

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

ВОЗРАСТНАЯ ПАТОПСИХОЛОГИЯ
сборник учебно-методических материалов
для специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Благовещенск, 2017

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

Составитель: Закаблук А.Г.

Возрастная патопсихология: сборник учебно-методических материалов для специальности 37.05.01 Клиническая психология. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017. – 41 с.

© Амурский государственный университет, 2017

© Кафедра психологии и педагогики, 2017

© Закаблук А.Г., составление

СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	4
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	36
3. Методические указания для самостоятельной работы студентов	39

1. КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Тема 1 Введение. Предмет и содержание курса.

Предмет и задача курса. Методы исследования. Связь с естественными (анатомией, физиологией, медициной, биологией) и социальными (философией, социологией) дисциплинами. Краткий исторический очерк развития патопсихологии. Значение изучения патопсихологии для будущих психологов. Соотношение предмета, метода и задач патопсихологии и психопатологии. Клинический подход к описанию этиологии, структуры и динамики психических нарушений в психопатологии. Экспериментально-психологическое изучение аналогичных процессов в патопсихологии. Взаимодополняемость и взаимообусловленность данных подходов. Основные классификации патопсихологических синдромов. Характеристика патопсихологических симптомов и синдромов в работах Б. В. Зейгарник, В. М. Блейхера. Соотношение патопсихологических и психопатологических синдромов. Мультифакторный подход к анализу нарушений психической деятельности (Ю.Ф. Поляков).

Предмет и задача курса. Определение понятия «возрастная психология». Объект и предмет возрастной психологии. Основные задачи возрастной психологии. Методы исследования в возрастной психологии и психологии развития (основные, вспомогательные, сравнительные).

Возрастная психология - это отрасль психологической науки, изучающая факты и закономерности развития человека, возрастную динамику его психики. Психология развития изучает закономерности формирования психики, исследуя механизмы и движущие силы этого процесса, анализируя различные подходы к пониманию природы, функций и генезиса психики, различные стороны становления психики - её изменение в процессе деятельности, общения, познании.

Объект изучения возрастной психологии - развивающийся, изменяющийся в онтогенезе нормальный, здоровый человек.

Предмет возрастной психологии - возрастные периоды развития, причины и механизмы перехода от одного возрастного периода к другому, общие закономерности и тенденции, темп и направленность психического развития в онтогенезе.

Задачи возрастной психологии:

- Изучение движущих сил, источников и механизмов психического развития на всём протяжении жизненного пути человека.
- Периодизация психического развития в онтогенезе.
- Изучение возрастных особенностей и закономерностей протекания психических процессов.
- Установление возрастных возможностей, особенностей, закономерностей осуществления различных видов деятельности, усвоение знаний.
- Исследование возрастного развития личности, в том числе в конкретных исторических условиях.
- Определение возрастных норм психических функций, выявление психологических ресурсов и творческого потенциала человека.
- Создание службы систематического контроля за ходом психического здоровья и развития детей, оказания помощи родителям в проблемных ситуациях.
- Возрастная и клиническая диагностика.
- Выполнение функции психологического сопровождения, помощи в кризисные периоды жизни человека.
- Наиболее оптимальная организация учебно-образовательного процесса для людей всех возрастных категорий и др.

Связь с естественными (анатомией, физиологией, медициной, биологией) и социальными (философией, социологией) дисциплинами.

Возрастная психология тесно связана с другими областями психологии: общей психологией, психологией человека, социальной, педагогической и дифференциальной психологии-

ей. Как известно, в общей психологии исследуются психические функции – восприятие, мышление, речь, память, внимание, воображение. В возрастной психологии прослеживается процесс развития каждой психической функции на разных возрастных этапах. В психологии человека рассматриваются такие личностные образования, как мотивация, самооценка и уровень притязаний, ценностные ориентации, мировоззрение и т.д., а возрастная психология отвечает на вопросы, когда эти образования появляются у ребенка, каковы их особенности в определенном возрасте. Связь возрастной психологии с социальной показывает зависимость развития и поведения ребенка от особенностей тех групп, в которые он входит: от семьи, группы детского сада, школьного класса, подростковых компаний. Возрастная и педагогическая психология как бы смотрят на процесс взаимодействия ребенка и взрослого с разных сторон: возрастная психология с точки зрения ребенка, педагогическая – с точки зрения воспитателя, учителя. Помимо возрастных закономерностей развития существуют и индивидуальные различия, которыми занимается дифференциальная психология: дети одного возраста могут обладать разным уровнем интеллекта и разными личностными свойствами. В возрастной психологии изучаются возрастные закономерности, общие для всех детей. Но при этом отмечаются и возможные отклонения в ту или иную сторону от всеобщих линий развития.

Кроме наук психологического цикла возрастная психология связана с философией, анатомией, физиологией, педагогикой. Мед. науки позволяют возрастной психологии выявлять возрастные особенности с физиологической, анатомической, физиологической точки зрения и их связь психологическим развитием человека. Педагогика исследует процессы воспитания, научения, социализации человека и знание возрастных патопсихологических особенностей важно для более полного понимания развития и формирования личности в условиях ее воспитания, обучения и образования.

Краткий исторический очерк развития патопсихологии. В. Вундт и первая лаборатория патопсихологии в Лейпциге. 1-ый этап: создание первых лабораторий экспериментально-психологического исследования в России с 1885-х гг. Основные практические и теоретические проблемы, которые решались в первых лабораториях. 2-ой этап: работы Сеченова и Бехтерева. Основные теоретические и практические задачи, решавшиеся в этот период. 3-ий этап: создание в России школы А.Ф. Лазурского. Основные практические и теоретические проблемы, которые решались в лаборатории А.Ф.Лазурского. 4-й этап: связан с влиянием на развитие науки творческих идей Л.С. Выготского.

