длительном потреблении наркотиков, алкоголизме, истощающих хронических соматических заболеваниях. Очень характерно это расстройство для шизофрении, где оно обычно сочетается с аффективной тупостью. Такого рода больных можно заставить действовать, но когда внешнее побуждение прекращают, у них опять исчезают волевые импульсы.

Влечения при гипобулиях. Ослабление основных биологических влечений закономерно входит в структуру гипобулического синдрома. Изолированное ослабление биологических влечений может наблюдаться при органическом поражении подкорково-стволовых структур, а также при некоторых эндокринных расстройствах и психических заболеваниях.

Ослабление пищевого влечения (анорексия) проявляется в снижении аппетита, вплоть до его полного исчезновения. Встречается при синдроме Симмондса, синдроме Шихена, некоторых эндокринных заболеваниях. Нередко наблюдается при психических заболеваниях – психическая

анорексия. Например, при острых психотических состояниях, депрессии, кататоническом состоянии. Алкогольная анорексия – исчезновение чувства голода в состоянии опьянения и абстиненции у больных алкоголизмом. В пубертатном возрасте, чаще у девочек, встречается нервная анорексия, где первоначально намеренное воздержание от еды позже влечет к угасанию чувства голода, отвращению к пище. Эмоциональная анорексия – избирательное отношение к пище, непереносимость некоторых пищевых продуктов, имеющие причиной принудительное кормление в детстве.

Ослабление полового влечения (либидо) и сексуальных функций (импотенция и фригидность – устаревшие термины, так как сейчас выявлено множество причин возникновения этих состояний) также часто встречается при депрессиях, истощающих заболеваниях и после психических травм.

Ослабление инстинкта самосохранения выражается в торможении оборонительных реакций (исчезновение защитных двигательных реакций типа моргания, возникновения и удержания защитных поз, избегания опасности и т.п.), а также в суицидальных тенденциях, что также является характерным признаком депрессивных состояний.

Б. Усиление мотивов деятельности и влечений

Гипербулия – патологическое увеличение интенсивности и количества побуждений и мотивов деятельности. Гипербулия обычно придает поведению больного неадекватный характер. Если она сочетается со сверхценными и паранойяльными идеями, то больные обнаруживают чрезмерную активность, настойчивость и упорство в отстаивании своих идей и убеждений. Препятствия, нежелание окружающих признать, разделить их убеждения и идеи (порой нелепые) только усиливают активность в их отстаивании. Чрезмерная активность и увеличение количества побуждений обнаруживается также при болезненно повышенном настроении (маниакальные состояния) и опьянении. Весьма характерным при гипербулиях является пониженная утомляемость больных.

При гипербулиях можно заметить, что все волевые импульсы у некоторых больных могут иметь какую-то целевую установку, что проявляется своеобразным стремлением к деятельности, хотя сами отдельные действия могут быть и не совсем целесообразными (типично для маниакальных состояний). В других случаях, напротив, обнаруживается просто стремление к движениям, без целевой установки, больные при этом не знают, для чего и почему они производят разнообразные движения (типично для кататонического психомоторного возбуждения при шизофрении).

Влечения при гипербулиях. Болезненное усиление, расторможенность влечений иногда может иметь относительно изолированный характер, но чаще она встречается как составная часть гипербулического синдрома в структуре различных заболеваний.

Расторможенность пищевого влечения с усиленным аппетитом называется булимией, а при отсутствии повышенного аппетита обозначается термином полифагия (прожорливость). Булимия как преходящее расстройство иногда встречается при неврозах, она более стойка при органических заболеваниях мозга с преимущественным поражением гипоталамуса.

Усиление полового влечения у мужчин обозначают термином сатириаз, а у женщин – нимфомания. Патологическая гиперсексуальность характерна для маниакальных состояний и органических заболеваний мозга (поражение гипоталамических структур). Она может привести к сексуальным правонарушениям, особенно при алкогольном опьянении.

Болезненное усиление инстинкта самосохранения нередко выражается неадекватной агрессивностью или паническими реакциями также с возможностью разрушительных и насильственных действий.

В. Извращение влечений, побуждений и мотивов деятельности

Парабулии – качественные изменения воли с извращением как мотивационного, так и интеллектуального компонентов волевого акта.

Качественные нарушения мотивационного компонента волевого акта могут проявляться различными симптомами: болезненным влечением к бессмысленному воровству (клептомания), поджогами (пиромания), пьянством вне связи с алкогольной зависимостью (дипсомания), бродяжничеством (дромомания, или вагабондаж), побегами детей из дома (пориомания), убийством людей без ситуационно-психологической обусловленности (гомицидомания), самоубийством (суицидомания), бессмысленными покупками (опиомания), безмерной увлеченностью азартными играми (гемблинг), безмерным стремлением к безупречности (перфекционизм), произнесением бранных слов и нецензурных ругательств (копролалия), поеданием несъедобного,

в частности экскрементов (копрофагия), удовлетворением полового влечения противоестественным способом (перверсия, парафилия) и др.

Извращение пищевого инстинкта (поедание несъедобных веществ) и инстинкта самосохранения (самоистязание) встречаются относительно редко. Напротив, извращения полового влечения (перверсия, парафилия) многообразны и встречаются часто, особенно при неврозах и психопатиях. Как правило, речь здесь идет о сложных формах личностного поведения, а не о изолированном сексуальном извращении. Нарушения при парафилиях касаются искажений направленности полового влечения по объекту или нарушений способа его удовлетворения (реализации).

Искажения направленности полового влечения по объекту: гомосексуализм – направленность полового влечения на одноименный пол (у мужчин – педерастия, или уранизм; у женщин – лесбианство, или сапфизм, трибадия; при эгосинтоническом типе гомосексуализма человек доволен своей сексуальной ориентацией, эгодистонические формы сопровождаются формированием внутриличностного конфликта из-за разнонаправленных внутренних желаний и внешних требований к проявлениям сексуальности), педофилия – влечение к детям; эфебофилия – влечение к подросткам; геронтофилия – к старикам и старухам; некрофилия – к трупам; зоофилия – к животным; фетишизм, или сексуальный символизм – к неодушевленным предметам (в частности, к скульптурам – пигмалионизм, к обуви – ретифизм и др.); нарциссизм (аутоэротизм) – направленность сексуального влечения на себя, и многие другие.

Нарушения способа реализации полового влечения: садизм – унижение с причинением боли сексуальному партнеру; мазохизм – стремление к получению унижения и боли от сексуального партнера; эксгибиционизм – самообнажение с демонстрацией половых органов незнакомым лицам (кандаулезизм – разновидность эксгибиционизма, где сексуальное удовлетворение достигается демонстрацией окружающим обнаженной жены или сексуальной партнерши), визионизм – сексуальное возбуждение достигается путем подглядывания, созерцания за чужими половыми органами и сексуальными действиями посторонних.

К особым формам сексуальных расстройств относятся случаи нарушений половой идентификации. При транссексуализме основным проявлением является дискомфорт от принадлежности к своему полу, ощущение его неадекватности и постоянное стремление изменить пол. Собственные гениталии производят на больных отталкивающее впечатление, что побуждает их требовать проведения соответствующей хирургической операции.

При трансвестизме с сохранением обеих половых ролей (вторичный транссексуализм) нет озабоченности вопросом анатомического изменения своего пола, но больные периодически стремятся к ношению одежды другого пола. Вне переодевания пациенты по внешнему виду соответствуют своему биологическому полу. Перенятие внешних признаков другого пола отражает здесь внутреннюю неудовлетворенность своим биологическим полом, а не стремление добиться сексуального возбуждения с генитальными реакциями, как это бывает при фетишистском трансвестизме.

Все указанные выше симптомы качественных нарушений мотивационного компонента волевого акта могут проявляться в трех основных формах:

1. Навязчивые влечения – побуждения появляются помимо воли больного, не отражают его интересы и ситуацию, сопровождаются борьбой мотивов, сохранностью критики к ним. Волевой контроль относительно реализации навязчивых влечений сохранен, поэтому обычно они не реализуются в конкретных действиях и поступках. Больной воспринимает их как чуждые, нелепые и ненужные. Наблюдаются при невротических и психопатических состояниях.

2. Компульсивные влечения – побуждения возникают подобно витальным влечениям, как при голоде, жажде или половом влечении. Эти влечения связаны с изначальным возникновением психофизического дискомфорта, который быстро приобретает характер соответствующего ему доминирующего мотива деятельности. Все поступки человека направлены на его реализацию, после которой дискомфорт исчезает. Критическое отношение к влечению также имеется, но оно уже сочетается с практической невозможностью торможения и борьбы с ним. В качестве примера можно привести компульсивное влечение к наркотическому веществу у наркоманов.

3. Импульсивные влечения – болезненные побуждения возникают остро, безмотивно и напоминают эквиваленты эпилептических пароксизмов. Стремление к реализации влечения неотступное, а на высоте состояния возникает даже своеобразное сужение сознания с последующей фрагментарностью воспоминаний о совершенном. После реализации влечения обычно наступает состояние психического истощения, расслабление и успокоение с

удовлетворением. Встречаются обычно при кататонических синдромах (при шизофрении) и сумеречных состояниях сознания (органические заболевания мозга, эпилепсия).

Навязчивые действия напоминают защитные ритуалы и чаще встречаются при невротических расстройствах. Обычно совершаются только те навязчивые действия, которые не угрожают жизни самому больному и окружающим, а также не противоречат его морально-этическим установкам: мытье рук, счет предметов (арифмомания), обгрызание ногтей (онихофагия), потирание и почесывание кожи (дерматотлазия), выщипывание бровей и волос на голове (трихотилломания) и др.

От вышеописанных следует отличать насильственные действия, то есть движения и поступки, которые возникают помимо воли и желания. К ним относятся насильственный плач и смех, гримасы, покашливания, чмокания, сплевывание, потирание рук и др. Насильственные действия, как и тики, чаще всего встречаются при органических заболеваниях мозга.

II. Патология на уровне реализации волевого усилия

Нарушение исполнительного звена при волевом акте проявляется в форме угнетения, усиления и извращения двигательной активности и поведения больного.

A. Угнетение двигательных функций

Гипокинезия – двигательное торможение, замедление темпа произвольных движений, которое в ряде случаев выдвигается на первый план при гипобулиях. Практически полная обездвиженность (акинезия) является главным признаком ступорозных состояний, которые возникают при различных психических заболеваниях.

Наиболее частыми разновидностями ступорозных состояний в психиатрической клинике являются кататонический, апатический, депрессивный и психогенный ступор.

Кататонический ступор. При кататонической форме шизофрении часто наступает полная или частичная задержка прохождения волевых импульсов в двигательную сферу, причем движение вызывает как бы антагонистические, тормозящие противоимпульсы, и когда их действие исчезает, волевые проявления могут, в отличие от заторможенности, тут же беспрепятственно обнаружиться. При кататоническом ступоре полная или частичная обездвиженность больного (гипокинезия) часто сочетается с паракинезией – невыполнением инструкций (пассивный негативизм), действиями, противоположными инструкции (активный негативизм), отсутствием ответов на вопросы (мутизм), сохранением приданной позы (восковая гибкость, каталепсия), длительным удерживанием головы над подушкой (симптом «воздушной подушки») и др.

Апатический ступор наблюдается чаще при органических заболеваниях мозга (особенно при поражении лобных долей), при некоторых формах шизофрении. Многие считают апатический ступор следствием эмоциональной тупости. Больные полностью безразличны к окружающему, даже угрожающая жизни обстановка не выводит их из состояния глубокой пассивности.

Депрессивный ступор. При депрессивном ступоре настроение больного резко снижено, и ему приходится преодолевать внутреннее сопротивление для того, чтобы заставить себя что-либо делать, в силу чего наблюдается выраженная заторможенность в двигательной сфере.

Психогенный ступор возникает при сильных внезапных психотравмах (авариях, стихийных бедствиях, катастрофах) и сопровождается глубокой общей заторможенностью, оцепенением, эмоциональным приглушением, замедлением интеллектуальных процессов. Застывшее выражение лица фиксирует аффективное реагирование, которым было отмечено начало психогении – страх, ужас, растерянность.

Гипомимия – уменьшение интенсивности и экспрессивности произвольных мимических реакций или полное их отсутствие (амимия).

Мутизм – отсутствие спонтанной и ответной речи при сохранности речевого аппарата и понимания речи.

B. Усиление двигательных функций

Гиперкинезия – усиление двигательной активности, которое может сопровождаться преимущественным стремлением к деятельности или движениям, которые часто перерастают в состояние психомоторного возбуждения. Последнее при разных заболеваниях имеет свои характерные особенности. Наиболее часто в клинике встречается психомоторное возбуждение при аффективных психозах, шизофрении и реактивных состояниях.

Маниакальное возбуждение протекает с чрезмерной активностью в плане усиления стремления к деятельности. Все начатые дела до конца не доводятся, так как больные очень отвлекаемы, многоречивы, мышление ускорено, а настроение эйфоричное.

Меланхолическое возбуждение (ажитация) возникает при тревожной депрессии – проявляется нецеленаправленной и непродуктивной суетливостью. Больные при этом испытывают душевные муки, мечутся, стонут, вызывают о помощи, могут неожиданно совершить самоубийство.

Кататоническое возбуждение протекает с чрезмерной активностью, стремлением к движениям. Оно практически представляет собой набор однообразных, стереотипных движений – изгибания тела, «плавающие движения», размахивания конечностями. Эти движения бессмысленны и хаотичны, но при внешних попытках их прекратить больные активно сопротивляются (негативизм).

Гебифреническое возбуждение отличается от кататонического обилием нелепых поз, скачков, прыжков, ужимок и хохота. Речевые обороты и интонации речи вычурны, высказывания нелепы, больные плоско шутят.

Психогенное возбуждение развивается после внезапных и сильных психотравм (катастрофы, аварии и т.п.). Охваченный страхом человек бежит не разбирая дороги, часто при этом даже навстречу опасности, так как не осмысливает ситуацию.

В. Паракинезии – извращение двигательной активности

Парабулические двигательно-поведенческие нарушения (паракинезии) чаще всего встречаются в структуре кататонического синдрома при шизофрении. К ним относятся симптомы негативизма, эхолоалии и эхопраксии, а также специфические поведенческие нарушения в виде стереотипии и манерности. Негативизм – немотивированное отрицательное отношение больного, проявляющееся отказом, сопротивлением и даже противодействием всякому воздействию извне.

Эхопраксия – нелепое, часто «зеркальное» повторение мимики, жестов и поз окружающих.

Эхолоалия – нелепое, «зеркальное» повторение слышимых больным фраз и слов.

Стереотипии характеризуются однообразным и бессмысленным (длящимся часы, дни, недели и месяцы) повторением одних и тех же действий: стремление принимать одно и то же положение тела (стереотипия позы), находиться в одном и том же месте помещения (стереотипия места) и др. Стереотипное повторение одних и тех же слов или оборотов речи называют вербигерацией.

От стереотипии следует отличать особые психопатологические нарушения – автоматизмы.

Автоматизмы характеризуются самопроизвольным и неконтролируемым осуществлением ряда функций без связи с побудительными импульсами извне. При амбулаторном автоматизме, как варианте сумеречного состояния сознания у больных эпилепсией, больной может совершать внешне упорядоченные и целенаправленные действия, о которых после окончания припадка не помнит. Сходные действия бывают при сомнамбулическом автоматизме.

Тема 4. Нарушения памяти

Память – это психический процесс отражения, заключающийся в запечатлении и сохранении с последующим воспроизведением и узнаванием следов прошлого опыта, делающими возможным его повторное использование в деятельности или возвращение в сферу сознания.

С раннего детского возраста способности запоминания постепенно совершенствуются (вначале образная, а затем символическая память), достигая своего оптимального развития к 20-25 годам. На этом уровне память сохраняется до 40-45 лет, после чего постепенно ухудшается, особенно механическое запоминание нового материала. В пожилом и старческом возрасте заметно страдает запоминание нового и текущих событий, но хорошо сохраняется способность воспроизведения впечатлений детства – закон обратного хода памяти Рибо-Джексона (Ribot Th., 1881). Мнестические функции колеблются в определенных пределах и под влиянием различных факторов повседневной жизни – утомления, недосыпания, эмоций.

В самом общем виде среди нарушений памяти можно выделить три основные группы: гипермнезии, гипомнезии и парамнезии.

Гипермнезия (усиление, обострение памяти) проявляется усилением воспоминаний о прошлой жизни или улучшением запоминания текущих событий. При заболеваниях гипермнезия чаще встречается в качестве временного явления при лихорадочных состояниях, возбуждении на фоне патологического повышения настроения (мании) и отличается фрагментарностью и неустойчивостью. Лишь при гипоманиакальных состояниях (легкая форма мании) усиление воспоминаний и запоминания более устойчиво. Гипермнезия встречается иногда и при умственной отсталости; так, один имбецил помнил даты погребений всех умерших в течение 35 лет в деревне, где он жил (Гуревич М.О., Серейский М.Я., 1928).

Гипомнезия или дисмнезия, – ослабление мнестических функций, вплоть до полной их утраты. Может быть общей (касается запоминания и воспроизведения) и частичной (не может что-то вспомнить в данный момент или нарушено только запоминание). Полная утрата способности сохранять и воспроизводить ранее приобретенные знания называется амнезией.

Если амнезия связана с преимущественным нарушением способностей к запоминанию, то ее называют фиксационной амнезией. В связи с этим слабеет или утрачивается память о текущих, недавних событиях, но сохраняется способность полного воспроизведения приобретенного ранее опыта. Такие расстройства памяти весьма характерны для корсаковского синдрома, который описан С.С. Корсаковым при выраженных алкогольных интоксикациях. Разновидностью фиксационной амнезии является перфорационная амнезия, когда не фиксируются только какие-то части информации. В частности, при палимпсестах возникает утрата способности запечатлевать и соответственно, потом воспроизводить некоторые детали, эпизоды и подробности, относящиеся к периоду интоксикации (например, при алкогольном опьянении).

Амнезия может быть связана с затруднениями в воспроизведении и припоминании отдельных событий или всех событий какого-то прошлого отрезка времени – частичная (лакунарная) или полная репродукционная амнезия. Особенно резко явление забывания некоторых событий жизни проявляется при аффектогенных (кататимных) амнезиях, когда больной амнезирует определенное и очень тяжелое переживание. Они возникают по механизму вытеснения аффективно насыщенных индивидуально неприятных и неприемлемых личностью впечатлений и событий, а также всех событий (даже индифферентных), совпавших во времени с сильным потрясением.

При истерических амнезиях, в отличие от аффектогенных, воспоминание об обстановке, индифферентных событиях, совпавших с амнезируемыми во времени, сохраняется.

К прогрессирующей амнезии относят те ее варианты, где резко утрачивается способность к запоминанию и неуклонно нарастает опустошение памяти по закону Рибо-Джексона. Ход этого процесса идет в порядке, обратном формированию памяти. Вначале у больного появляется забывчивость, фиксационная гипомнезия, степень выраженности которой постепенно нарастает. Затем процесс начинает распространяться на память о прошлом, захватывая вначале близкий период, а потом все более и более отдаленные. В первую очередь нарушается «память времени» при сохранении «памяти содержания». При этом больные помнят отдельные события и факты своей жизни, но затрудняются локализовать их во времени и последовательности. В последующем тускнеет и «память содержания, фактов», но еще длительно сохраняется «память эмоциональных и морально-этических реакций». В самую последнюю очередь при прогрессирующей амнезии исчезает «память простейших навыков» – праксис, что сопровождается формированием апраксии.

При ретардированной (запаздывающей) амнезии события забываются не сразу, а спустя лишь некоторое время после болезненного состояния. Вначале больной может рассказать окружающим о бывших у него болезненных переживаниях, но через короткое время он их полностью забывает. При некоторых очаговых органических поражениях головного мозга наблюдается амнестическая афазия, заключающаяся только в забывании больным названий показываемых предметов.

В клинике отдельно выделяют ретроградную и антероградную амнезии. При первой из них больные преимущественно забывают события периода, предшествовавшего потере или помрачению сознания. При второй – отсутствуют воспоминания на какой-то период после выхода из состояния помраченного сознания. Если выпадение воспоминаний ограничивается только событиями острого периода болезни (периода нарушенного сознания), то такую амнезию называют конградной амнезией. При сочетании всех представленных вариантов амнезию называют антероретроградной.

Парамнезия – извращение, обманы памяти (ложные воспоминания), возникающие в результате нарушения распределения припоминаемых событий во времени и пространстве, искажения ранее пережитых событий, заполнения пробелов памяти домыслами и фантазиями, отчуждения воспоминаемых переживаний от собственного жизненного опыта и др.

Наиболее часто из парамнезий встречаются псевдореминисценции («иллюзии памяти», ошибочные воспоминания), при которых имеющиеся пробелы памяти больной как бы заполняет событиями более отдаленного прошлого. Например, больной утверждает, что он только что вернулся с прогулки, хотя он даже не выходил из палаты. Псевдореминисценции обычно стабильны по содержанию, повторно рассказываются больными, имеют обыденное содержание. Их разновидностью являются экмнезии – сдвиг ситуации в прошлое («жизнь в прошлом»), когда

такому переносу из прошлого подвергаются не отдельные события и факты, а целые значительные периоды жизни больного.

При эхомнезиях (редублицирующая парамнезия Пика) обман памяти заключается в том, что какое-либо событие в воспоминаниях предстает удвоенным, утроенным. Текущие события проецируются одновременно и в настоящее (адекватно), и в прошлое. Больной при этом убежден, что это событие у него уже было ранее. От псевдореминисценций они отличаются тем, что не носят замещающего характера при провалах памяти, а от симптома «уже виденного» тем, что настоящее событие переживается не полностью идентичным, а лишь только сходным с прошлым. Эхомнезии могут указывать на поражение теменно-височных областей мозга.

В ряде случаев содержание ложного воспоминания носит фантастический характер, и больные описывают события, которых явно в их жизни не было. Такие парамнезии называются конфабуляциями («галлюцинации памяти», «вымыслы памяти», «бред воображения»). Они обычно носят яркий, образный характер с патологической убежденностью в их истинности.

Псевдореминисценции и конфабуляции наиболее характерны для заболеваний, где теряется способность к запоминанию: корсаковский психоз, старческое слабоумие, прогрессивный паралич.

Воспроизведение какого-либо события без его узнавания называется криптомнезией и может лежать в основе неосознаваемого плагиата, когда какой-нибудь определенный факт (открытие или техническое изобретение), кем-то установленный ранее, больной присваивает себе. Возможно и обратное – отчуждение фактов собственной жизни, которые не узнаются как свои. При этом реальное событие из жизни больного воспринимается им как имевшее место не с ним, а с кем-то другим, и об этом он от кого-то слышал, прочитал или видел в кино. Криptomнезии встречаются при некоторых органических заболеваниях мозга, особенно при поражении теменно-височных его отделов.

По данным нейропсихологических исследований, мозговая организация мнестических процессов подчиняется тем же законам, что и другие формы познавательной деятельности, – различные формы и звенья мнестической деятельности имеют различные мозговые механизмы (Хомская Е.Д., 1987). Были выделены два основных типа нарушений памяти (модально-неспецифические и модально-специфические нарушения), а также особый тип нарушений, обозначенный как псевдоамнезия (нарушения произвольности мнестической деятельности).

Модально-неспецифические нарушения памяти. Для этих нарушений характерно плохое запечатление информации любой модальности, связанное с поражением различных уровней срединных неспецифических структур мозга. Снижение коркового тонуса является основным фактором, который делает невозможным избирательное запечатление и хранение следов памяти.

Так, при поражении дизэнцефально-гипофизарного уровня у больных больше страдает кратковременная память, а не долговременная.

При поражении лимбической системы (лимбической коры, гиппокампа, миндалина и др.) мы имеем дело с корсаковским синдромом. В развернутой форме этот синдром возникает при поражении гиппокампальных структур левого и правого полушарий. Непосредственное запечатление материала у этих больных может быть неплохим, больные могут правильно воспроизвести 4-5 элементов ряда. Однако достаточно пустой паузы, чтобы следы стерлись.

При поражении медиальных и базальных отделов лобных долей мозга у больных к нарушениям кратковременной памяти добавляются также расстройства семантической памяти и памяти на понятия. Они близки к конфабуляциям, которые также нередко бывают у больных в острой стадии болезни.

В заданиях на повторение серии слов больным свойственно привносить слова, которых в списке не было (слов-ассоциаций – смысловых или звуковых).

Модально-специфические нарушения памяти. В отличие от неспецифических расстройств памяти, возникающих при поражении аппаратов первого функционального блока мозга, это нарушения памяти, возникающие при поражениях конвексимальных отделов коры. Они связаны с модальностью стимулов и обычно распространяются только на раздражители, адресующиеся к одному анализатору. К ним относятся нарушения зрительной, речевой, слухоречевой, музыкальной, тактильной или двигательной памяти.

При поражениях левой височной области (доминантного у правши полушария мозга) возникающие дефекты памяти тесно связаны со слуховыми процессами и речью. В случаях массивных поражений верхневисочных отделов расстройства памяти маскируются или перекрываются явлениями сенсорной афазии. При поражении средних отделов височной области

расстройства памяти выступают особенно резко и проявляются в невозможности удержать сколько-нибудь длинные серии звуков или слов, что составляет основной признак акустико-мнестической афазии.

Тема 5. Нарушения мышления

Мышление – наиболее обобщенная и опосредованная форма психического отражения, устанавливающая связь и отношение между познаваемыми объектами с помощью особых умственных операций – анализа, синтеза, сравнения, абстракции, обобщения, конкретизации и систематизации.

В психиатрии расстройства мышления принято подразделять на количественные (патология ассоциативного процесса) и качественные (патология суждений и умозаключений). Ассоциативные расстройства подразделяются на три группы: нарушения темпа образования ассоциаций (ускорение или замедление мышления), нарушения подвижности ассоциативных переключений (детализация, обстоятельность и вязкость мышления), нарушения целенаправленности ассоциативного процесса (резонерство, разорванность, паралогичность и символизм). Качественные расстройства мышления заключаются в появлении у больного бредовых, сверхценных, навязчивых или доминирующих идей.

Патопсихологическая классификация нарушений мышления.

На основании экспериментально-психологических исследований мышления обычно можно выделить три основных вида нарушений мышления (Зейгарник Б.В., 1962): нарушения операциональной стороны мышления; нарушения личностного (мотивационного) компонента мышления; нарушения динамики мыслительной деятельности. Возможны также различные сочетания этих нарушений.

1. Нарушения операциональной стороны мышления заключаются в том, что у больных нарушается и теряется возможность пользоваться основными операциями мышления. Обычно это относится к операциям обобщения и отвлечения (абстрагирования). Обобщение как психический процесс является формой отражения общих признаков и свойств предметов и явлений в сознании человека. Простейшее обобщение заключается в объединении, группировании объектов на основе случайного признака. Более высокие его уровни требуют отвлечения от конкретных деталей и объединения объектов не по случайным признакам, а по определенным, общим основаниям. Наиболее сложно такое обобщение, где выделяются видовые и родовые признаки, а сам объект включается в систему понятий. Нарушения операциональной стороны мышления обычно сводятся к двум его крайним вариантам: снижение уровня обобщения и искажение процесса обобщения.

А. Снижение уровня обобщения – в суждениях больных доминируют конкретные, непосредственные представления о предметах и явлениях, а более высокие уровни обобщения, где требуется абстрагирование, больному труднодоступны. Наиболее типичны такого рода нарушения для больных со слабоумием. При ярко выраженном снижении уровня обобщения они совсем не справляются с задачей на классификацию, т.е. не могут объединить по общим признакам разные предметы или создают много мелких групп на основании чрезвычайно конкретной предметной связи между ними (например, ключ и замок, перо и ручка, нитка и иголка). Суждения больных о предмете не включают в себя всего того существенного, что действительно к нему относится. Затруднена также умственная операция объединения и противопоставления (исключение лишнего из 4 предъявленных предметов), недоступным становится толкование и понимание переносного смысла пословиц.

Все проявления мышления неизбежно сводятся к суждениям и умозаключениям, по которым мы судим и об интеллекте человека. Интеллект представляет собой совокупность психических процессов, обеспечивающих познавательную деятельность человека. Для оценки интеллекта в норме и патологии принята схема, которая включает: предпосылки интеллекта (память, внимание, темп функционирования психики и др.), собственно интеллект (ум, или способность к логическому мышлению) и «психический инвентарь» (совокупность знаний, приобретенных в процессе индивидуального опыта). Слабость собственно интеллекта даже в тех случаях, когда она выражена не так резко, проявляется в том, что мышление конкретно-образное выступает на первый план, а отвлеченное (понятийно-абстрактное) мышление становится малодоступным для больного. Кроме снижения уровня обобщения, при слабости интеллекта очень характерно обеднение речи, т.е. уменьшение словарного запаса.

Б. Искривление процесса обобщения – является как бы противоположностью снижения уровня обобщения, так как существенные свойства предметов, явлений и существующие связи

между ними вовсе не принимаются большими во внимание при операции обобщения. При этом нельзя сказать, что больной не может их выделить путем абстрагирования, напротив, в основу обобщения им берутся чрезвычайно общие признаки и связи, но они носят совершенно случайный, ненаправленный и неадекватный характер. Речь идет именно об «отлете» от конкретных связей в чрезвычайно утрированной форме. При решении экспериментальных заданий актуализируются случайные ассоциации, совершенно оторванные от конкретного опыта больного. Например, при классификации больной объединяет вилку, стол и лопату в одну группу по признаку «твердости», а гриб, лошадь и карандаш объединяет в группу по признаку «связи органического с неорганическим». Подобного рода результаты выполнения задания Б.В. Зейгарник (1986) и обозначает как выхолощенные, вычурные и бессодержательные. Все это создает основу для бесплодного мудрствования – резонерства. Описывая такие нарушения мышления у больных, Ф.В. Бассин употребляет для их обозначения образное выражение «смысловой опухоли». Наиболее характерны нарушения мышления по типу искажения процесса обобщения для больных шизофренией.

2. Нарушения личностного (мотивационного) компонента мышления проявляются в нарушениях регулирующей, мотивационной функции мышления, а также его критичности с феноменами актуализации латентных свойств понятий, «разноплановости» и «разорванности» мышления.

Мышление является сложной саморегулирующейся формой деятельности, оно всегда определяется целью, т.е. поставленной задачей. Утеря целенаправленности приводит не только к поверхностности и незавершенности суждений, но и утрате мышлением регулирующую поведение функций, поскольку не существует мышления, оторванного от потребностей, мотивов, стремлений и чувств человека, его личности в целом. Нарушения мышления могут возникать и потому, что выпадает постоянный контроль за своими действиями и коррекция допущенных ошибок. Подобный вид нарушения мышления обычно характеризуют как нарушение критичности мышления.

Для личности значимым и существенным всегда является то, что приобрело для нее личностный смысл. Явление, предмет или событие могут в разных жизненных ситуациях приобретать разный смысл, хотя знания о них остаются прежними. Конечно, сильные эмоции могут и у здорового человека привести к тому, что предметы и их свойства начнут выступать для него в каком-то измененном значении. Однако в экспериментальной ситуации, как бы она ни была значима для человека, объекты понимаются однозначно – посуда всегда понимается как посуда, а мебель – как мебель. При всех индивидуальных различиях (разнице в образовании, разнообразии мотивов и интересов) здоровый человек при необходимости классифицировать объекты не подходит к столовой ложке как к «движущемуся объекту». Признаки предметов, на основании которых проводится классификация, для здорового человека носят устойчивый характер.