Значение изучения патопсихологии для будущих психологов.

Многие отечественные психологи (А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн, А. Р. Лурия, Л. Ф. Божович и др.) использовали при разрешении своих теоретических проблем данные патопсихологических исследований. Так, например, А. Н. Леонтьев исследование об опосредованном характере высших форм памяти построил на клиническом материале, используя данные изучения памяти больных корсаковским синдромом. Другой известный отечественный психолог Б. Ф. Ломов также прибегал к клиническому материалу для доказательства роли социально-психологических факторов в возникновении личностных расстройств, указывая, что «ломка личности» не является прямым следствием заболевания. Тем самым он подтвердил положение о социальной природе личности. Таким образом, можно сказать, что многие психологи использовали исследование патологии как один из методов исследования психики и личности.

Наиболее подробно теоретическое значение патопсихологических исследований для многих общетеоретических вопросов психологии в своих работах раскрыла Б. В. Зейгарник. Она отмечала особую роль патопсихологии в решении следующих общетеоретических вопросов психологии: о роли личностного компонента в структуре познавательной деятельности; о соотношении биологического и психологического в развитии человека; о соотношении распада и развития психики

Соотношение предмета, метода и задач патопсихологии и психопатологии.

При всем внешнем сходстве, при общности «объекта» исследования (в качестве которого выступают нарушения психики), между психопатологией и патопсихологией имеются

существенные различия. Эти различия заключаются, в первую очередь, в том, что патопсихология является одним из разделов психологии (клинической психологии), а психопатология является отраслью медицины (психиатрии). Таким образом, в силу принадлежности к различным научным дисциплинам психопатология и патопсихология имеют каждая свой специфический предмет исследования, методы исследования и различный категориальный аппарат.

Предметом любой медицинской отрасли, как известно, является болезнь во всех ее проявлениях и связях. Предметом же психологии (а следовательно, и любой ее отрасли) является психика. В отношении психопатологии предметом изучения выступает особая категория заболеваний – психические заболевания, т. е. заболевания, при которых в первую очередь нарушаются именно психические функции (познание и регуляция поведения). Другими словами, можно сказать, что психопатология изучает причины возникновения, особенности проявления, течения, лечения и предотвращения различных психических расстройств /19/.

Патопсихология, как и любая другая отрасль психологии, изучая психику, имеет и свою собственную специфику, так как ее предметом является не просто психика, а психика, нарушенная тем или иным психическим расстройством. Наиболее полно и точно определение предмета патопсихологии дала Б. В. Зейгарник: «патопсихология как психологическая дисциплина исходит из закономерностей развития и структуры психики в норме. Она изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме, она изучает закономерности искажений отражательной деятельности мозга».

Патопсихолог пользуется такими понятиями, как психика, деятельность, общение, личность, познание и т. п. Психопатология, являясь наукой сугубо медицинской, оперирует главным образом клиническими понятиями, такими, как этиология, патогенез, симптом, синдром и т. д. При этом надо отметить, что эти клинические термины должны быть известны и часто используются в практике патопсихологии, что связано с ее пограничным и прикладным характером. Решение практических задач, которые стоят перед патопсихологией, невозможно без хорошей ориентировки в клинических особенностях заболевания, а данные патопсихологического исследования обязательно должны соотноситься с психическим статусом больного, с динамикой течения заболевания.

Существенные различия между психопатологией и патопсихологией отмечаются и в области методологии и методики проведения исследований. В практике психиатрии традиционно доминирует клиничко-описательный метод исследования психопатологических явлений, что связано во многом с самой природой патологии психики. Как отмечает С. Я. Рубинштейн, эта природа такова, что установить ее удастся лучше всего при расспросе и наблюдении. Причем опытный врач-психиатр в большей степени, чем представители других медицинских специальностей, умеет контактировать с больным, обладает искусством выявлять признаки заболевания в ходе наблюдения и беседы с пациентом, расспросов родственников и персонала о его поведении. Надо отметить, что в оценке психического состояния беседа и наблюдение до сих пор занимают основное место, тогда как соматическое состояние больного исследуется многообразными современными лабораторными и экспериментальными методами. Между тем, при анализе патологии психики методы опроса и наблюдения обязательно должны быть дополнены экспериментом, так как именно экспериментальный метод позволяет перейти от описания явления к анализу причин и механизмов симптомообразования.

Патопсихология, являясь отраслью психологии, использует весь арсенал методов, накопленных психологической наукой, и среди них эксперимент занимает ведущее место. В силу специфики предмета и решаемых ею практических задач, можно сказать, что патопсихология является экспериментальной наукой. В патопсихологии накоплен большой опыт экспериментального исследования психики больных, и этот опыт является весьма полезным для психопатологии.

Клинический подход к описанию этиологии, структуры и динамики психических нарушений в психопатологии. Объектом клинического исследования является личность. Как считают Л. Хьелл, Д. Зиглер, ни одна из теорий личности не может считаться полной, если не позволяет создать на ее основе действенного метода психотерапии, т.е. метода клинического анализа и коррекции нарушений в функционировании личности. Клинические методы предназначены для воссоздания целостной картины личности или субъективного образа ситуации «изнутри» с точки зрения пациента.

В психологии клинический метод и стиль мышления является синонимом «понимающего», а антонимом к нему является дифференциально-психологический (психометрический) подход. Соответственно, для клинической методологии более подходит метод психодиагностического эксперимента и проективные методы, а для дифференциально-психологического – стандартизированные анкеты и личностные опросники. Главная черта клинического стиля мышления – приоритет индивидуального случая над статистикой.