Эта устойчивость объективного значения вещей часто нарушается у больных шизофренией, что в экспериментальной ситуации приводит к актуализации латентных, т.е. скрытых, понятных и интересных лишь самому больному, признаков и свойств предметов. Эти «латентные» знания основаны на каких-то личных вкусах и предпочтениях и приобрели смысл для него лишь благодаря болезненно измененным мотивам и установкам (Зейгарник Б.В., 1986) или актуализированы из памяти на основании прошлого жизненного опыта (Поляков Ю.Ф., 1969). Например, больной в одну группу объединяет солнце, свечу и керосиновую лампу и исключает электролампу. При этом он говорит, что «электролампа слишком пахнет цивилизацией, которая убила все, что оставалось в человеке хорошего...» (цит. по: Блейхер В.М., 1976). Особенно ярко нарушения личностно-мотивационного компонента мышления проявляются в разноплановости мышления. Здесь больные также не выдерживают единой линии рассуждения при рассмотрении какого-нибудь явления, а подходят к нему с разных позиций. Суждения о каком-либо явлении при этом протекают у больного как бы в разных плоскостях. Он правильно усваивает инструкцию, и актуализируемые им явления и значения предметов могут быть вполне адекватными, но вместе с тем больной не выполняет задания в требуемом направлении. Он объединяет предметы в течение выполнения одного и того же задания то на основании свойств самих предметов, то на основании своих личных вкусов и установок. В этих случаях также происходит актуализация «латентных» свойств объектов, существующих наряду с адекватными реакциями. По выражению Г.В. Биренбаум (1934), мышление у таких больных «течет как бы по различным руслам одновременно».

Актуализация латентных свойств понятий, разноплановость мышления и резонерство (склонность к бесплодному мудрствованию) находят свое выражение в речи, которая приобретает у ряда больных «разорванный», не понятный для окружающих характер, так как состоит из набора совершенно не связанных между собой фраз. Предложения при внешне грамматически правильной форме совершенно лишены смысла – части предложения логически между собой не связаны. Такая речь является клиническим выражением разорванности мышления. Нередко таким больным не нужен и собеседник (симптом монолога), т.е. речь для них утрачивает свою функцию общения.

3. Нарушения динамики мыслительной деятельности проявляются в инертности (вязкости) или в лабильности мышления как психического процесса, состоящего из цепи умозаключений, переходящих в рассуждения.

При инертности мышления обнаруживается замедленность, тугоподвижность интеллектуальных процессов. При этом больным трудно менять избранный способ работы, изменять ход своих рассуждений, переключаться с одного вида деятельности на другой. Конкретные связи прежнего опыта доминируют, появляется склонность к излишней детализации и обстоятельности. Наиболее часто инертность мышления встречается при эпилепсии.

При лабильности мышления имеют место обратные соотношения – мысли и представления так быстро сменяют друг друга, что больные иногда не успевают зарегистрировать их в своей речи. Они не успевают закончить одну мысль, как уже переходят к другой. Вследствие повышенной отвлекаемости они становятся малопродуктивными: происходит чередование обобщенных решений с конкретно-ситуационными, а логические связи часто подменяются случайными сочетаниями.

Клиническая классификация расстройств мышления

Классификации нарушений мышления в патопсихологии дают возможность глубже понять психологическую структуру большинства клинических проявлений мышления, но не заменяют клинических классификаций. Расстройства мышления у больных в психиатрии чаще всего условно подразделяют на две большие группы: количественные (расстройства ассоциативного процесса) и качественные (патология суждений и умозаключений).

I. Патология ассоциативного процесса. Большинство ассоциативных расстройств мышления встречаются не в изолированном, «чистом» виде, а в самых разнообразных сочетаниях.

1. Нарушения темпа мышления

А. Ускоренное мышление (тахифрения) – увеличение количества ассоциаций в единицу времени. Мышление сохраняет целенаправленность, но становится малопродуктивным, так как начинают преобладать простые ассоциации (по созвучию, сходству, смежности, контрасту), мысли становятся поверхностными и малоуказательными. Высшей степенью ускорения мышления является симптом «скачки идей» – крайняя отвлекаемость с непрерывной сменой тематики высказываний в зависимости от предметов, случайно попавших в поле зрения. Ускоренное мышление характерно для маниакальных состояний.

Б. Замедленное мышление (брадифрения) – уменьшение количества ассоциаций в единицу времени. Мышление при этом хотя и сохраняет свою целенаправленность, но становится малопродуктивным – ассоциативный процесс обедняется и скудеет. Замедление ассоциативного процесса типично для депрессий.

2. Нарушения подвижности мышления

А. Детализированное мышление – цель рассуждения достигается не по краткому пути, а через множество побочных, второстепенных ассоциаций, несущественных деталей и подробностей, что делает мышление неэкономичным.

Б. Обстоятельное мышление – выраженная детализация, сочетающаяся с длительным застреванием на побочных ассоциациях (обстоятельность), но все же с последующим возвращением к основной теме мысли; это «лабиринтное», малопродуктивное мышление.

В. Вязкое мышление – крайняя степень обстоятельности, при которой детализация до такой степени искажает основное направление мысли, что делает ее практически непонятной, а мышление непродуктивным. Больной обычно пытается удержать основную линию разговора, так как не может освободиться от побочных ассоциаций и застревает, «вязнет» в них.

В ряде случаев «застревание мысли» проявляется в том, что больной на любые вопросы дает один и тот же ответ или однообразно повторяет одну фразу. Персеверации наблюдаются и при поражении сенсорного центра речи Вернике.

Нарушения подвижности мышления характерны для эпилептического слабоумия, органических заболеваний мозга.

3. Нарушения целенаправленности мышления

А. Резонерское мышление – цель рассуждения «ускользает» от больного, что приводит к «рассуждательству» по несущественному поводу, пустословию, окружающим непонятно, «зачем» он это говорит. Содержание – банальные нравоучения, морализированные, известные изречения и т.п. Речь построена грамматически правильно, но многословна и перегружена причастными и де-епричастными оборотами, вводными словами. Такое мышление непродуктивно, не является конкретным, т.к. не опирается на опыт и не относится к абстрактному ввиду отсутствия обобщения.

Витиеватость мышления – пространные рассуждения с употреблением метафор, сравнений, цитат, терминов, формул и т.п., что не обязательно и даже не нужно для доказательства данной мысли и затрудняет ее понимание, снижает продуктивность мышления. Речь внешне логична, но приобретает черты необычности и псевдонаучности, что сближает ее с резонерством;

Б. Атаксически-ассоциативное («разорванное») мышление – характерно полное отсутствие логической связи между ассоциациями: то, что должно быть объединено, – разъединяется, а разнородное – соединяется. Атаксическое мышление обычно проявляется в грамматически правильно построенных фразах: «Пошел в магазин верхом на трехэтажном доме», «Летит крыльями под водой», «Река приобрела историческую дилемму» и т.п. (семантическая разорванность при синтаксической сохранности речи).

Разорванное мышление характерно для больных шизофренией. В начальных стадиях заболевания кратковременные эпизоды разорванности мышления больной может даже «ощущать» в виде обрыва, перерыва мысли и даже своеобразной «закупорки» мышления с потерей нити разговора (так называемые шперрунги). Больные при этом во время беседы внезапно прерываются, умолкают, спустя некоторое время (обычно секунды, минуты) возобновляют рассказ, иногда с того же, на чем остановились. Субъективно ощущается «пустота в голове, провал, перерыв, закупорка мыслей». Эпизоды закупорки мысли исчезают внезапно, как и появились.

Наблюдаются, кроме того, психогенно обусловленные остановки мышления, например состояния «экзаменационного ступора», при которых теряется способность к связному изложению и забываются хорошо знакомые сведения. Сильное волнение вообще препятствует свободному течению мышления. Короткие задержки мышления встречаются также у больных эпилепсией (Блейлер Э., 1920).

По типу шперрунга возникают припадки височной эпилепсии. Шперрунги и обрывы мысли, равно как и другие проявления психического автоматизма, нельзя считать прерогативой шизофрении, они встречаются также при экзогенно-органических психозах.

Крайним выражением разорванности мышления является шизофазия, когда больные произносят бессмысленный набор слов. Здесь нет связи не только между отдельными частями предложения, но даже между словами и слогами, речь становится совершенно непонятной и лишена всякого смысла – «словесная крошка», «словесный салат» (страдают и семантическая, и синтаксическая стороны речи).

Шизофазию следует отличать от инкогеренции, или бессвязности, мышления, где также имеет место хаотичность мышления с набором отдельных слов. Главное отличие состоит в том, что разорванное мышление с шизофазией возникает на фоне ясного сознания, а инкогеренция всегда является следствием помрачения сознания (обычно по типу аменции);

В. Паралогическое мышление – также нарушается образование логических связей между ассоциациями, но в отличие от разорванного мышления, где понятия и представления сочетаются друг с другом на основе совершенно случайных признаков, здесь мышление характеризуется явными нарушениями формальной логики. Больной приходит к совершенно необоснованным, даже нелепым выводам, т.к. в цепи рассуждений происходит «соскальзывание» с основного ряда мышления на побочный в силу утраты логической связи между элементами. Одним из признаков паралогического мышления считают рассуждения, построенные по принципу «после этого, значит, вследствие этого». Характерной особенностью паралогического мышления является и то, что один объект может рассматриваться в качестве эквивалента любого другого, если между ними обнаруживаются черты сходства.

При соскальзывании мышления возникают внешне объективно немотивированные переходы от логически и грамматически правильно построенной мысли одного содержания к

другой по ложной неадекватной ассоциации, несущественному для цели мышления признаку. После этого больные способны к дальнейшему последовательному рассуждению, но допущенной ошибки не исправляют. В отличие от тематической отклоняемости по простым ассоциациям, отражающим конкретные свойства предметов (бывает при ускоренном мышлении), соскальзывание осуществляется по сложным (абстрактным) ассоциациям, неадекватным основной цели.

Разноплановость мышления – постоянная немотивированная смена основания для построения ассоциаций, соскальзывания мышления систематичны, мысль при этом лишается основного содержания, так как в ней иногда объединяются несочетаемые понятия. Интеллектуальные операции сохранены, инструкция усваивается правильно, но продуктивность мышления значительно снижается из-за того, что суждения о явлении или факте одновременно складываются как бы на разных уровнях;

Г. Символическое мышление. Символика свойственна и нормальному мышлению, когда она отражает общепринятые идеи и взгляды (герб, математические знаки, персонажи басни и пр.). При патологическом символизме она сугубо индивидуальна и непонятна окружающим. При этом логическая переработка в рассуждениях больного имеется, но в общепринятые понятия, которыми оперирует его мышление, вложен иной смысл, который понятен только ему самому. В результате многие явления и предметы окружающего мира приобретают для больного особое, отличающееся от общепринятого значение.

В начальных стадиях символизм может проявляться аморфностью мышления, где заметна только нечеткость использования понятий. При этом грамматически правильно построенная речь приобретает расплывчатый характер, и мысли больного в силу этого окружающим малопонятны – не ясно, «о чем» больной говорит (отличать от резонерства, где не ясно, «зачем» больной это говорит).

К нарушениям целенаправленности мышления можно отнести и ментизм (ментизм) – непровольное, насильственное течение потока мыслей, воспоминаний, желаний, представлений различного, обычно плохо запоминающегося содержания («Ералаш в голове, тысяча мыслей, летят и не запоминаются»). Непровольный характер мышления, свойственный ментизму, нередко связывается больными с внешним воздействием на их психику.

II. Патология суждений и умозаключений. К этой группе расстройств относятся бредовые, сверхценные, навязчивые и доминирующие идеи.

1. Бредовые идеи. Бредовые идеи – это возникающие на болезненной почве неверные, ложные мысли, не поддающиеся коррекции ни путем убеждения, ни каким-либо другим способом. Совокупность бредовых идей называется бредом. Важно заметить, что бред всегда возникает на болезненной основе и нарушает адаптацию человека к своей среде; он вытекает не столько из знаний и опыта, сколько из внутреннего, аффективно-психического состояния.

Таким образом, в определении бредовых идей наиболее существенными являются следующие четыре момента: ложное содержание идей, болезненная основа их возникновения, убежденность в их правильности, недоступность психологической коррекции. Такой бред также называют первичным бредом, а при его формировании можно часто заметить определенную этапность – сначала бредовое настроение, а затем бредовое восприятие и толкование внешних событий с последующей «кристаллизацией» самой бредовой идеи. При первичном бреде можно даже говорить о своеобразной вере больного в свои болезненные идеи – он «чувствует», что он прав (аналогично религиозным чувствованиям или при суевериях у здоровых). Первичный бред является истинным расстройством мышления и недоступен пониманию в терминах культурного и образовательного статуса пациента, что отличает его от других видов убеждений (нормальная убежденность, доминирующая или сверхценная идея).

В отличие от первичного, вторичный бред доступен пониманию и объяснению в сочетании с другими психопатологическими явлениями, такими как галлюцинации или изменения настроения.

По содержанию различают четыре основные формы бреда:

А. Бред с пониженной самооценкой – самоуничижения, греховности, физического недостатка, или дисморфомания (убежденность в уродстве тела), и нигилистический бред (убежденность в прекращении функций тела, их исчезновении или гниении тела);

Б. Бред с повышенной самооценкой (экспансивный) – разные виды бреда величия, богатства, изобретательства и пр.;

В. Персекуторный бред (бред преследования) – больные убеждены, что являются объектом постоянного наблюдения, слежки, ведущихся с враждебными, реже благожелательными целями неизвестными лицами, организациями или людьми из непосредственного окружения;

Г. Смешанные формы бреда – кверулянтства, или сутяжничества, при котором отстаивание своих ложных идей приводит к многолетним судебным тяжбам и разбирательствам, разные варианты «симптома двойника» и др.

По структуре различают две основные разновидности бреда: несистематизированный (отрывочный, образный) и систематизированный (интерпретативный) бред.

Отрывочные бредовые идеи чаще проистекают из расстройств восприятия (патологических образов и представлений) и могут быть самого разнообразного содержания (преследования, отравления, порчи, ревности, изобретательства, величия и др.), но они существуют разрозненно и не имеют заметных тенденций к объединению и логической проработке.

Напротив, систематизированный бред построен на толковании (интерпретации) больным внешних и внутренних событий. Патологические идеи (суждения и умозаключения) здесь возникают в результате нарушений логики на этапе бредообразования («кристаллизации» бреда). Наиболее систематизирован паранойяльный бред, менее – парафренный, а параноидный бред более близок к образному бреду.

•Паранойяльный бред – больной опирается в мышлении на изначально ложную посылку (первичная бредовая идея), но формально правильную, правдоподобную систему доказательств.

•Парафренный бред – также систематизирован, но он по своему содержанию часто весьма необычен и формируется в тесной взаимосвязи с обманами восприятия (чаще всего это бред причудливого, фантастического содержания, который переплетается с идеями величия, преследования или крайней греховности и вины).

•Параноидный бред – здесь уже нет достаточной стройности в рассуждениях и строгой селекции фактов, т.е. в структуре самого бреда имеются противоречия и нелепости.

2. Сверхценные (бредоподобные) идеи. Впервые описаны С. Wernicke в 1892 г. Представляют собой суждения или комплекс мыслей, односторонне отражающих реальные обстоятельства и доминирующих в сознании в силу их особой личностной значимости. Главная отличительная черта сверхценной идеи заключается в том, что в ее основе всегда лежит какой-либо реальный факт, правда весьма незначительный, мелкий. Однако суждения и умозаключения, возникшие на основе мелких фактов, в сознании больного начинают переоцениваться в их значении и занимать в жизни незаслуженно большое место. Сверхценные идеи, в отличие от бредовых, никогда не носят характера нелепости, и больного можно в некоторой степени разубедить в них, правда на непродолжительное время. В практике врача общего профиля наибольшие трудности в диагностике и лечении вызывают сверхценные идеи какого-либо соматического неблагополучия, так как в их основе действительно лежит какое-либо незначительное заболевание, значение которого непомерно переоценивается больным.

3. Навязчивые идеи. Впервые были описаны Ф. Платтером. Навязчивые идеи характеризуются появлением в сознании неотступных и назойливых мыслей, которые сам больной критически оценивает как болезненные, нелепые и не соответствующие действительности, но устранить их вновь и вновь повторяющееся возникновение не может.

Сам факт этой неодолимой навязанности (обсессии) субъективно тяжело переживается человеком. Навязчивые идеи довольно часто сочетаются с навязчивыми действиями (неодолимая потребность совершать какое-либо действие или поступок). Все виды навязчивостей, которые буквально преследуют человека и отравляют все его существование, могут возникать при относительно редком заболевании (0,05% в населении) – неврозе навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство).

Отвлеченные навязчивости – бесплодное мудрствование, навязчивый счет и навязчивые репродукции.

Душевная, умственная жвачка, руминация (Janet P., 1903), проявляется навязчивым стремлением вновь и вновь разрешать ненужные или даже бессмысленные вопросы (например, больной вынужден думать, почему правая рука называется именно правой, а левая – левой).

Навязчивый счет (арифмомания) выражается назойливым стремлением считать и удерживать в памяти количество пройденных шагов, прохожих, столбов, автомобилей, производить в уме счетные операции.

Навязчивые репродукции – назойливое припоминание забытых или ненужных терминов, имен, определений, эпизодов из жизни. Например, ономотомания – это навязчивое вспоминание различных имен.

Образные навязчивости – это преимущественно простые фобии (страхи конкретного содержания), навязчивые опасения, представления и воспоминания, контрастные представления и хульные мысли, а также навязчивые влечения к действию (компульсии).

Фобии – в отличие от навязчивых мыслей и действий, при фобиях, т.е. навязчивых страхах конкретных ситуаций или предметов, больной не испытывает тревоги и дискомфорта, если не сталкивается с устрашающими объектами. Однако они формируют ограничительное поведение: больной начинает избегать пугающих ситуаций, когда это возможно. К группе пространственных фобий относятся: клаустрофобия (страх закрытых помещений), гипсофобия (или акрофобия, боязнь высоты), агорафобия (боязнь открытых пространств и всех смежных ситуаций, связанных с выходом из дома). К группе нозофобий (боязни болезней) относятся: канцерофобия, спидофобия, радиофобия (страх заболеть раком, сифилисом, лучевой болезнью). К группе социальных фобий (социофобия) относятся: эрейтофобия (страх покраснеть), скоптофобия (страх упустить кишечные газы). Реже встречаются страхи покончить жизнь самоубийством (суицидофобия), убить кого-либо (гомицидофобия), боязнь острых предметов (айхмофобия, или оксифобия), страх кошек (эйлуорофобия), езды на поезде (сидеродромофобия), цветов (антофобия), грозы (астрафобия), грома (бронтофобия), змей (офидиофобия), темноты (никтофобия), микробов и грязи (мизофобия) и множество других.

Навязчивые сомнения, или болезнь сомнений (Фальре Ж., 1880), – неуверенность в правильности и законченности совершенных действий, вынуждающая пациентов многократно проверять сделанное, что обычно не устраняет болезненных сомнений.

Навязчивые опасения – неотвязные страхи, сомнения в удачном исходе предстоящих привычных действий, например публичного выступления, управления машиной, самолетом, сдачи экзамена; страхи совершенно необоснованные, поскольку ранее такие действия выполнялись без труда. Сосредоточенность внимания на себе является условием аномального протекания автоматизмов, что, в свою очередь, еще более усиливает навязчивые опасения.

Навязчивые, или овладевающие, представления – не соответствующие действительности яркие представления мучительного содержания, принимающиеся на высоте болезненного состояния за реальность. Так, пациент повторно переживает яркую сцену того, как он оказался под колесами автомобиля: видит себя раздавленным, в луже крови, с раздробленными костями и черепом и т. п. В них явно видна тенденция к переходу в образный бред.

Навязчивые воспоминания – произвольное появление в сознании образных детальных воспоминаний о каком-либо неприятном или порочащем больного событии реального прошлого.

4. Доминирующие идеи. Доминирующей идеей следует называть такую мысль, которая занимает в сознании человека незаслуженно большое место. Доминирующие идеи часто бывают у здоровых людей, когда они усиленно к чему-то стремятся и сосредоточены на достижении цели. Встречаются они и у больных. Отношение больных к доминирующим идеям бывает разным, но иногда эти идеи начинают их тяготить. Не сомневаясь в их правильности, больной понимает, что они совершенно неправомерно все время владеют им. Эти идеи болезненны не потому, что они неправильно отражают действительность, а потому, что какой-либо реальный факт привлек к себе упорное внимание на слишком долгое время («прилипание» внимания). Довольно часто в психиатрической клинике доминирующие идеи предшествуют возникновению других болезненных идей, в частности бреда.

Тема 6. Нарушения речи

Речь возникла в процессе исторического развития вместе с мышлением и имеет прежде всего коммуникативное, общественное значение. Потребность в совместной деятельности приводит к необходимости в общении.

Речь – это процесс словесного общения, выражение какой-либо мысли. Речь подразделяется на устную и письменную. У людей с дефектами слуха особое значение приобретает жестовая речь. Система жестового общения глухих включает в себя разговорную и калькирующую. В калькирующей речи жесты являются эквивалентами слов, а порядок их следования такой, как и в обычном предложении. Жесты сопровождают устную речь говорящего.

Для обозначения нарушений речи часто используются термины «недоразвитие речи» и «нарушение речи».

Недоразвитие речи предполагает качественно более низкий уровень сформированности речевой функции или речевой системы в целом. Оно может иметь различные причины: задержка развития только компонентов речевой системы или сочетание ее с общей задержкой психического развития, олигофренией.

Нарушения речи представляют собой отклонения от нормы в процессе функционирования механизмов речевой деятельности. Они подразделяются на нарушения устной речи и нарушения письменной речи.

Расстройства устной речи могут быть обусловлены нарушениями произносительной стороны речи (фонационного, внешнего оформления высказывания) и структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания (системное нарушение речи).

Расстройства фонационного оформления речи

1. Дисфония (афония) – отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата.

2. Брадилалия (брадифразия) и тахилалия (тахифразия) – патологически замедленный или патологически ускоренный темп речи. Эти расстройства связаны с центрально обусловленными нарушениями реализации речевой программы (органическими или функциональными по своей природе).

3. Заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Является центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную (логоневроз) природу, возникает чаще в ходе речевого развития ребенка.

4. Дислалия (косноязычие) – нарушение, недостатки звукопроизношения фонем при нормальном слухе и сохраненной иннервации речевого аппарата. Для обозначения искаженного произношения звуков используются международные термины, образованные от названий букв греческого алфавита с помощью суффикса «-изм»: ротацизм – дефект произношения «р», ламбдацизм – «л», мацизм – «г», хитизм – «х», каппацизм – «к», сигматизм – свистящих и шипящих звуков и другие.

5. Ринолалия (гнусавость) – нарушение тембра голоса и звуко-произношения из-за анатомо-физиологических дефектов речевого аппарата (расщелины неба, нарушения резонансных свойств полостей носа и другие).

6. Дизартрия (косноязычие) – нарушение произношения без расстройства восприятия речи на слух, чтения и письма, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Расстройства структурно-семантического (внутреннего) оформления речи

1. Алалия (дисфазия, слухонемота) – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. Встречается примерно у 1% дошкольников (0,1% всего населения).

При моторной алалии нарушено произношение слов, родители таких детей характеризуют их как понимающих, но не желающих говорить. При сенсорной алалии нарушено понимание речи – ребенок слышит, но не понимает слов. Часто он довольно болтлив (повышенная речевая активность) и слышимые слова проговаривает по несколько раз, как эхо (эхолалия), но смысла их он не улавливает.

2. Афазия (утрата речи) – полная или частичная утрата речи (после того, как она уже была сформирована), обусловленная локальными поражениями головного мозга в результате травм головы, нейроинфекции и опухолей мозга.

До 3 лет, пока речь еще не сформирована, диагностика афазии невозможна.

Существуют различные классификации афазий, отражающие тот или иной исторический период развития наук о речи. В настоящее время в нашей стране общепринятой является нейропсихологическая классификация афазий А.Р. Лурия, где выделено 7 форм афазий: сенсорная, акустико-мнестическая, оптико-мнестическая, моторная (афферентная и эфферентная), динамическая и семантическая.

Сенсорная афазия связана с поражением задней трети височной извилины левого полушария. В ее основе лежит нарушение способности различать звуковой состав слов (утрата фонематического слуха).

Акустико-мнестическая афазия (амнестическая афазия) возникает при поражении средних отделов коры левой височной области (21-е и частично 37-е поля). У больного резко снижается объем слухоречевой памяти – до 3-2 элементов, в силу чего затруднено понимание больших фраз.

Оптико-мнестическая афазия (оптическая амнезия) возникает при поражении задненижних отделов височной области у правшей (нижние отделы 20-21-го и 37-го полей). Больные не могут

назвать показываемые предметы и пытаются дать им словесное описание (карандаш – «то, чем пишут»). Они не могут нарисовать даже самых простых предметов (стол, дом и другие).

Моторная афазия выражается в затруднениях произношения слов. При поражении нижних отделов теменной области (40-го поля) нарушается возможность появления четких ощущений, поступающих от артикуляционного аппарата, в силу чего возникают затруднения в произношении и различении близких по артикуляции звуков (д,л,н или г,х,к) и часто затруднено выполнение различных оральных движений (надуть щеки, облизать губы, высунуть язык) – афферентная моторная афазия. При поражении нижних отделов коры премоторной области (44-е и частично 45-е поля, «зона Брока») при попытке что-то сказать больной произносит лишь нечленораздельные звуки, но окружающих понимает хорошо – моторная афферентная афазия.

Динамическая афазия связана с поражением областей вблизи от зоны Брока, что приводит к дефектам формирования внутренней речи. Она проявляется речевой адинамией, самостоятельно больные почти не высказываются, речь очень бедна. При пробе на заданные ассоциации (например, попросить назвать 7 красных предметов) больные называют 1-2 предмета и замолкают.

Семантическая афазия возникает при поражении коры области стыка височных, теменных и затылочной областей слева

Больные перестают различать грамматические конструкции, отражающие симультанный (одновременный) анализ и синтез явлений, т.е. когда для понимания какого-либо выражения требуется одновременное представление нескольких явлений. Они не понимают различий в выражениях «круг над крестом» и «круг под крестом» (предлоги над, под, сверху, снизу и др.), «брат отца» и «отец брата» (конструкции родительного падежа), «ручка длиннее карандаша» и «карандаш короче ручки» (сравнительные отношения) и другие.

Нарушения письменной речи

1. Дислексия – частичное специфическое нарушение процесса чтения. Проявляется в затруднениях опознания и узнавания букв, в затруднениях слияния букв в слоги и слогов в слова, что приводит к неправильному воспроизведению звуковой формы слова, искажению понимания прочитанного. Дислексия встречается у 3% детей начальных классов массовой школы, чаще у мальчиков. Она объясняется несформированностью (нарушением) высших психических функций, качественной незрелостью головного мозга в его отдельных зонах. Например, при поражении правого полушария наблюдаются трудности при чтении левой части слова, слово прочитывается справа налево.

В зависимости от того, какой из анализаторов первично нарушен, выделяют акустическую, оптическую и моторную формы дислексии. Семантическая дислексия проявляется в нарушении понимания прочитанных слов или текста при технически правильном чтении, а аграмматическая дислексия проявляется у ребенка в трудностях усвоения грамматического строя речи (неправильное согласование в роде, числе и падеже, неправильное употребление окончаний). Тактильная дислексия наблюдается у слепых детей и проявляется у них трудностями тактильного опознания букв азбуки Брайля.

2. Дисграфия – частичное специфическое нарушение процесса письма. Проявляется в нестойкости оптико-пространственного образа буквы, в смешениях или пропусках букв. В случаях полной несформированности процесса письма говорят об аграфии. Аграфия проявляется нарушением способности писать правильно по смыслу и по форме при сохранности двигательной функции руки. Письмо представляет собой сложную, многоуровневую форму речевой деятельности, и в ней принимают участие и взаимодействуют различные анализаторы. Причины нарушений письма и чтения являются сходными.

Для обозначения нарушений речи используют термины «недоразвитие речи» и «нарушения речи».

Недоразвитие речи предполагает качественно более низкий уровень сформированности речевой функции или речевой системы в целом.

Нарушения речи представляют собой отклонения от нормы в процессе функционирования механизмов речевой деятельности. Расстройства устной речи делятся на расстройства фонационного оформления речи:

1. Дисфония (афония) – отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата;

2. Брадилалия и тахилалия – патологически ускоренный или замедленный темп речи;

3. Заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием голосового аппарата;

4. Дислалия – нарушение звукопроизношения фонем при нормальном слухе и сохраненной иннервации речевого аппарата. Формы дислалии: ротацизм – дефект произношения звука «р»; ламдацизм – «л»; мацизм – «г»; хитизм – «х»; каппацизм – «к»; сигматизм – свистящих и шипящих звуков;

5. Ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения вследствие анатомо-физиологических дефектов речевого аппарата;

6. Дизартрия – нарушение произношения без расстройства восприятия речи на слух, чтения и письма, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата.

Тема 7. Нарушения внимания

Внимание как психический процесс не является самостоятельной формой отражения, но организует другие психические процессы на обеспечение избирательности восприятия, целенаправленности выполнения каких-либо действий (внешнее внимание), возможности сосредоточения человека на своих мыслях, образах памяти или воображения, а также чувствах (внутреннее внимание).

Расстройства внимания бывают как временные явления у совершенно нормальных людей при утомлении или эмоциональном перенапряжении. В некоторых случаях недостаточность внимания становится устойчивой, и ее называют «невнимательностью» (в противовес такому свойству личности, как «внимательность»). В зависимости от особенностей и форм сочетания различных свойств внимания, приводящих к невнимательности, можно говорить о трех ее типах.

Первым типом невнимательности является рассеянность («порхающее» внимание), определяемая легкой произвольной переключаемостью слабо концентрированного внимания. Этот вид невнимательности свойствен дошкольникам и людям ослабленным, астенизированным в результате сильного переутомления или болезни.

Второй тип невнимательности, напротив, определяется высокой интенсивностью и концентрацией внимания при трудностях переключения. Это тип «невнимательности ученого», сосредоточенного на своих мыслях. У больных этот тип невнимательности свойствен лицам со сверхценными и навязчивыми мыслями.

Третий тип невнимательности характеризуется весьма слабой концентрацией внимания и еще более слабой его переключаемостью. Этот тип невнимательности связан с постоянным или временным снижением силы и подвижности нервных процессов. У здоровых людей подобная невнимательность является временной, следствием переутомления. В клинике такое внимание наблюдается в условиях кислородного голодания мозга, при церебральном атеросклерозе у пожилых людей («стариковская рассеянность»).

Жалобы на расстройства внимания становятся признаком заболевания только в контексте с общим соматическим или нервно-психическим расстройством. В большинстве случаев можно говорить о трех основных группах нарушений внимания: гипопрозексия, гиперпрозексия и парапрозексия.

При гипопрозексиях встречаются разнообразные варианты ослабления внимания. Полная неспособность к сосредоточению, концентрации внимания называется апрозексией. Последняя сопровождается повышенной отвлекаемостью. Чаще всего в клинике встречается сочетание снижения возможностей к сосредоточению с ослаблением устойчивости внимания. Нередко эти явления сопровождаются снижением объема внимания.

Истощаемость внимания – прогрессирующее ослабление его интенсивности в процессе работы, хотя изначально была достаточно высокая степень сосредоточения. В силу этого резко падает продуктивность работы, становится невозможным углубленность, поглощенность деятельностью. После непродолжительного периода работы в достаточно высоком темпе появляется чувство усталости, повышенная отвлекаемость, теряется интерес к занятию, возникает потребность в отдыхе или перемене деятельности, сонливость, непоседливость.

Сужение объема внимания – патологическое сосредоточение, обусловленное слабостью его распределения. Отсюда содержанием сознания становятся наиболее лично близкие большому впечатлению. Объем внимания ограничен объектами, имеющими ситуационную или индивидуально-личностную значимость.

Сужение объема внимания обычно проявляется неспособностью удерживать в кругу произвольной целенаправленной деятельности достаточно большое число представлений и свободно оперировать ими. Больные становятся рассеянными, забывчивыми. По их словам, стоит им немного отвлечься в беседе, как они теряют мысль, которую хотели высказать. Отправляясь за

нужным предметом в соседнюю комнату, по дороге отвлекаются и забывают, зачем пошли. При счете, особенно в уме, начинают ошибаться, как только количество цифр и операций с ними становится больше, чем они могут удержать в зоне активного внимания. Сужение объема внимания характеризует астенические состояния разного, чаще органического генеза.