Клинические и психометрические методы обслуживают различные диагностические задачи.

Психометрические: Психометрический тест как стандартизированная процедура должен соответствовать строгим требованиям валидности, достоверности и надежности. При этом валидность по А. Анастаси – это прогностическая валидность: способность предсказывать будущее поведение на основе поведения в тестовой ситуации. Также применение психометрических процедур направлено на классификацию испытуемых по психологическим признакам. Целью такой классификации может быть, например, предсказание эффективности обучения. При этом, предсказание поведения или классификация возможны на основании единственного психологического свойства (интеллекта, тревожности).

Клинический диагноз: основан на синтезе совокупности признаков, представлении, что личность пациента – это уникальная целостность. Цель клинической психодиагностики – выявление причин и закономерностей наблюдаемых особенностей поведения или психических состояний. Основой для этого являются знание закономерностей формирования личности и собственный опыт психодиагностики и психокоррекции.

В каких случаях надо применять опросники, а в каких проективные методы? Если нужно рассортировать обследуемых по психологическим признакам (уровню тревожности, темпераменту, интеллекту), то применяется стандартизированная процедура и, как правило, такие исследования проводятся групповым методом. После этого возникает вопрос: что делать с выявленной группой риска, т.к. большинство стандартизированных процедур (искл. Тест Векслера, ММРІ) не дают ответ о причинах состояния.

Причины повышенной тревожности каждого ребенка будут индивидуальны и потребуют сбора индивидуального и семейного анамнеза, сопоставления множества характеристик, проверки гипотез о причинах и следствиях и т.д. Тревожность – это лишь «вершина айсберга», причины которого кроются в личности ребенка. Для правильного подбора психокоррекции необходимо точное знание причин и закономерностей развития отклонений, для чего необходимо использование техник клинической психодиагностики, которые применяются только индивидуально.

Основные классификации патопсихологических синдромов. Говоря о различной степени обобщенности патопсихологических синдромов, следует выделять синдромы многозначные, опирающиеся на более сложные, полифакторные, нарушения психической деятельности. Первую попытку выделения таких обобщенных патопсихологических синдромов предпринял И. А. Кудрявцев. В результате исследований, проводившихся в судебно-психиатрической практике с помощью комплекса патопсихологических методик, направленных на изучение различных сторон познавательной деятельности и вместе с тем позволяющих получить ценные данные о личности испытуемых, автор выделил следующие патопсихологические симптомокомплексы (синдромы): шизофренический или диссоциативный, органический, олигофренический, психопатический и симптомокомплекс психогенной дезорганизации, характерный для реактивных психозов. Выделенные И. А. Кудрявцевым патопси-

хологические синдромы различаются в диагностическом и прогностическом отношении. Так, наиболее диагностически и нозологически информативными оказываются шизофренический и органический симптомокомплексы, наименее – психопатический. И, наоборот, наиболее выраженная тенденция к транзиторности и обратимости присуща симптомокомплексу психогенной дезорганизации умственной деятельности, наименьшая – шизофреническому.

Таким образом, патопсихолог может оперировать в своих диагностических заключениях следующим набором регистр-синдромов:

I – шизофренический;

II – аффективно-эндогенный (в клинике ему соответствуют маниакально-депрессивный психоз и функциональные аффективные психозы позднего возраста).

III – олигофренический;

IV – экзогенно-органический (в клинике ему соответствуют экзогенно-органические поражения головного мозга – церебральный атеросклероз, последствия черепно-мозговой травмы, токсикомании и т. д.);

V – эндогенно-органический (в клинике – истинная эпилепсия, первичные атрофические процессы в головном мозге);

VI – личностно-аномальный (в клинике – акцентуированные и психопатические личности и обусловленные в значительной мере аномальной почвой психогенные реакции);

VII – психогенно-психотический (в клинике – реактивные психозы);

VIII – психогенно-невротический (в клинике – неврозы и невротические реакции).

Характеристика патопсихологических симптомов и синдромов в работах Б. В. Зейгарник, В. М. Блейхера.

Под синдромом понимают патогенетически обусловленную общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных, взаимосвязанных. Первую попытку выделения обобщенных патопсихологических синдромов предпринял И. А. Кудрявцев. Он выделил патопсихологические симптомокомплексы (синдромы): шизофренический или диссоциативный, органический, олигофренический, психопатический и симптомокомплекс психогенной дезорганизации, характерный для реактивных психозов.

Выделенные Кудрявцевым синдромы обнаруживают сходство с таким используемым в клинической практике понятием, как органический психосиндром. Это как бы синдромы обобщающего значения, характеристика которых более близка к нозологической, их выделение знаменует стадию предварительной диагностики заболевания. Это обстоятельство, а также связь такого рода синдромов с определенными кругами психических заболеваний дают основания обозначить их как регистр-синдромы. Блейхер дополняет перечень регистр-синдромов.

Шизофренический, аффективно-эндогенный (соответствуют маниакально-депрессивный психоз и функциональные аффективные психозы позднего возраста), олигофренический, экзогенно-органический (соответствуют экзогенно-органические поражения ГМ – церебральный атеросклероз, последствия ЧМТ, токсикомании и т. д.), эндогенно-органический (истинная эпилепсия, первичные атрофические процессы в ГМ), личностно-аномальный (акцентуированные и психопатические личности и обусловленные в значительной мере аномальной почвой психогенные реакции), психогенно-психотический (реактивные психозы), психогенно-невротический (неврозы и невротические реакции).

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.

Тема 2. Принципы построения патопсихологического исследования. Методы патопсихологии.

Схема патопсихологического исследования (по Л.С. Выготскому). Психологический диагноз. Психометрические и качественные методы. Виды тестирования: групповое тестирование, тестирование способностей, стандартизированные тесты достижений. Измерение личностных характеристик. Границы применения психометрических методов. Наблюдение и эксперимент в патопсихологии. Принципы их построения (Л.С. Выготский, Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурия и др.). Проективные методы. Описание и оценка. Личностные опросники. Специфика проведения патопсихологического эксперимента. Основные требования, предъявляемые к процедуре и анализу результатов. Моделирование психической деятельности, необходимость качественного анализа результатов, вариативность процедуры патопсихологического эксперимента. Выбор методик для обследования. Структура составления заключения по результатам обследования. Обзор основных методик, используемых в современной патопсихологии (их направленность, процедура проведения, форма протокола, основные показатели для анализа результатов).

Схема патопсихологического исследования (по Л.С. Выготскому). Изучение психических процессов и функций должно включать такие обязательные параметры:

1. Исследование работоспособности с целью выявления показателей гипостенической либо гиперстенической истощаемости, затрудненной вработываемости, фазовых колебаний работоспособности.

2. Изучение внимания – его объема, способности к произвольной концентрации, распределению и переключению.

3. Исследование процессов запоминания и воспроизведения. Психолога интересуют механические и смысловые, ассоциативные виды запоминания (разница в их успешности), вербальные и невербальные, различия между возможностями самостоятельного воспроизведения либо опознания. Желательно также выявление объема памяти и возможностей длительного удержания информации.

4. В некоторых случаях желательно изучение процесса восприятия (если возникает подозрение в нарушении этого процесса): зрительного, фонематического; восприятия ритмических последовательностей и т. д.

5. Определение уровня интеллекта иногда превращается в самостоятельную задачу при таких состояниях, как олигофрения или задержка психического развития. Здесь важно выявить уровень развития вербального и невербального интеллекта, формирования школьных умений и навыков, житейской ориентированности, возможностей развития интеллекта в процессе обучения.

6. Исследование процесса мышления, которое, в отличие от определения уровня интеллекта, направлено на поиск специфических феноменов мышления, характерных для нарушений психического развития. Это такие явления, как конкретность, инертность либо искажения мышления. Изучение процесса мышления должно проводиться во всех случаях, когда есть подозрение на нарушение психического развития и независимо от установленного уровня развития интеллекта.

7. Исследование особенностей речи в качестве одной из задач патопсихологического обследования. Психолога интересуют развитие и сохранность смысловой, содержательной структуры речи, наличие нарушений в виде фонетических дефектов, заикания, недостаточности функций чтения и письма. Более подробное изучение особенностей речевого развития ребенка относится к компетенции логопеда.

8. Изучение эмоций. Это играет большую роль в выявлении причин поведения ребенка, позволяет определить его отношение к миру. Желательно узнать такие особенности эмоций: преобладающий эмоциональный фон, наличие резких колебаний эмоций, феномены страхов, тревожности вообще и школьной в особенности, существование внутри-личностных конфликтов и механизмов компенсации, реакции в состоянии фрустрации. В некоторых ситуа-

циях может быть желательным выяснение экстраверсии, нейротизма, особенностей темперамента и т. д.

На основании полученных данных психолог может прийти к выводам:

- имеются у данного ребенка нарушения психической деятельности либо его проблемы связаны только с недостатками микросоциальной ситуации развития;
- если имеются, то какой тип нарушений преобладает в данном случае, какие механизмы привели к его формированию (структура первичного и вторичного дефекта, явление ретардации, асинхронии и т. д.);
- нуждаются ли выявленные в качестве психологического диагноза феномены во вмешательстве либо нет (есть социальная дезадаптация, формируется вторичный дефект, состояние ухудшения и т. д.);
- кем и на каком уровне может быть проведена коррекция нарушений развития ребенка (достаточно изменения воспитательного подхода; желательно изменение места и формы обучения; необходима консультация со специалистами иного профиля: врачом, логопедом; необходимы и возможны психокоррекционные и психотренинговые мероприятия).

При патопсихологическом обследовании подростков имеются некоторые особенности. Помимо обычного Обследования, у подростков желательно определить наличие и тип акцентуации характера, уделить внимание мотивационной структуре личности, направленности, самооценке. Существует ряд специфически подростковых проблем и психических состояний, нуждающихся в диагностике и коррекции. К этой группе относятся реакции адаптации, нарушения в формировании влечений, личностные кризисы.

В представленной выше схеме обозначен круг вопросов, которые должен выяснить психолог при обследовании ребенка. Она построена по функциональному признаку, однако напомним, что ее не следует принимать как некое обязательное руководство к действию, которое надо выполнять по пунктам и в той же последовательности. На наш взгляд, обследование должно быть построено, прежде всего, исходя из возрастных особенностей ребенка. Поэтому изложение конкретных методик в гл. 8 и 9 будет соответствовать не функциональному, а возрастному принципу.

Отметим еще несколько условий, отражающих специфику патопсихологического обследования детей.

Большое значение имеет установление хорошего контакта с ребенком. Если при обследовании взрослого позиция психолога может быть нейтральной, то общение с ребенком требует от экспериментатора активности. Следует создать не просто доброжелательную атмосферу, но уметь заинтересовать ребенка (особенно маленького) заданиями, создать положительно насыщенный эмоциональный тон, чтобы ребенку хотелось продолжить эксперимент. Поэтому с детьми дошкольного возраста патопсихологическое обследование проводится в виде игры. Для школьников более приемлема ситуация, отражающая учебный процесс, когда ребенок как бы демонстрирует взрослому свои знания, умения и способности. Однако если психолог видит, что у младшего школьника еще не сформирована учебная мотивация (что уже само по себе дает основание предположить психическое недоразвитие), обследование следует перевести в игровую форму.