Нарушение направленности внимания – проявляется в том, что внимание приковано к явлениям, заслоняющим от больных другие важные стороны жизни. Так, при патологической рефлексии внимание поглощено самоанализом, постоянными размышлениями о своих поступках, мыслях, отношениях с людьми. Внимание депрессивных больных обычно привлечено к безрадостным сторонам жизни. Своеобразие нарушений внимания больных шизофренией состоит в том, что оно часто рассеивается по мелочам, на несущественные детали происходящего.

При некоторых расстройствах сознания иногда возникает явление, близкое к повышенной отвлекаемости внимания, – симптом гиперметаморфозы. Больные при этом с особой остротой постоянно замечают изменения формы и пространственной локализации окружающих предметов, они все время пытаются удостовериться в этом прикосновением руки или перестановкой находящихся в поле зрения вещей.

При гиперпрозекциях внимание усилено, причем часто за счет односторонней его направленности. Например, больные с ипохондрическими состояниями проявляют патологически повышенное внимание к своим болезненным ощущениям и всему тому, что имеет отношение к их здоровью.

Как бы полной противоположностью симптому отвлекаемости является патологическая застреваемость, тугоподвижность внимания, которая свойственна больным эпилепсией, при депрессиях. В этих случаях наблюдаются и нарушения механизма переключения внимания с одного объекта на другой, что зависит от малой подвижности основных нервных процессов в коре головного мозга.

В некоторых случаях усиление внимания проявляется в виде явления «прилипания» внимания к определенной мысли или представлению.

Появившееся у больного то или иное представление, мысль задерживаются в сознании, что часто выражается в речи повторением одних и тех же слов (персеверация). Доминирующие идеи (в патологических случаях) также часто находят объяснение феноменами своеобразного «прилипания» внимания к определенным мыслям, хотя больной при этом осознает, что они занимают в его сознании незаслуженно большое место.

Парапрозексии – извращение внимания. В психопатологии понимается как проявление в сфере внимания явлений диссоциации и амбивалентности, типичных при шизофренических расстройствах. Здесь обычно демонстрируемая больным слабость побуждений к концентрации внимания и видимая истошаемость произвольного внимания в повседневной деятельности парадоксально сочетаются с крайним усилением и даже ригидностью внимания при возникновении у больного феноменов психопатологического свойства.

Обычно это крайняя сосредоточенность на галлюцинациях или бредовых построениях, но чаще эта сохранность и даже усиление внимания наглядно проявляются у таких больных при скрупулезном выполнении ими чрезвычайно сложных патологически фиксированных ритуальных действий.

У здоровых лиц парапрозексии также встречаются. Однако здесь их следует рассматривать более в плане несоответствия, неадекватности первоначальной установки произвольного внимания и результата. Чаще всего это возникает при чрезмерно сильном напряжении внимания, которое само по себе становится непереносимым для нервной системы, что и обуславливает парадоксальные, извращенные реакции со стороны внимания. Например, спортсмен на старте не слышит выстрела стартового пистолета, хотя активно сосредоточивался и готовился к этому моменту. Здесь имеет место своеобразное нарушение внимания, характеризующееся тем, что напряженное ожидание блокирует способность вовремя заметить появление соответствующего объекта.

Расстройства внимания при очаговой патологии мозга подразделяют на модально-неспецифические и модально-специфические нарушения.

Модально-неспецифические нарушения внимания распространяются на все виды и уровни внимания. Больной не может сосредоточиться на стимулах любой модальности (зрительной, слуховой, тактильной и т.д.). Подобные нарушения внимания характерны для больных с поражением неспецифических срединных структур мозга разных уровней.

Уровень нижних отделов неспецифических структур (область продолговатого и среднего мозга) – это первый уровень поражения, при котором у больных наблюдается быстрая истощаемость, резкое сужение объема и нарушение концентрации внимания. Эти симптомы проявляются в любом виде деятельности из-за слабости тех механизмов, которые поддерживают внимание. Например, при выполнении серийных счетных операций (вычитание или сложение) больные сначала дают быстрые и правильные ответы, затем латентные периоды ответов резко увеличиваются (по типу истощения), появляются ошибки и следует отказ. Иногда возможен повторный всплеск активности, когда больной начинает совершать счетные действия правильно. В большей степени страдают произвольные формы внимания: больным легче сосредоточиться, если задание их лично интересует (обращение к профессиональному интересу или к мотивационной основе действий улучшает результаты).

Уровень диэнцефальных и лимбических отделов – это второй уровень поражения, при котором нарушения внимания проявляются грубее. Такие больные часто вообще не могут сосредоточиться на чем-либо или их внимание крайне неустойчиво. Эти трудности проявляются при выполнении двигательных актов, при решении задач и при выполнении невербальных заданий. Попытки поднять уровень активности этих больных, как правило, не дают стойкого результата.

Уровень медиобазальных отделов лобных и височных долей – третий уровень поражения неспецифических срединных структур мозга, при котором преимущественно страдает произвольное внимание, а произвольное патологически усилено. У больных возникает так называемое «полевое поведение», т.е. они становятся чрезмерно реактивными на все стимулы вокруг себя: оборачиваются на любой звук, вмешиваются в разговоры соседей и т.п. Такая бесконтрольная реактивность отражает растормаживание элементарных форм ориентировочной деятельности. У таких больных с помощью обращения к произвольному вниманию можно вызвать такие действия, которые нельзя получить, адресуясь к произвольному уровню внимания. Например, они не могут переводить взор по словесной инструкции, но переводят взор вслед за зрительным объектом. У больных с поражением лобных долей наблюдается нередко и своеобразное нарушение произвольного переключения внимания на новое действие, при этом возникает повторное выполнение (персеверация) одного и того же действия.

Модально-специфические нарушения внимания проявляются только в одной сфере – зрительной, слуховой, тактильной или двигательной. В клинике они часто описываются как явления игнорирования тех или иных стимулов. Их нельзя рассматривать как нарушения восприятия или как непонимание инструкции. Они проявляются в специфических трудностях осознания при одновременном предъявлении «двойных» стимулов одной модальности (двух зрительных, двух слуховых или двух тактильных).

Тема 8. Нарушения сознания

Сознание – интегративная психическая деятельность, обеспечивающая высшие уровни отражения действительности и саморегуляции. Сознание позволяет человеку создавать внутреннюю модель окружающего мира и на ее основе строить свое поведение. Более того, сознание обладает рефлексивной способностью, что обеспечивает осознание и своего внутреннего мира.

В медицине изучаются расстройства сознания, которые противопоставляются «сознательности» или «ясности» сознания. При ясном сознании у человека, хотя и имеющего нарушения некоторых психических функций, способность ориентироваться в месте, времени и собственной личности остается сохранной. Это медицинское определение сознания более узкое, чем в психологии, но оно имеет важное практическое значение. Один и тот же психопатологический симптом у больного с ясным сознанием может приобретать иное диагностическое значение у больного с помрачением сознания.

В широком понимании нарушение сознания – это такой вид расстройств психической деятельности, при котором затрудняется и изменяется восприятие и адекватный анализ окружающей действительности и самого себя. В этом смысле любые расстройства психической деятельности одновременно являются и нарушениями сознания. Как уже ранее отмечалось, при таком понимании сознание у больных при различных заболеваниях, приводящих к диффузному или парциальному ухудшению познавательных функций и не сопровождающихся снижением уровня бодрствования (как, например, при деменции), следовало бы относить к нарушенному.

Наиболее четко главные симптомы нарушенного сознания описал немецкий психиатр К. Ясперс (1923). Он сформулировал три главных признака синдромов нарушенного сознания: отрешенность от окружающего мира, дезориентировка и амнезия в период нарушенного сознания.

1. Отрешенность от окружающего мира понимается как утрата способности воспринимать окружающее или восприятие фрагментарное, неотчетливое, беспорядочное. Кроме того, у больного утрачивается способность к мышлению – оно отличается затруднениями анализа и синтеза, установления причинно-следственных связей, но относительной сохранностью механических ассоциаций.

2. Дезориентировка – полное или частичное нарушение ориентировки человека в месте, времени, собственной личности.

3. Амнестические расстройства (полная или частичная амнезия), распространяющиеся на события всего периода расстроенного сознания.

Важно подчеркнуть, что для установления состояния нарушенного сознания необходимо обязательное наличие совокупности перечисленных признаков. Один или несколько не связанных между собой симптомов не могут в достаточной степени свидетельствовать о патологии сознания.

Состояния выключения сознания

Количественные нарушения сознания связаны с нарушениями процессов активации, что приводит к снижению уровня бодрствования со своеобразным «выключением» сознания. В зависимости от степени выраженности выключения сознания выделяют кому, сопор и оглушение.

Коматозное состояние характеризуется полным выключением сознания, больной лежит с закрытыми глазами, и его невозможно разбудить – он не реагирует ни на какие раздражители, даже сильные болевые. Выражена мышечная атония, постепенно угасают все рефлексы, а в терминальных стадиях происходит угнетение центров дыхания и кровообращения.

Сопорозное состояние характеризуется, так же как и кома, полным выключением сознания, но у больного сохранены оборонительные и другие безусловные рефлексы. Сопор и кома являются признаками тяжелого соматического неблагополучия организма. После выздоровления остается полная амнезия всего периода бессознательного состояния.

Оглушение – выраженная его степень граничит с сопором, однако больного удастся «расторгнуть», и он приходит на короткое время в сознание. При отсутствии сильных стимулов извне (энергичные оклики, встряхивание) больной снова погружается в спячку. После выздоровления, при тяжелом оглушении, амнезия на период нарушения сознания почти полная.

При средней степени оглушенности (сомноленции) сонливость менее глубокая; больной сам не говорит, но на вопросы отвечает, хотя и со значительной задержкой; нарушено осмысление окружающего, а при выздоровлении отмечается частичная амнезия.

При более легком оглушении – обнубиляции – происходит колеблющееся по интенсивности легкое затемнение сознания с затруднением осмысливания ситуации, понимания смысла происходящего и чужой речи, больной сонлив, медленно и мало говорит.

Состояния помрачения сознания

Качественные нарушения сознания обусловлены расстройством (дезинтеграцией) сознания и его «заполнением изнутри» патологическим содержанием (психопатологической продукцией, чаще галлюцинаторной и бредовой), в силу чего нарушается ориентировка больного в конкретно-предметной среде, изменяется поведение, а после выздоровления отсутствуют или отрывочны воспоминания о периоде помрачения сознания.

Дезинтеграция сознания – это корковое нарушение связей, т.е. более сложное расстройство, чем простое выключение сознания. В этой группе чаще всего выделяют делирий, онейроид, аменцию и сумеречные состояния сознания.

Делирий (от лат. *delirium* – безумный) характеризуется преобладанием у больных наплывов ярких сценподобных истинных зрительных галлюцинаций. Делириозное помрачение сознания обычно усиливается к вечеру и ночью, а днем могут наступать периоды относительного прояснения сознания. Поведение больного зависит от содержания психопатологической продукции. Воспоминания на период делирия после выздоровления сохраняются частично. Типичный пример делирия – алкогольная «белая горячка».

Онейроид (от греч. *oneiros* – сновидение) характеризуется преобладанием у больных наплывов фантастических зрительных псевдогаллюцинаторных переживаний, напоминающих сновидения или грезы. Больные полностью дезориентированы и погружены в свой внутренний мир или сохраняют двойственность ориентировки, отражая и реальную, и кажущуюся действительность. Воспоминания о пережитом сохраняются частично, причем больные обычно

забывают реальные события, но помнят свои болезненные фантастические переживания. Онейроид чаще наблюдается при тяжелых инфекциях и шизофрении.

Менее глубокое помрачение сознания наблюдается при ониризме («бред сновидений»), когда нарушается дифференцировка между сновидениями и реально происходящим вокруг. Бред является как бы продолжением очень ярких сновидений и сновидных переживаний, чаще приятных. После пробуждения убежденность в реальности виденного во сне, его актуальность постепенно уменьшаются.

Аменция (от лат. *amentia* – бессмыслие) характеризуется состоянием спутанности сознания в силу острой потери способности синтеза восприятий и образования причинно-следственных ассоциаций (инкогеренция, бессвязанность мышления). Поведение определяется растерянностью с аффектом недоумения. Нарушены все виды ориентировки, а речь больного состоит из обрывков воспоминаний. Амнезия после выздоровления полная, распространяющаяся на весь период аменции. Аментивные состояния бывают после тяжелых травм мозга, при тяжелых и длительных заболеваниях, приводящих к истощению нервной системы (интоксикации, инфекции).

Сумеречное расстройство сознания характеризуется резким сужением сознания, при этом внешние впечатления либо совсем не доходят до больного, либо доходят не полностью. Внимание приковывается к одному объекту с возможностью внешне упорядоченных и даже сложных действий. При сумеречных расстройствах сознания могут быть и галлюцинаторно-бредовые переживания, обуславливающие внезапные и опасные для окружающих поступки – бегство, нападение. Сумеречное состояние всегда начинается и заканчивается внезапно, длится от нескольких минут до нескольких дней, амнезия перенесенного полная. Чаще сумеречные состояния наблюдаются при органических заболеваниях мозга (поражение медиальных отделов височной области мозга), эпилепсии, просоночных состояниях, патологическом опьянении, а также после тяжелых внезапных психических травм (патологический аффект).

Как вариант сумеречного расстройства сознания рассматриваются и состояния амбулаторного автоматизма. К нему относятся случаи снохождения (сомнамбулизма) и состояния транса. Последний может длиться даже несколько недель при внешне упорядоченном поведении.

Однако, внезапно выйдя из него, больной не может отдать себе отчета, почему он оказался в данном месте и что собирался делать. От сумеречных состояний следует отличать особые состояния сознания (Гуревич М.О., 1949), которые периодически проявляются относительно поверхностными нарушениями сознания с признаками деперсонализации и дереализации. Последние симптомы часто появляются при поражении медиальных отделов височной области мозга. Среди нарушений сознания они занимают особое место, так как не сопровождаются амнезией. К этой группе относят и ауру перед эпилептическим припадком, о которой у больного также сохраняется воспоминание.

Нарушения самосознания

К. Ясперс противопоставил сознание собственного «Я» предметному сознанию и выделил четыре главных признака самосознания, нарушение которых является типичным при психической патологии:

1. чувство деятельности – осознание себя как существа активного;
2. осознание собственного единства в каждый момент времени;
3. осознание собственной идентичности;
4. осознание того, что «Я» отлично от остального мира, от всего того, что не является «Я».

Таким образом, к главным клиническим критериям нарушения самосознания можно отнести расстройство сознания своего «Я» как личности и отсутствие или искажение сознания субъективной принадлежности собственных психических актов (Семенов С.Ф., 1966).

Деперсонализация – нарушение самосознания, выражающееся в отчуждении самого себя, своего «Я». Субъективно она всегда неприятна и может существовать длительно или проявляться приступами. Чувство отчужденности собственного «Я» может касаться как отдельных соматических или психических функций, так и личности в целом. Обычно деперсонализация появляется только с подросткового возраста, хотя отдельные ее элементы возможны уже в возрасте 8-10 лет. У детей дошкольного и дошкольного возраста такие проявления, как игровое перевоплощение, отсутствие ощущения сытости, удовлетворения жажды, утрата сознания пола или возраста и ряд других, некоторые исследователи также относят к рудиментарным проявлениям деперсонализации (Башина В.М., 1980). В виде отдельных эпизодов деперсонализация может встречаться у здоровых людей на фоне переутомления, волнения или недосыпания. Однако чаще всего деперсонализация возникает при депрессии и шизофрении.

При соматопсихической деперсонализации возникает чувство чуждости всего тела либо его частей или даже их исчезновения. В отличие от нарушений «схемы тела» (перцептивное расстройство) здесь нет ощущения изменений пропорций тела или его частей. Больные сообщают, что тела (или его частей) просто нет, они не чувствуют его (их). Больной иногда не может понять, сыт он или голоден, хочется ему в туалет или нет. Даже иногда возникает чувство исчезновения жизни и собственного существования (витальная деперсонализация).