Обследуя детей подросткового возраста, очень важно продумать стиль отношений с подростком во время беседы, как объяснить им цели обследования. Учитывая важность этих вопросов, рассмотрим их более подробно в следующих главах. Не менее детально мы остановимся на применении метода наблюдения за поведением ребенка во время обследования, за его реакцией на успешность выполнения заданий.

Для правильной организации патопсихологического обследования ребенка необходимо иметь отдельное помещение, куда не будут входить во время эксперимента посторонние люди, куда не проникает шум, где не будет ярких отвлекающих предметов. Патопсихологическое обследование, естественно, проводится строго индивидуально. Если ребенку менее 6 лет, то допускается присутствие матери (или лица, ее заменяющего). Не следует проводить обследование, если ребенок переутомлен или, наоборот, перевозбуж-

ден, если, он голоден или только что поел, если он испытывает недомогание, боль или иные виды дискомфорта. При необходимости повторных обследований желательно назначить их на одно и то же время дня.

Патопсихологическое обследование детей проводится в форме обучающего эксперимента. Если у ребенка возникают трудности, ему надо оказывать помощь. Это можно сделать в виде общей стимуляции (подбадривание, похвала), организации деятельности, наводящих вопросов, прямой подсказки, показа или обучения на материале аналогичного задания с последующим контролем за переносом способа действия. Во время анализа полученных результатов следует учитывать, какой вид помощи и в какой мере был оказан ребенку и насколько она помогла ему справиться с заданием.

Специфика работы с детьми осложняет вопрос протоколирования хода эксперимента. Безусловно, фиксация высказываний и эмоционально-двигательных проявлений ребенка необходима. Однако чисто технически осуществить это сложно. Ниже мы описываем некоторые приемы фиксации, однако все же большинство информации приходится запоминать, а потом записывать сразу же после окончания эксперимента. Это обусловлено тем, что общение психолога с ребенком должно быть живым, непринужденным и психологу не следует отвлекаться на длительные записи.

Психологический диагноз. Понятие «диагноз». Медицинское понимание диагноза. Психологическое понятие диагноза. Предмет психологического диагноза. 3 ступени в развитии диагноза. 4 основных направления в работе психодиагноста (осуществление диагноза деятельности и поведения; осуществление диагноза процессов регуляции деятельности или изучение психических процессов, благодаря которым осуществляется деятельность; осуществление диагноза механизмов регуляции, механизмов психических процессов, от которых зависит их протекание – диагностика систем нервных связей; диагностика генезиса механизмов регуляции или ответ на вопрос о том, как и в каких условиях формировалась психика данного индивида). Инструментальный аспект и аспект отношений при диагнозе деятельности и их характеристика. Цель диагноза личности. По характеру психологического обследования выделяют имплицитный и рациональный психологические диагнозы. По способу логического построения: прямой обоснованный, опосредованный и катамнез (диагноз по результатам воздействия). Диагностограмма.

Психометрические и качественные методы.

Консилиум.

Метод, направленный на то, чтобы:

- а) помочь специалистам с разных сторон подойти к оценке интеллектуального развития клиента, основных качеств его личности;
- б) показать сложность и неоднозначность проявлений его поведения, отношений;
- в) вскрыть проблемы с/оценки, мотивации, особенностей познавательных и иных интересов, эмоционального настроя;
- г) обеспечить подход к клиенту с оптимистической гипотезой относительно перспектив его дальнейшего развития;
- д) наметить реальную программу работы с ним.

Консилиум помогает избежать субъективизма в оценке возможностей человека, позволяет объективно его понять и построить совместную программу действий, направленную на развитие определенных качеств или на устранение выявленных проблем и недостатков.

При применении данного метода эксперты копируют форму исследования проблемы у врачей (обследование пациента, формулировка симптоматики и т.д. по плану). Здесь также идет первичное рассмотрение проблемы, классифицируются признаки (симптомы), выявляются причины, приведшие к данной проблеме, проводится анализ, постановка окончательного диагноза и формулируются прогнозы развития проблемы.

Проведение консилиума, результаты которого были бы действительно полезны, требует тщательной подготовки, в ходе которой планируется решение нескольких задач:

1. Показать клиента с разных сторон, обязательно подчеркнуть его положительные, сильные стороны. Представить доказательные гипотезы, основанные на данных диагностики, наблюдений, бесед, игр, причин происхождения и существования личностных проблем.

2. Добиться понимания каждым экспертом того, что другой говорит о клиенте, т.е. пробиться сквозь стену негативной установки по отношению к данному клиенту. Это очень трудная задача и решать ее нужно осторожно, постепенно, еще задолго до проведения консилиума.

3. Выработать коллективное понимание всеми сути личностной проблемы клиента. Только в этом случае можно рассчитывать на их взаимодействие в его интересах.

Надо добавить, что в процессе коллективного обсуждения, решения проблемы основной акцент делается не на оценке уровня развития некоторого качества клиента, а на коллективном обмене мнениями о средствах и путях взаимодействия с ним, путях снятия психологического барьера между ним и его социальным окружением.

Обобщение независимых характеристик. Также вариант экспертного оценивания.

Суть: по заранее заданной форме берутся письменные отзывы (характеристики) исследуемого объекта (ребенка, семьи, группы, класса и т.д.). Затем сопоставляются полученные оценки, прогнозы, рекомендации. Совпадения оценок и рекомендаций дает основание полагать, что они близки к истинным.

Несовпадающие или дополняющие друг друга оценки и рекомендации дают повод к выявлению качеств объекта, быть может, скрытых и проявляющихся только в определенных условиях, видах деятельности, отношениях. Именно такие подходы позволяют обнаружить скрытые резервы развивающейся личности, подобрать ключи к непростым ситуациям

Этот метод предполагает использование не только беседы, но и анализ документов, анкетные методики.

Известно, что мнение о конкретном человеке у окружающих различно. Но практики показывает, что чем больше экспертов оценивают, тем более верным является общий результат оценки, тем точнее диагностируется уровень развития личности как специалиста, группы сотрудников.

Учесть мнения всех экспертов по всем оцениваемым параметрам – задача трудная. С целью оптимизации обобщения мнений экспертов обычно применяются количественные оценки.

Диагностическая ситуация – сочетание имитации реальных ситуаций жизни или профессиональной деятельности с методом оценивания.

Метод связан с использованием специально подобранных заданий-ситуаций, требующих для своего решения (необходимого преобразования) владения определенными знаниями и практическими умениями.

Такие ситуации помогают диагностировать не только знания и умения, но и жизненные установки, направленность, ценностные ориентации, предпочтения, умение сделать правильный выбор, дать оценку.

Различают разные ситуации:

- требующие только анализа и оценки и
- требующие принятия решения и его обоснования.

Используются ситуации стандартные и нестандартные (творческие).

Ситуации могут быть

- имитирующими,
- моделирующими,
- воссоздающими реальность,
- реальными (сложившимися естественно или специально организованными).

Оценивание – метод компетентных судей, рейтинг (англ. rating – оценка, порядок, классификация).

Исследовательский метод, связанный с привлечением к оценке изучаемых явлений наиболее компетентных людей, мнения которых, дополняющие и перепроверяющие друг друга, позволяют объективно охарактеризовать изучаемое.

При экспертном оценивании (метод экспертных оценок) прежде всего следует тщательно подобрать экспертов – людей, знающих исследуемую область и способных к объективной и непредвзятой оценке действий и результатов в этой области. Желателен подбор независимых экспертов.

Оценки могут быть как качественные (характеристики, рекомендации), так и количественные (в баллах).

Важен выбор достаточно точной и удобной системы оценок и соответствующих шкал, снабженных пояснениями о том, за что выставляется тот или иной балл.

Если действующие независимо друг от друга эксперты стабильно дают совпадающие или близкие оценки или высказываются совпадающие в основном мнения, есть основания полагать, что эти оценки и мнения близки к объективным.

Но следует иметь в виду, что окончательное обобщение всех имеющихся оценок является делом исследователя.

Оценивание может быть направлено для выяснения социального заказа школе (социального учреждения), выявления педагогического потенциала среды, перспективности тех или иных организационных форм и методов социального посредничества и партнерства, полезности диагностических средств и во многих других случаях.

Смешанные диагностические методы. Представляют собой объединение количественных и качественных диагностических методов.

Другими словами, в этом случае одни проявления оцениваются количественно, другие, не поддающиеся количественной оценке, – качественно.

Хотя диагностические методы довольно точно и портативно оценивают и измеряют различные явления, они не могут их объяснить, выяснить причину происшедших изменений. Эту задачу решают экспериментальные методы.

Виды тестирования: групповое тестирование, тестирование способностей, стандартизированные тесты достижений. Понятие тестирования. Понятие интеллект; проблемы тестирования интеллекта; понятие IQ. Тесты общих способностей (тесты интеллекта). Тесты способностей. Тесты достижений; широкоориентированные тесты достижений и тесты достижений по конкретным учебным предметам. Тесты личности. Виды тестов личности: тесты действия и ситуационные тесты. КОТ (критериально-ориентированные тесты).

Измерение личностных характеристик. Теория черт личности и ее критика. Метод Айзенка. Опросник Кеттелла. 16 ключевых факторов в опроснике Кеттелла. Проективные тесты. Преимущества психологического тестирования. Недостатки психологического тестирования.

Наблюдение и эксперимент в патопсихологии. В рамках патопсихологического эксперимента происходит изучение нарушенных психических процессов и личности в специально созданных условиях, обеспечивающих максимальное проявление имеющихся нарушений. Патопсихологический эксперимент осуществляется с помощью конкретных приемов изучения психических функций - экспериментально-психологических методик. Разнообразные экспериментально-психологические методики, апробированные многолетней практикой применения в клинике, описаны в работах С. Я. Рубинштейн (1970), Б. В. Зейгарник (1986), Ю. Ф. Полякова (1974).

При организации патопсихологического эксперимента соблюдается несколько правил: эксперимент должен моделировать психическую деятельность, осуществляемую человеком в труде, учебе, общении; в эксперименте необходимо обнаружить структуру не только нарушенных, но и оставшихся сохранными форм психической деятельности; построение экспериментальных приемов должно учитывать возможность поиска решений самим больным, а также позволять патопсихологу вмешиваться в деятельность больного для выяснения того, как больной воспринимает помощь экспериментатора и может ли ею вос-

пользоваться; экспериментально-психологические приемы следует направить на раскрытие качественной характеристики психических нарушений; результаты экспериментально-психологического исследования нужно точно и объективно фиксировать.