При аутопсихической деперсонализации возникает чувство чуждости отдельных психических функций или своего «Я» в целом. Когда это касается отдельных психических функций, то больные говорят об исчезновении чувств, сообщают, что им кажутся чуждыми собственная речь, мысли или свое прошлое. В некоторых случаях у больных возникает болезненное ощущение исчезновения своей личности и изменения своего «Я». При этом имеется в виду, что больные как бы наблюдают себя со стороны, сообщая, что они становятся какими-то другими, – столь безжизненным и лишенным реальности становится осознание ими самих себя.

Принципиальная важность положения о том, что именно мозг в целом является носителем сознания и самосознания, отчетливо прослеживается в клинике нарушений сознания вследствие избирательного поражения правого или левого полушария (Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1990).

У правой при поражении правого полушария наиболее часто наблюдаются нарушения сознания с утратой чувства реальности и собственной личности. Окружающий мир может потерять для них свое объективное значение. Иногда больные воспринимают только правую половину внешнего мира, а его левая половина заменяется прошлыми воспоминаниями.

При поражении левого полушария у правой возникают иные состояния сознания – с «провалами мыслей» или, напротив, с переживанием множества мыслей, мешающих друг другу. Нередки случаи кратковременного отключения сознания (сумеречные состояния), при которых больной может сохранять психомоторную активность.

У левой особенности нарушения сознания не так сильно зависят от стороны поражения мозга. Преобладают обычно повторяющиеся полимодальные (зрительные, слуховые, осязательные и др.) галлюцинации. Иногда у этих больных появляются особые способности, например «видение» кожей, восприятие того, что не находится в пределах достигаемости зрительного пространства, и др.

Тема 9. Организация и содержание работы патопсихолога

Основные разделы работы патопсихолога определяются его участием в:

- решении задач дифференциальной диагностики,
- оценке структуры и степени нервно-психических расстройств,
- диагностике психического развития и выборе путей общеобразовательного и трудового обучения и переобучения,
- исследовании личности, социальной среды и социальных позиций больного в целях получения данных для функционального диагноза,
- оценке динамики нервно-психических нарушений и учете эффективности терапии,
- экспертной работе,
- психокоррекционной работе.

Под патопсихологическими исследованиями (экспериментами) в современной психологии понимается использование любой диагностической процедуры в целях моделирования целостной системы познавательных процессов, мотивов и «отношений личности» (Б.В.Зейгарник).

Основными задачами параклинических методов в клинической психологии является обнаружение изменений функционирования отдельных психических функций и выявление патопсихологических синдромов.

Под патопсихологическим синдромом понимают патогенетически обусловленную общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных и взаимосвязанных (В.М. Блейхер).

К патопсихологическим синдромам относят совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности больных, выраженных в психологических понятиях (В.В. Николаева, Е.Т. Соколова, А.С. Спиваковская). Считается, что в патопсихологическом синдроме отражаются нарушения различных уровней функционирования центральной нервной системы.

По мнению А.Р. Лурия, Ю.Ф.Полякова, в системе иерархии мозговых процессов различаются такие уровни как:

1. Патобиологический (характеризующийся нарушениями протекания биохимических процессов и морфологической структуры тканей мозга);
2. Физиологический (закрывающийся в изменении течения физиологических процессов);
3. Пато- и нейропсихологический (возникающий в ходе нарушения протекания психических процессов и связанных с ними свойств психики);
4. Психопатологический (проявляющийся клиническими симптомами и синдромами психической патологии).

В результате выявления патопсихологических синдромов возможным становится оценка особенностей структуры и протекания самих психических процессов, приводящих к клиническим проявлениям – психопатологическим синдромам.

Патопсихолог направляет свое исследование на раскрытие и анализ определенных компонентов мозговой деятельности, ее звеньев и факторов, выпадение которых является причиной формирования наблюдаемых в клинике симптомов.

Выделение патопсихологических регистр-синдромов позволяет клиническому психологу не только зафиксировать нарушения в различных сферах психической деятельности, но и ранжировать их по механизмам возникновения.

Кроме того, правильная квалификация патопсихологического синдрома позволяет клиницисту верифицировать нозологический диагноз и в верном русле направить коррекционную и терапевтическую работу.

В большей степени регистр-синдромы значимы для патопсихологических исследований в психиатрической клинике, в меньшей – в соматической.

Параклинические методы исследования в клинической психологии представляют собой обширный набор способов оценки деятельности головного мозга. Каждый из них представляет инструментарий какой-либо области науки.

Освоение всех параклинических методов и способов диагностики не входит в компетенцию клинических психологов. Но умение подобрать необходимые при конкретной клинически выявленной патологии параклинические методы, обосновать необходимость их использования, верно трактовать полученные с их помощью результаты считается неотъемлемой составляющей деятельности клинического психолога.

Патопсихологическая диагностика использует батарею экспериментально-психологических методик-тестов, с помощью которых возможна оценка функционирования как отдельных сфер психической деятельности, так и интегративных образований – типов темперамента, особенностей характера, личностных качеств.

Тема 10. Личность и болезнь

В центре внимания клинического психолога, работающего в соматической клинике, находятся психические реакции человека, заболевшего тем или иным расстройством. Значимым становится анализ как их клинических особенностей и разнообразия, так и оценка факторов, способствующих возникновению у конкретного человека определенного типа психического реагирования на собственную болезнь.

Считается, что тип реагирования на соматическое заболевание связан в первую очередь с оценкой пациентом его тяжести. При этом можно говорить о существовании феномена «объективной тяжести болезни» и «субъективной тяжести болезни». Субъективное отношение к заболеванию называется также «внутренней картиной болезни» (Р.А. Лурия), концепцией болезни, нозогнозией.

Суть его заключается в интеллектуальной интерпретации диагноза заболевания, когнитивной оценке его тяжести и прогноза и в формировании на этой основе эмоционального и поведенческого паттерна.

Субъективное отношение к болезни формируется на базе множества факторов, которые можно объединить в следующие группы: социально-конституциональную и индивидуально-психологическую.

Под социально-конституциональными параметрами понимается влияние пола, возраста и профессии человека, под индивидуально-психологическими – свойств темперамента, особенностей характера и качеств личности. Каждый из факторов имеет особенности, которые будут приведены ниже.

Параметр пола человека, несомненно, оказывает влияние на субъективное отношение к болезни и формирование типа реагирования на заболевание. К особенностям, имеющим

корреляции с полом человека, можно отнести известные факты лучшей переносимости женщинами болевого ощущения, состояний длительной ограниченности движений или обездвиженности. Этот факт может быть объяснен как психофизиологическими особенностями пола, так и психологическими традициями роли женщины и мужчины в определенных обществах и культурах.

Возрастные особенности человека также существенны при формировании субъективного отношения к болезни и становления определенного типа реагирования на нее. Известно, что для каждой возрастной группы существует субъективный реестр тяжести заболеваний – своеобразное распределение болезней по социально-психологической значимости и тяжести.

Для детей, подростков и молодежи наиболее тяжелыми в психологическом отношении оказываются болезни, которые изменяют внешний вид человека, делают его непривлекательным. Связано это с системой ценностей, расстановкой приоритетов, имеющихся у молодого человека, для которого наивысшую ценность приобретает удовлетворение основополагающей потребности – «удовлетворенность собственной внешностью».

Таким образом, наиболее тяжелые психологические реакции могут вызывать болезни, не носящие с медицинской точки зрения угрозы для жизни. К ним относятся любые болезни, негативно, с точки зрения подростка, изменяющие внешность (кожные, аллергические), калечащие травмы и операции (ожоги). Ни в каком другом возрасте не наблюдается столь тяжелых психологических реакций человека на появление у него на коже лица фурункулов.

Ярким примером отражения психологической значимости внешности для самоутверждения подростка и молодого человека и реагирования его на внешнюю непривлекательность, связанную с болезнями, может служить существование только в данной возрастной группе такого психопатологического синдрома, как дисморфомания.

Под дисморфоманическим синдромом понимают ложную убежденность человека (чаще девушки) в наличии у него уродства. Ложная убежденность, как правило, распространяется на оценку полноты или диспропорций тела. Многие девушки-подростки считают, что окружающие обращают на них внимание и даже «подсмеиваются» в связи с излишней полнотой.

Данное убеждение толкает девушек на поиск способов похудения. Они начинают истязать себя строжайшими диетами, голоданием, тяжелыми физическими упражнениями.

Речь идет о тех случаях, когда фактически по медицинским критериям не обнаруживается признаков избытка веса. Некоторые пациентки, убежденные в том, что у них «уродливое, бросающееся в глаза окружающим» строение носа, глаз или ушей, ног или рук, активно добиваются хирургической коррекции мнимого дефекта.

Лица зрелого возраста более психологически тяжело будут реагировать на хронические и инвалидизирующие заболевания. Это связано также с системой ценностей, и отражает устремленность человека зрелого возраста удовлетворять такие социальные потребности, как потребность в благополучии, благосостоянии, независимости, самостоятельности и пр.

Именно удовлетворение подобных потребностей может быть заблокировано появлением любой хронической или приводящей к инвалидности болезни. Психологически тяжелыми для лиц зрелого возраста являются такие болезни как онкологические, хронические соматические болезни и т.д.

Второй повышенно значимой группой заболеваний для зрелого человека считаются т.н. «стыдные» болезни, к которым обычно относят венерические и психические заболевания.

Психологическая реакция на них обусловлена не всегда оценкой их, как угрожающих здоровью, а связана с переживаниями по поводу того, как изменится социальный статус и авторитет заболевшего такими болезнями в случае, если об этом станет известно окружающим.

Список «стыдных» заболеваний не исчерпывается венерическими и психическими. К ним могут относиться многие заболевания, носящие оттенок субъективной непрестижности. К примеру, для некоторых людей стыдно болеть (или слыть больным) геморроем, стыдно проводить прерывание беременности (аборт). Существуют группы населения (в первую очередь люди, занимающие руководящие посты), для которых стыдными являются болезни сердца (инфаркт), что связано с возможностью продвижения по службе.

Человек зрелого возраста, очень часто оценивает тяжесть болезни, исходя из влияния симптомов заболевания на его настоящую и будущую трудоспособность. Значимым становится профессионально обусловленная ценность того или иного органа. К примеру, оперный певец может более тяжело психологически относиться к ангине или бронхиту, чем к гастриту и язве желудка. Это связано с тем, насколько существенно влияют симптомы болезни на качество

исполнения профессиональных обязанностей. Для спортсмена или человека, занятого активным физическим трудом повышенно значимым может оказаться скорее остеохондроз позвоночника, нежели депрессия, а для человека творческой профессии – наоборот. Высоко вероятно, что машинист башенного крана более остро будет переживать гипертоническую болезнь и церебральный атеросклероз с частыми кризами и симптомом головокружения, чем контролер.

Для пожилых и престарелых людей наиболее значимыми являются болезни, которые могут привести к смерти. Инфаркт, инсульт, злокачественные опухоли страшны для них не тем, что могут приводить к потере трудо- и работоспособности, а тем, что ассоциируются со смертью.

Считается, что разное восприятие боли у разных людей зависит от их различных «болевых порогов». У одного человека в силу психофизиологических особенностей может быть низкий порог, и он испытывает боль при незначительном повреждении или воздействии извне, тогда как у другого – высокий порог, и он чувствует боль только при серьезном повреждении (Р. Мелзак). Нередко порог болевой чувствительности коррелирует с уровнем эмоциональности. В рамках известных типов темперамента более низкие болевые пороги у холерика и меланхолика по сравнению с сангвиником и флегматиком.

Существуют две противоположные семейные традиции воспитания субъективного отношения к болезням – «стоическая» и «ипохондрическая».

В рамках первой ребенок постоянно поощряется за поведение, направленное на самостоятельное преодоление недугов, плохого самочувствия. Его хвалят, когда он, не обращая внимание на имеющуюся боль, продолжает заниматься тем, чем занимался до ее возникновения. «Стоическая» традиция основывается на девизе: «Не хнычь».

Противоположна ей семейная традиция формирования сверхценного отношения к здоровью, когда родителями поощряется внимательное отношение к состоянию его здоровья, тщательность в оценке болезненных проявлений, выявления у себя первых признаков заболевания. В семье ребенок обучается при малейшем изменении самочувствия обращать собственное внимание и внимание окружающих (вначале родителей, а затем воспитателей, учителей, супругов и прочих лиц) на болезненные проявления. Девизом в подобном случае служит выражение: «Будь бдителен, в противном случае заболеешь и умрешь».

Семейные традиции определяют своеобразное ранжирование болезней по степени их тяжести. К примеру, к наиболее тяжелым могут относиться не «объективно» тяжелые, а те, от которых чаще всего умирали или которыми чаще болели члены семьи.

Вследствие этого субъективно наиболее значимой болезнью может оказаться гипертоническая болезнь, а не рак или психическое заболевание. Кроме того, в семье, где есть прецеденты длительной и устойчивой ремиссии после лечения онкологического заболевания или даже выздоровления, подобная болезнь может оказаться менее психологически тяжелой, чем в семье с противоположной традицией, основанной на собственных наблюдениях.

Выделяется несколько мировоззренческих установок в отношении происхождения заболеваний:

- болезнь как кара,
- болезнь как испытание,
- болезнь как назидание другим,
- болезнь как расплата за грехи предков.

Все перечисленные трактовки происхождения болезней основаны на вере в связь между поведением человека, его нравственностью и возникновением у него недуга. При этом подчеркивается пассивная роль индивида. Он не способен противостоять болезни за исключением возможности кардинально изменить свое поведение и искупить вину замолив грехи.

Другой группой мировоззренческих установок является представление о болезнях как вызванных наследственными или средовыми причинами:

- болезнь как неизбежность,
- болезнь как стечение обстоятельств,
- болезнь как собственная ошибка.

В рамках этого мировоззрения все процессы (в том числе и происхождение болезней) рассматриваются сквозь призму внешней или внутренней заданности.

Многие люди убеждены в том, что «дурная наследственность» является фатальным фактором в генезе заболеваний. Все, что происходит с человеком, трактуется представителями этой позиции, базируясь на наследственно-конституциональном принципе причинности («И твой отец так хромал», «Вся в мать – дальнороя»).

Противоположная тенденция полностью отрицать значение наследственности и рассматривать возникновение болезни, основываясь на внешних факторах и поведении человека («Говорила тебе – не жуй жвачку, вот и заболел СПИДом»). Обе представленные позиции отражают обывательскую платформу и являются крайне стойкими и консервативными. Позиция «Сам виноват» обычно связана с «люкусом контроля» человека. Третья мировоззренческая платформа оценки механизмов происхождения заболеваний базируется на мистическом подходе к процессам этиопатогенеза:

- болезнь вследствие зависти,
- болезнь вследствие ревности.

В рамках подобного подхода источники болезней видятся в предвзятом отношении близких окружающих (соседей, знакомых, родственников, сослуживцев) к человеку. Процесс возникновения болезней рассматривается как экстраполяция «негативной энергии» ревнующего или завидующего реципиенту.

Таким образом, можно отметить широкое распространение мистического истолкования происхождения болезней, отсутствие у многих пациентов научного подхода к анализу причин его заболевания. К особенностям личности, влияющим на выбор типа психологического реагирования на заболевание, относятся и околomedicalные суеверия.

Спектр их широк и включает мистическое (иррациональное) истолкование истоков их болезни («сглазили», «навели порчу», «подействовал энергетический вампир» и т.д.). Мистическая концепция болезни носит характер убежденности, пациент не способен критически оценивать свои высказывания и требует от врача не лечения, а «снятия порчи» и прочих мистических манипуляций.

Психологами выделяются тринадцать типов психологического реагирования на заболевание. Типология реагирования на заболевание создана А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым на основе оценки влияния трех факторов: природы самого соматического заболевания, типа личности, в котором важнейшую составную часть определяет тип акцентуации характера, и отношение к данному заболеванию в референтной для больного группе. Данные типы объединены по блокам.