Патопсихологический эксперимент должен строиться так, чтобы актуализировать не только умственную деятельность больного, но и его личностное отношение к эксперименту. При проведении обследования необходимо учитывать отношение больного к работе, его мотивы и цели, отношение к самому себе, к результату работы, заинтересованность и т.д., так как суждения, действия, поступки не являются непосредственной реакцией на внешние раздражители, а опосредованы его установками, мотивами, потребностями, по выражению С. Л. Рубинштейна - «внутренними условиями». Для патопсихолога важно не только то, насколько трудным и большим по объему было задание и как больной его выполнил, но и то, как он его осмыслил, чем были обусловлены ошибки и затруднения. Не только количество ошибок и трудности в процессе выполнения методик, но главным образом структура и их анализ дают наиболее интересный и показательный материал для оценки тех или иных особенностей и нарушений психической деятельности больных.

Точность и объективность результатов, полученных в процессе экспериментально-психологического исследования, обеспечиваются тщательной регистрацией данных и проверкой их в повторных опытах, а также при исследовании другими методами. Для патопсихологического обследования характерно применение большого количества самых разнообразных методических приемов, так как только сопоставление результатов различных методов позволяет достаточно объективно судить о характере, глубине, качестве и динамике нарушений психики больного.

Патопсихологическое обследование всегда является и научным исследованием, так как, во-первых оно представляет собой процесс познания, во-вторых, построено на строго научных принципах, и в-третьих, результаты обследования выявляют факты, из которых вытекают формулировки общепсихологических законов, закономерностей и механизмов.

Особый вариант патопсихологического эксперимента направлен на получение данных, которые можно использовать для воздействия на личность больного. В этом случае задача патопсихолога - показать больному пути возможной компенсации имеющихся у него нарушений психической деятельности и уменьшения их по мере проводимого лечения. В данном случае патопсихолог работает в тесном контакте с лечащим врачом и психотерапевтом, согласовывая с ними свои действия, а также принимает активное участие в разработке и обосновании реабилитационных и психопрофилактических программ.

Построение экспериментально-психологического обследования в клинике отличается многообразием, большим количеством применяемых методик. Это необходимо, так как процесс распада психики проходит неоднородно, практически не бывает, чтобы у больного был нарушен только один психический процесс. Многообразие применяемых методик позволяет выявить многообразие нарушений и понять их соотношение. Кроме того, так как в эксперименте с больным ход опыта может меняться, при интерпретации результатов обязательно сопоставление данных, полученных разными методиками.

Программа исследования больного в клинике не может быть стандартной, так как она зависит от клинической задачи и особенностей больного.

Например, при дифференциальной диагностике шизофрении от сходных состояний основное внимание обращается на изучение расстройств мышления. Для обследования при этом выбираются методики «Классификация предметов», «Пиктограмма» и т. п. При изучении больного с последствиями черепно-мозговой травмы особое внимание следует уделить умственной работоспособности, памяти, выявлению нарушений праксиса, письма, счета, поэтому выбор методик будет другим.

Особенно внимательно надо отнестись к подбору методик для патопсихологического обследования ребенка. В этом случае выбор определяется возрастом ребенка, уровнем его интеллектуального развития, наличием или отсутствием речевых, двигательных или сенсорных нарушений.

Основные экспериментально-психологические методики описаны С. Я. Рубинштейн в ее работе «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике» (1970).

Среди них особую популярность получили такие методики, как «Кубики Кооса», «Исключение предметов», «Последовательность событий», «Опосредованное запоминание по Леонтьеву», «Пиктограмма» и др. Многие методики имеют модификации для разных возрастных групп, некоторые из них адаптированы для лиц с нарушениями анализаторов.

Следует учитывать, что с помощью каждой из экспериментальных методик может быть получен материал, позволяющий судить о различных особенностях психики. Например, с помощью «Пиктограммы» можно исследовать память, абстрактное мышление, личностные особенности. Методик, направленных на изучение только одного процесса, мало. Это очень важно учитывать при подборе заданий для обследования конкретного больного.

Патопсихолог обязан владеть всеми экспериментально-психологическими методиками, так как именно они являются основными приемами изучения нарушенной психической деятельности.

Психопатологическое исследование обязательно включает беседу с больным.

Основные требования патопсихологического эксперимента. Принцип качественного анализа особенностей протекания психических процессов больного, метод количественного измерения психических процессов. Принцип моделирования психической деятельности. Метод «функциональной пробы». Учет роли личностного компонента в психической деятельности. Строгое регламентирование техники проведения тестовых методик. апелляция к личности больного, актуализация его личностных отношений; выявление не только нарушенных, но и сохранных сторон психической деятельности для опоры на них в психокоррекционной работе.

Выбор методик для обследования. Выбор методик исходя из цели и характера поставленных задач. Виды методик в патопсихологическом обследовании: количественные и качественные; вербальные и невербальные. Деление методик по направленности: для исследования восприятия, мышления, памяти и т. д. Принцип качественного анализа психической деятельности. Разделение методик на словесные (вербальные) и предметные (невербальные). Два основных принципа подбора методик для патопсихологического обследования (сочетание методик, позволяющих более полно и всесторонне исследовать какие-либо проявления психической деятельности; сочетание близких по направленности методик, что повышает надежность и достоверность полученных результатов). Критерии подбора методик: цель исследования; образование больного и его жизненный опыт; особенности контакта с больным. Принципы использования стандартизированных и нестандартизированных методик.

Структура составления заключения по результатам обследования. Каждое заключение составляется обычно как ответ на поставленный клиникой вопрос. Оно не может быть понято и не должно рассматриваться вне этого клинического вопроса, вне истории болезни и задачи исследования. После того как применение нескольких экспериментальных приемов позволяет (с большей или меньшей степенью убедительности) ответить на поставленный вопрос, т.е. после анализа полученных экспериментальных данных, составляется заключение. Вначале в одной или двух фразах описываются жалобы больного на состояние умственной работоспособности, памяти, внимания, утомляемости, но отнюдь не жалобы на состояние здоровья в целом.