Первый блок включает типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация существенно не нарушается, гармоничный, эргопатический и анозогностический типы.

Во второй и третий блоки включаются типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием. При этом второй блок включает типы реагирования преимущественно с интрапсихической направленностью (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический). Эмоционально-аффективная сфера отношений у больных с этими типами реагирования клинически проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы – «капитуляции» перед заболеванием и т.п. В третий блок входят типы реагирования с интерпсихической направленностью. Этот блок включает типы с таким сенсibilизированным отношением к болезни, которое в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности больных: сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический. Больные с этими типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях на болезнь также характеризуются дезадаптивным поведением, приводящим к нарушению их социального функционирования (Э.Б. Карпова).

Отношение к болезни, обладая всеми характеристиками, присущими психологическим отношениям, содержит в себе когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты (Л.И. Вассерман). Когнитивный включает знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на жизненное функционирование больного, предполагаемый прогноз; эмоциональный – ощущение и переживание болезни и всей ситуации, с ней связанной; поведенческий – связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации к ней и выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью (принятие роли больного, активная борьба с болезнью, игнорирование, пессимистические установки и пр.).

Далее будет приведено описание тринадцати типов психологического реагирования на заболевание по А.Е. Личко.

1. Гармоничный. Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других

тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе – сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбу близких, своего дела.

При гармоничном типе психического реагирования важным является реализм в восприятии симптомов и понимании тяжести заболевания. При этом пациент должен опираться в своих реакциях на известные науке (медицине) факты о возможности излечения от конкретной болезни, о происхождении симптомов и пр. Активности человека противостоит при дисгармоничных типах психического реагирования пассивность, при которой пациент как бы «вручает себя медицинскому работнику», не прилагая собственных усилий для оздоровления. Пациент при пассивном отношении расценивает свой организм как аппарат, машину, технический механизм, вещь, которую он сдает в ремонт и пассивно ожидает возврата вещи «как новенькой». Несомненно, значимым является и нежелание заболевшего обременять других тяготами ухода за собой, что вытекает из принципиальных положений гармоничного характера и личности. Гармоничный пациент понимает, что с появлением у него болезни близкие ему люди обрели новую дополнительную заботу. Он, как гармоничный человек не вправе требовать от них этой заботы. Он может лишь ожидать ее и принимать в том объеме, который они готовы ему предоставить.

2. Тревожный. Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное, угнетенность – вследствие этой тревоги.

3. Ипохондрический. Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур. Негативную реакцию ипохондрика вызывает недоверие к его жалобам со стороны окружающих, их упреки в симуляции и преувеличении тяжести расстройства с целью извлечь из этого выгоду.

4. Меланхолический. Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

Меланхолический, или депрессивный тип реагирования на болезнь нередко обусловлен имеющейся у пациента негативной информацией о возможности излечения от недуга. Нередко он встречается у медицинских работников в силу их разнообразных знаний, полученных в процессе обучения и практики. Нацеленность на худший исход, неспособность видеть и использовать механизмы саногенеза приводят к пессимистической оценке будущего, неверию в возможность излечения и суицидальным намерениям.

5. Апатический. Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.

Апатический тип психического реагирования правильнее обозначить как гипопатический, поскольку истинного и полного безразличия у пациента не отмечается. Как правило, безразличие обусловлено депрессией и фиксацией на собственном состоянии. У пациента пропадают интерес и активность в отношении всех сторон жизни, за исключением здоровья. Собственно апатический, т.е. с утратой интереса ко всему, встречается крайне редко.

6. Неврастенический. Неврастенический (правильнее – астенический) тип реагирования является наиболее распространенным и неспецифическим ответом организма и личности на заболевание. Его основой является раздражительность, которая захватывает как физические явления (яркий свет, громкие звуки, резкие запахи), так и отношение окружающих.

Пациент становится капризным, требовательным. Он ищет ласки, участия, успокоения. Склонен к вспышкам гнева, если его ожидания в отношении поведения окружающих не

оправдываются («Вы специально шумите, хотите меня в гроб свести», «Вам безразлична судьба мамы»). Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Отмечаются непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения. В последующем – раскаяние за беспокойство и несдержанность.

7. Обсессивно-фобический. Тревожная мнительность, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

При обсессивно-фобическом реагировании на болезнь доминирующими становятся навязчивые мысли, опасения и ритуалы. Пациент становится суеверным. Он придает особое значение мелочам, которые превращаются для него в своеобразные символы (к примеру, расценивает шансы своего излечения в зависимости от того, в каком порядке войдут в его палату врач и медицинская сестра; от того, троллейбус какого маршрута подойдет к остановке раньше). Невротические ритуалы связаны с повышенной тревожностью пациента и направлены на защиту от них.

8. Сенситивный. Чрезмерная озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

Основой сенситивного отношения к болезни является рефлексивный стиль мышления, ориентация на мнение и оценку окружающих. В связи с этим существенным становятся не собственные болезненные или неприятные ощущения вследствие болезни, а реакция на информацию о болезни со стороны референтной группы. Такие пациенты склонны к извиняющемуся стилю поведения. Они нередко в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре («Зачем их отвлекать по пустякам») даже в случаях угрожающего для жизни состояния. Отмечается робость, застенчивость, повышенная скромность таких пациентов.

9. Эгоцентрический. «Уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы – все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни.

Эгоцентрический тип реагирования иногда обозначают истерическим, поскольку основным мотивом поведения человека становится привлечение к собственной персоне внимания окружающих. «Бегство в болезнь» нередко используется ими для упреков и шантажа окружающих. Жалобы описываются большими очень красочно и сопровождаются манерной жестикულიцией и выраженной мимикой. Эмоции пациента носят гротескный характер.

10. Эйфорический. Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само собой все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни. Эйфорический тип отражает беспечность человека в отношении собственного здоровья. Он становится наигранно весел, болтлив, суеуеллив. Подобное реагирование может носить защитный характер или отражать характерологические особенности.

11. Анозогнозический. Активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях. Непризнание себя больным. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание «обойтись своими средствами».

Непризнание себя больным и отрицание наличия у себя симптомов болезни (анозогнозия) встречаются довольно часто. Они могут отражать внутреннее неприятие статуса больного, нежелание считаться с реальным положением вещей. С другой стороны, они могут отражать заблуждение человека по поводу значимости признаков болезни. Активное непризнание себя больным встречается, например, при алкоголизме, поскольку способствует уклонению от лечения.

12. Эргопатический. «Уход от болезни в работу». Даже при тяжелой болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало продолжать работу. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы это оставляло возможность продолжения работы.

Некоторые пациенты расценивают любой недуг через призму вызова своему «Я». Поэтому они стараются не поддаваться болезни, активно перебарывают себя, преодолевают недомогание и боли. Их позиция заключена в том, что нет такого заболевания, которого нельзя было бы преодолеть своими силами. При этом часто такие пациенты являются принципиальными противниками лекарств («Я за свою жизнь ни разу анальгетиков не принимал», – с гордостью говорят они).

13. Паранойяльный. Уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

Паранойяльный (в данном контексте – бредоподобный) тип реагирования отражает мировоззренческую позицию заболевшего, усматривающего тайный смысл его болезни и причин ее возникновения. Он возникает преимущественно на базе личностных особенностей.

Каждая болезнь характеризуется набором специфических особенностей, затрагивающих значимые для пациента (реального или потенциального) сферы жизнедеятельности.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ.

Основная цель проведения практического занятия заключается в закреплении знаний полученных в ходе прослушивания лекционного материала.

Практические занятия проводятся в форме дискуссии и предполагают обсуждение конкретных ситуаций, раскрывающих и характеризующих тему занятия. Обсуждение направлено на освоение научных основ, эффективных методов и приемов решения конкретных практических задач, на развитие способностей к творческому использованию получаемых знаний и навыков.

Практическое занятие по данной дисциплине проводится также в форме устного опроса студентов по плану практических занятий, предполагающего проверку знаний усвоенного лекционного материала.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту следует просмотреть материалы лекции, а затем начать изучение учебной литературы. Следует знать, что освещение того или иного вопроса в литературе часто является личным мнением автора, построенным на анализе различных источников, поэтому не следует ограничиваться одним учебником, научной статьей или монографией, а рассмотреть как можно больше материала по интересующей теме, представленного в системе ЭБС.

Обязательным условием подготовки к практическому занятию является изучение нормативной базы. Для этого следует обратиться к любой правовой системе сети Интернет (Консультант Плюс, Гарант и т.д.). В ходе подготовки к практическому занятию студенту необходимо отслеживать научные статьи в специализированных изданиях, а также изучать статистические материалы, соответствующей каждой теме.

Студенту рекомендуется следующая схема подготовки к практическому занятию:

1. Проработать конспект лекций;
2. Прочитать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
3. Ответить на вопросы плана практического занятия;
4. Выполнить домашнее задание;
5. Проработать тестовые задания и задачи;
6. При затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

При подготовке к практическим занятиям следует руководствоваться указаниями и рекомендациями преподавателя, использовать основную литературу из представленного им списка. Для наиболее глубокого освоения дисциплины рекомендуется изучать литературу, обозначенную как «дополнительная» в представленном списке.

При подготовке доклада на практическое занятие желательно заранее обсудить с преподавателем перечень используемой литературы, за день до практического занятия предупредить о необходимых для предоставления материала технических средствах, напечатанный текст доклада предоставить преподавателю.

Если при изучении отдельных вопросов возникнут трудности, студент может обратиться к преподавателю за консультацией (устной или письменной).

Таким образом, значительную роль в изучении предмета выполняют практические занятия, которые призваны, прежде всего, закреплять теоретические знания, полученные в ходе прослушивания и запоминания лекционного материала, ознакомления с учебной и научной литературой, а также выполнения самостоятельных заданий. Тем самым практические занятия способствуют получению наиболее качественных знаний, помогают приобрести навыки самостоятельной работы.

Практические занятия.

Тема: Предмет и основные направления патопсихологии

Цель – рассмотреть сущность патопсихологии как отрасли психологического знания; определить ее исторические корни; установить годность личности к выполнению профессиональных обязанностей в клинико-психологической сфере.

Вопросы для обсуждения

1. История развития патопсихологии.
2. Различные подходы к предмету патопсихологии и психопатологии. Связь с другими науками.
3. Патопсихолог как личность, вопросы профессиональной пригодности.
4. Особенности психологического исследования в клинике.
5. Основные принципы построения патопсихологического исследования.

Контрольные вопросы

1. Уточните вклад Ф. Гелля, В. Вундта, И.М. Сеченова, И.П. Павлова в развитие психологической науки.
2. Когда положено начало использованию методов экспериментальной психологии в психиатрических клиниках?
3. Перечислите основные разделы клинической психологии.
4. Выделите личностные особенности специалиста, оказывающего клинико-психологическую помощь.

Тема: Нарушения восприятия

Цель – рассмотреть общие закономерности и основные свойства ощущения, восприятия, представления в норме и патологии. Изучить феноменологию нарушения восприятия при различных психических расстройствах.

Вопросы для обсуждения

1. Качественные и количественные нарушения ощущений и восприятия.
2. Мозговая локализация симптомов.
3. Методы экспериментально-психологического исследования нарушенного восприятия.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение сущности ощущений.
2. Расскажите о структуре и классификации анализаторов.
3. Перечислите и опишите качественные и количественные расстройства ощущений.
4. Каковы характерные черты восприятий и их отличие от ощущений?
5. Перечислите качественные и количественные виды нарушенного восприятия.
6. Перечислите виды иллюзий и галлюцинаций.
7. Охарактеризуйте отличия истинных и ложных галлюцинаций.
8. Обоснуйте психофизиологические теории природы галлюцинации.
9. Охарактеризуйте понятие агнозии.

Тема: Нарушения эмоционально-волевой сферы

Цель – изучить физиологические механизмы эмоций в норме и патологии. Ознакомиться с видами нарушений в эмоционально-волевой сфере.

Вопросы для обсуждения

1. Основные параметры эмоций и их функции.
2. Мозговая организация эмоций.
3. Нарушения эмоций и проблема межполушарной асимметрии мозга.

Контрольные вопросы

1. Классификация эмоций.
2. Перечислите отличия эмоции от когнитивных процессов.
3. Охарактеризуйте виды эмоциональных расстройств.
4. Дайте определение патологическому аффекту.
5. Перечислите критерии дифференциальной диагностики патологического и физиологического аффектов.
6. Методы экспериментально-психологического исследования нарушений эмоций и мотивационно-личностной сферы.
7. Приведите схему волевого акта.
8. Каковы физиологические основы волевых действий?

Тема: Нарушения памяти

Цель – изучить феноменологию нарушений мнестических процессов.

Вопросы для обсуждения

1. Психологическая организация процессов памяти.
2. Феноменология нарушений памяти.
3. Методы экспериментально-психологического исследования нарушений памяти.

Контрольные вопросы

1. Дайте классификацию видов памяти.
2. Перечислите и раскройте содержание основных качественных нарушений памяти.
3. Перечислите и раскройте содержание основных количественных нарушений памяти.
4. Амнезия в структуре органического и функционального повреждения центральной нервной системы, ее виды.
5. Перечислите и обоснуйте методы экспериментально-психологического исследования нарушений памяти.

Тема: Нарушения мышления

Цель – изучить феноменологию нарушений когнитивных процессов.

Вопросы для обсуждения

1. Психологическая структура интеллектуальной деятельности.
2. Феноменология нарушений мышления при различных психических расстройствах.
3. Методы экспериментально-психологического исследования нарушений мышления.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение мышления.
2. Расскажите о содержательных и операциональных компонентах мышления.
3. Виды, методы и типы мышления.
4. Охарактеризуйте нарушения ассоциативного процесса мышления.
5. Охарактеризуйте нарушения личностного компонента мышления.
6. Охарактеризуйте нарушения темпа и подвижности мышления.
7. Охарактеризуйте нарушения мышления по целенаправленности.
8. Дайте характеристику бредовых идей.
9. Перечислите и охарактеризуйте основные формы бреда.
10. В чем отличие бредовых, сверхценных, навязчивых и доминирующих идей?
11. Обоснуйте целенаправленность применения методов экспериментально-психологического исследования нарушений мышления.

Тема: Нарушения сознания

Цель – изучить феноменологию нарушений сознания, когнитивных процессов.

Вопросы для обсуждения

1. Сознание как философская, медицинская и психологическая категория.
2. Феноменология нарушений сознания при различных психических расстройствах.

3. Методы экспериментально-психологического исследования нарушений сознания.

Контрольные вопросы

1. Каково определение сознания в философии?
2. Охарактеризуйте понимание категории сознания в медицине.
3. Опишите понимание понятия «сознание» в современной психологии.
4. Опишите структуру сознания.
5. Дайте сравнительные характеристики осознаваемых и неосознаваемых форм психической деятельности.
6. Перечислите и опишите основные виды выключения сознания.
7. Перечислите и опишите основные виды помраченного сознания.
8. Опишите нарушения самосознания.

Тема: Организация и содержание работы патопсихолога

Цель – изучить содержание деятельности и организацию работы патопсихолога в клинике

Вопросы для обсуждения

1. Должностные обязанности патопсихолога.
2. Методы исследования в патопсихологии: эксперимент, наблюдение, клиническая беседа.
3. Особенности сбора психологического анамнеза.
4. Особенности патопсихологического изучения детей и подростков.

Контрольные вопросы

1. Методы выявления признаков нервно-психической нестабильности и дезадаптивных расстройств.
2. Методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности, настроения, опросник СПН (соматизированные психические нарушения), тест выявления нервно-психической адаптации.

Тема: Личность и болезнь

Цель – изучение клинических особенностей и разнообразия факторов, способствующих возникновению у конкретного человека определенного типа психического реагирования на собственную болезнь.

Вопросы для обсуждения

1. Психосоматические и соматопсихические взаимоотношения в норме и патологии.
2. Психологические аспекты диагностики и терапии психосоматозов.
3. Личностные профили и прогноз здоровья и болезни.

Контрольные вопросы

1. В чем состоит влияние соматических заболеваний на психику человека?
2. Охарактеризуйте типологию психосоматических расстройств.
3. Личностные и характерологические особенности пациентов с психосоматическими заболеваниями.
4. Психологические аспекты диагностики и терапии психосоматозов.
5. Опишите переживания болезни во времени.
6. Дайте определение внутренней картины болезни и здоровья.
7. Охарактеризуйте масштабы переживания болезни.
8. Опишите типы отношения к болезни (Личко А.Е., 1989).
9. Дайте сравнительную характеристику типологии личностной реакции на заболевания (Якубов Б.А., 1982).
10. Охарактеризуйте структуру внутренней картины болезни.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для работы со студентами рекомендуют к применению следующие формы самостоятельной работы.

Работа с литературой

Важной составляющей самостоятельной внеаудиторной подготовки является работа с литературой ко всем занятиям: семинарским, практическим, при подготовке к зачетам, экзаменам, тестированию, участию в научных конференциях.

Один из методов работы с литературой – повторение: прочитанный текст можно заучить наизусть. Простое повторение воздействует на память механически и поверхностно. Полученные таким путем сведения легко забываются.

Более эффективный метод – метод кодирования: прочитанный текст нужно подвергнуть большей, чем простое заучивание, обработке. Чтобы основательно обработать информацию и закодировать ее для хранения, важно провести целый ряд мыслительных операций: прокомментировать новые данные; оценить их значение; поставить вопросы; сопоставить полученные сведения с ранее известными. Для улучшения обработки информации очень важно устанавливать осмысленные связи, структурировать новые сведения.

Изучение научной учебной и иной литературы требует ведения рабочих записей. Форма записей может быть весьма разнообразной: простой или развернутый план, тезисы, цитаты, конспект.

План – структура письменной работы, определяющая последовательность изложения материала. Он является наиболее краткой и потому самой доступной и распространенной формой записей содержания исходного источника информации. По существу, это перечень основных вопросов, рассматриваемых в источнике. План может быть простым и развернутым. Их отличие состоит в степени детализации содержания и, соответственно, в объеме.

Выписки представляют собой небольшие фрагменты текста (неполные и полные предложения, отделы абзацы, а также дословные и близкие к дословным записи об излагаемых в нем фактах), содержащие в себе квинтэссенцию содержания прочитанного. Выписки представляют собой более сложную форму записи содержания исходного источника информации. По сути, выписки – не что иное, как цитаты, заимствованные из текста. Выписки позволяют в концентрированной форме и с максимальной точностью воспроизвести наиболее важные мысли автора, статистические и даталогические сведения.

Тезисы – сжатое изложение содержания изученного материала в утвердительной (реже опровергающей) форме. Отличие тезисов от обычных выписок состоит в том, что тезисам присуща значительно более высокая степень концентрации материала. В тезисах отмечается преобладание выводов над общими рассуждениями. Записываются они близко к оригинальному тексту, т.е. без использования прямого цитирования.

Аннотация – краткое изложение основного содержания исходного источника информации, дающее о нем обобщенное представление. К написанию аннотаций прибегают в тех случаях, когда подлинная ценность и пригодность исходного источника информации исполнителю письменной работы окончательно неясна, но в то же время о нем необходимо оставить краткую запись с обобщающей характеристикой.

Резюме – краткая оценка изученного содержания исходного источника информации, полученная, прежде всего, на основе содержащихся в нем выводов. Резюме весьма сходно по своей сути с аннотацией. Однако, в отличие от последней, текст резюме концентрирует в себе данные не из основного содержания исходного источника информации, а из его заключительной части, прежде всего выводов. Но, как и в случае с аннотацией, резюме излагается своими словами – выдержки из оригинального текста в нем практически не встречаются.

Конспект представляет собой сложную запись содержания исходного текста, включающая в себя заимствования (цитаты) наиболее примечательных мест в сочетании с планом источника, а также сжатый анализ записанного материала и выводы по нему.

При выполнении конспекта требуется внимательно прочитать текст, уточнить в справочной литературе непонятные слова и вынести справочные данные на поля конспекта. Нужно выделить главное, составить план. Затем следует кратко сформулировать основные положения текста, отметить аргументацию автора. Записи материала следует проводить, четко следуя пунктам плана и выражая мысль своими словами. Цитаты должны быть записаны грамотно, учитывать лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля. Необходимо указывать библиографическое описание конспектируемого источника.

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа – одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, написание реферата, подготовка к практическим занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки настоящей рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса. Тематика заданий для самостоятельной работы включает в себя вопросы для самостоятельной работы, темы рефератов.

Вопросы для самостоятельной работы:

1. История психологии как науки. Вклад В.М. Бехтерева, Б.В. Зейгарник, Л. С. Выготского в становление отечественной психологии.
2. Психологическая структура речи.
3. Методы экспериментально-психологического исследования нарушений речи.
4. Методы экспериментально-психологического исследования нарушений мышления.
5. Методы экспериментально-психологического исследования нарушений памяти.
6. Методы экспериментально-психологического исследования нарушений эмоционально-волевой сферы.
7. Методы экспериментально-психологического исследования нарушений восприятия.
8. Методы экспериментально-психологического исследования нарушений внимания.
9. Методы исследования в психологии: эксперимент, наблюдение, клиническая беседа.
10. Особенности сбора психологического анамнеза
11. Особенности психологического изучения детей и подростков.
12. Соотношение параметров развития и распада психики.

Требования к написанию реферата

Реферат по данному курсу является одним из методов организации самостоятельной работы студентов. Темы рефератов являются дополнительным материалом для изучения данной дисциплины.

Реферат должен быть подготовлен согласно теме, предложенной преподавателем. Допускается самостоятельный выбор темы реферата, но по согласованию с преподавателем.

Информация по реферату должна не превышать 10 минут. Выступающий должен подготовить краткие выводы по теме реферата для конспектирования студентов.

Рекомендации к написанию реферата.

Реферат (от лат. *refereo* – сообщаю) – краткое изложение в письменном виде или в форме публичного доклада содержания научного труда (трудов), литературы по теме.

Написание реферата – одна из основных форм организации самостоятельной формы работы студентов. Реферат по дисциплине «Психотерапия: теория и практика» предусматривает раскрытие студентам определенной проблемы на основе глубокого изучения нескольких первоисточников, предлагаемых на семинарских занятиях или для самостоятельного ознакомления.

Примерная тематика рефератов, изложенная ниже поможет сориентироваться студентам. Выбор темы реферата целесообразно производить в начале изучения курса. При ее определении полезно обратиться к тем проблемам, которые близки интересам студента, направлению его исследовательской работы (курсовой или дипломной). Это способствует более глубокому проникновению к истокам проблемы, выявлению разных концепций, подходов, мнений в истории педагогики.

Цели и задачи реферата.

Реферат обычно пишется в процессе изучения одной из важных учебных проблем дисциплины. Цели реферата при этом – показать как осмысленна данная проблема. Реализация этой цели достигается путем осуществления следующих задач:

- выработка навыков самостоятельной учебно-исследовательской работы;
- обучение методике анализа, обобщения, осмысления информации;
- проверка знаний студентов по изученной дисциплине.

Структура написания реферата:

1. Изучение литературы по намеченному вопросу.
2. Сбор и обобщение материала.
3. Составление плана реферата.
4. Написание реферата.
5. Оформление реферата.

Реферирование предполагает, главным образом, изложение чужих точек зрения, сделанных другими учеными выводов, однако, не возбраняется высказывать и свою точку зрения по освещаемому вопросу хотя бы в гипотетической форме как предположение, которое может быть исследовано, доказано и аргументировано впоследствии. Более того, реферат преследует цель выработки своего отношения к изучаемой проблеме.

Реферат отличается от курсовой и дипломной работы тем, что степень творчества в реферате меньше. В реферате дается только первичное осмысление и обобщение определенного объема информации, накопленной учеными и изложенная в литературе.

Обязательными требованиями к оформлению реферата являются:

- данные о студенте: Ф.И.О., курс, группа
- данные о преподавателе: Ф.И.О., должность, звание
- название дисциплины и тема
- план изложения материала с указанием страниц, глав, разделов
- содержание: обоснование выбранной темы, ее теоретические основы, непосредственное изложение содержания
- выводы
- библиография
- приложения (при необходимости)

План реферата позволяет студенту выделить основные вопросы, сложности хронологию в изложении материала и т.д.

Приступая непосредственно к изложению содержания реферата, в соответствии с планом, полезно предварить его кратким определением понятий, которые могут быть сформулированы с современной точки зрения и позволят студенту актуализировать знания, полученные из других учебных курсов. Определение основных понятий даст возможность студенту выбрать те составные части проблемы, на которых они хотят остановиться подробнее, что может быть специально оговорено в реферате.

Безусловным требованием к написанию реферата по дисциплине является использование непосредственно первоисточников и, как исключение, материалов, изложенных в хрестоматиях.

При оформлении списка литературы необходимо руководствоваться общими требованиями. При этом следует указать все первоисточники со ссылкой на то, откуда они взяты (хрестоматия, избранные сочинения, собрания сочинений и т.д.).

При оформлении рефератов можно использовать рисунки, иллюстрации, схемы, таблицы, помогающие четко и образно изложить материал.

Сбор материала.

В процессе изучения литературы используют методы конспектирования и выписок. Конспект – это краткое выражение основного содержания статьи или книги, главного смысла, пересказанного своими словами или в виде цитат.

Конспекты бывают нескольких видов:

- плановые,
- текстуальные,
- свободные,
- тематические.

Плановые конспекты – это конспектирование книги по ее плану, по разделам, главам и параграфам; такой конспект полностью отражает структуру произведения; его можно строить в форме вопросов и ответов. Второй вид конспекта представляет собой собрание цитат, которые дают основное содержание книги через авторские высказывания наиболее важных идей. Третий вид конспекта – комбинированный – сочетает цитаты с пересказом своими словами содержания отдельных разделов. Четвертый предполагает подбор цитат из разных источников или пересказ чужих мыслей, разнесенных по рубрикам, по пунктам плана, раскрывающим содержание плана.

Метод конспектирования применяют в том случае, если по теме реферата имеется одна или две монографии, которые нужно изучить полностью, от начала до конца.

Метод выписок используется в случае, если литературы по теме реферата много. Тогда отбирают самые фундаментальные работы для обстоятельного изучения и конспектирования, остальные же просматривают, делая выписки в тех случаях, когда обнаруживают необходимые для раскрытия содержания темы мысли, идеи, высказывания.

Выписки, относящиеся к выбранной теме, можно складывать в отдельный конверт, папку, а при работе на компьютере – в отдельный файл. Туда же помещают собственные мысли и соображения, которые приходят в голову в связи с чтением литературы.

Составление плана реферата

План реферата отражает в концентрированном виде его суть. Это схематическое выражение того, что хочет сказать автор. Учитывая ограниченный объем внимания человека, план должен быть лаконичным, чтобы можно было, взглянув на него, легко понять, что стоит за ним, что будет раскрыто в тексте.

План может составляться разными способами:

- 1) взять за исходную точку избранную тему и, исходя из нее, сформулировать цели и задачи, они дадут название разделов и параграфов реферата;
- 2) исходить из собранного материала, логика которого подскажет структуру изложения;
- 3) смешанный, сочетающий оба подхода.

Обычная структура планов включает в себя:

1. Введение, в котором содержатся обоснование темы и ее значимости, объяснение причин почему выбрана именно данная тема, тем обусловлен интерес к ней. Затем, дается обзор литературы по выбранной теме. Желательно, чтобы была предложена классификация существующих точек зрения на проблему, если она достаточно хорошо изучена. Если же она изучена плохо, не привлекала к себе внимание ученых, то это нужно отметить, так как возможность для творчества здесь увеличивается. Во введении должна быть четко сформулирована цель, которую студент ставит перед собой и задачи, с помощью которых он будет эту цель реализовывать.

2. Основная часть реферата, которая обычно состоит из двух разделов:

А) теоретического осмысления проблемы;

Б) изложение эмпирического материала, который аргументировано подтверждает изложенную в первом разделе основной части теорию.

При этом нужно отметить, что цитата с оценочным суждением не считается аргументом. Основная часть должна соотноситься с поставленными задачами. Возможна разбивка основной части на столько параграфов, сколько поставлено задач.

3. Заключение содержит результаты осмысления проблемы, выводы к которым приходит автор реферата, а также оценку значимости этих выводов для практики или дальнейшего изучения проблемы (так как не редко реферат перерастает в курсовую или дипломную работу). Выводы должны соответствовать поставленным задачам.

Правила оформления.

Реферат выполняется на стандартных листах формата А4, которые сшиваются любым способом слева и помещаются обложку. Реферат может быть выполнен от руки (разборчивым почерком), на пишущей машинке или на компьютере на одной стороне листа (кегель 12 через 1,5 межстрочный интервал, поля по 2 см со всех сторон). Страницы реферата должны быть пронумерованы, на титульном листе номер страницы не указывается, но он учитывается в общем числе страниц. Примерный объем реферата 20 страниц. Ссылки на использованную литературу обязательны, так как в этом проявляется культура уважения к чужой мысли. Существуют правила цитирования:

– заключать чужой текст в кавычки;

– в случае, если чужая мысль дана в пересказе своими словами в этом случае так же необходима ссылка;

– цитата должна быть законченным по содержанию отрывком текста, если фраза сокращена, то опущенные элементы заменяются многоточием;

– допускается замена устаревших форм написания современными, с обязательной оговоркой;

– если из цитируемого отрывка не понятно о ком или о чем идет речь, возможна вставка с пояснением (в круглых скобках) с указанием на лицо или предмет, после чего следует пометка инициалов автора реферата.

Библиографическое описание выполняется в соответствии с принятыми правилами.

Критерии оценки реферата

За две недели до защиты студент подает работу преподавателю на рецензию.

1. Работа оценивается преподавателем или рецензентом по 5-бальной системе.

2. При оценке работы рецензент учитывает объем библиографии (книги, статьи, документы, письма и т.д.) и объем текста. Учитывается, сумел ли автор подобрать достаточный список литературы, необходимый для осмысления вопроса, обозначенного в качестве темы. Работы с объемом библиографии менее 3-х единиц и объемом текста менее 6 машинописных листов к рассмотрению не принимаются.

3. Содержание реферата оцениваться по следующим критериям:

3.1. Составление логически обоснованного плана, соответствующего сформулированной цели и поставленным задачам.

3.2. Полнота раскрытия темы (удалось ли ему собрать необходимый материал и осмыслить его правильно).

- 3.3. Соответствие содержания и отобранной литературы заявленной теме.
- 3.4. Наличие основной идеи (звучит во введении, заключении и проходит «красной нитью» через основную часть).
- 3.5. Использование научной терминологии, а также использование первоисточников.
- 3.6. Умение сравнивать, сопоставлять взгляды, позиции, анализировать фактический материал, прослеживать преемственность, развитие идей, выявлять аналогии или альтернативы современным точкам зрения и науке и практике.
- 3.7. Наличие собственных оценок, мнений.
- 3.8. Общая структура реферата: правильное распределение времени на введение, основную часть, заключение.
- 3.9. Достаточная обоснованность выводов, их полнота и соответствие поставленным задачам.
- 3.10. Какие методы в работе над рефератом студент использовал.
- 3.11. Соответствие работы требованиям объективности, корректности, грамотности, логичности, аргументированности, доказательности, ясности стиля и четкости изложения.
4. Наличие наглядности.
5. Правильное оформление реферата в целом, ссылки на использованные источники, список литературы.

Темы рефератов:

1. Возрастные особенности внутренней картины болезни и здоровья.
2. Общие подходы к изучению психосоматических явлений и психосоматической патологии.
3. Психологические традиции отечественной медицины.
4. Нормативная документация, регламентирующая деятельность патопсихолога в клинике.
5. Современные представления о физиологическом субстрате сознания.
6. Проблема измененных состояний сознания в норме и патологии.
7. Развитие мышления в онтогенезе.
8. Патологические формы воображения
9. Современные теории памяти.
10. Формирование и развитие памяти в онтогенезе.
11. Индивидуально-психологические особенности проявлений мнестических процессов.