Третья, наиболее содержательная часть заключений должна ответить на конкретный вопрос клиники. Она пишется в виде отдельных положений, доказываемых или хотя бы иллюстрируемых экспериментальными данными, полученными с помощью разных методик. Таким образом, эту часть заключений нецелесообразно писать ни по отдельным методикам, ни по психическим процессам (мышление, память и т. д.). В конце заключения резюмируются наиболее важные данные, полученные при исследовании. Эта концовка ни в коем случае не должна содержать суждения о диагнозе, так как диагноз может быть лишь итогом общего

клинического изучения больного, в то же время концовка, несомненно, содержит данные, имеющие диагностическое значение.

Обзор основных методик, используемых в современной психологии. Классификация методик: по объекту исследования (исследование индивидуально-психологических особенностей: темперамент, характер, личность; исследование отдельных психических функций: внимания и сенсомоторных реакций, памяти, мышления, функциональных и эмоциональных состояний, интеллекта, самосознания и самооценки, эмоционально-мотивационной сферы, ценностей, социальных установок). Опросник Айзенка, специфика проведения, полученные данные. Тест Кеттела. ММРІ. Опросник Шмишека. Корректирующая проба. Таблицы Шульте. Счет по Крепелину. 10 слов. Пиктограммы. Пересказ текста. Понимание рассказа. Проба Эббингауза. Ассоциативный тест. Тест Люшера. Тест Векслера. Прогрессивные матрицы Ровена. Методики Дембо-Рубинштейн. Тест Розенцвейга. Тест незаконченные предложения. ТАТ. Тест Роршаха.

Тема 3.Нарушения психической деятельности у лиц, страдающих психическими заболеваниями.

Нарушения восприятия при психических заболеваниях (элементарные нарушения чувствительности, агнозии, псевдогнозии при деменции, нарушение мотивационного компонента). Сужение объема внимания, повышенная отвлекаемость, недостаточное распределение внимания, нарушение переключаемости при психических заболеваниях. Виды нарушения памяти: забывание текущих событий (корсаковский синдром), ретроградная и антероградная амнезия, конфабуляции, псевдореминисценции. Нарушения мнестической деятельности при поражении лобных долей мозга. Нарушение мышления: нарушение динамики мыслительных процессов, нарушение операциональной стороны мышления, планирующей и программирующей функции. Виды нарушений личности: нарушение опосредствованности и иерархии мотивов, смыслообразующей и побудительной функции мотивов, самооценки, критичности. Механизмы формирования патологических потребностей и мотивов. Соотношение распада и развития психики (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев). Патопсихологические исследования соотношения распада и развития психики (И.П. Павлов, А.Р. Лурия). Несоответствие структуры поведения и мыслительной деятельности взрослого больного структуре поведения и мышления ребенка. Несовпадение биологических закономерностей протекания болезни с закономерностями развития психики.

Нарушения восприятия при психических заболеваниях (элементарные нарушения чувствительности, агнозии, псевдогнозии при деменции, нарушение мотивационного компонента). Определение восприятия. Элементарные и сенсорные расстройства, сложные гностические расстройства. Агнозия. Зрительные агнозии (предметные, агнозия на цвета и шрифты, оптико-пространственная агнозия). Гностические слуховые расстройства. Тактильные агнозии. Зрительная агнозия. Характеристика нарушений восприятия в зависимости от психического расстройства: при деменции (псевдогнозии); при неврозах и неврозоподобных состояниях (психогенные боли); при шизофрении; при психопатиях возбудимого круга; при психопатиях тормозимого типа; при реактивных депрессиях: при депрессивно-параноидном синдроме (аффективное искажение восприятия); при астено-депрессивном (фрагментарность восприятия с трудностями концентрации внимания и его переключения); при истеро-депрессивном (восприятие отличается внушаемостью, поэтому возможны псевдогнозии). Методы диагностики.

Сужение объема внимания, повышенная отвлекаемость, недостаточное распределение внимания, нарушение переключаемости при психических заболеваниях. Определение внимания. Произвольное и произвольное внимание. Патологические проявления процесса внимания и их характеристика: неустойчивость, недостаточная концентрация, нарушение распределения, замедленность переключения, рассеянность. Синдром дефицита внимания и его признаки. Характеристика нарушений в зависимости от различных психических заболеваний:

При неврозах - снижение активного внимания

У соматических больных отмечаются трудности концентрации внимания, замедленное вработывание, трудности переключения, сужение объема внимания.

У больных с «органикой» отмечается повышенная истощаемость психических процессов.

У больных с локальными поражениями ГМ отмечаются повторы, персеверации одного и того же действия, выражены затруднения переключения на новую деятельность.

При травматических и сосудистых заболеваниях ГМ отмечается неустойчивость внимания, трудность длительной концентрации.

При алкоголизации и дизэнцефальном синдроме отмечается снижение концентрации и устойчивости внимания.

Церебральный атеросклероз характеризуется быстрой утомляемостью, проявляющейся в колебаниях внимания, невозможности сосредоточения.

При эпилепсии отмечаются трудности переключения и снижение устойчивости внимания.

У больных шизофренией снижение концентрации.

Виды нарушения памяти: забывание текущих событий (корсаковский синдром), ретроградная и антероградная амнезия, конфабуляции, псевдореминисценции. Определение понятия память. Нарушение непосредственного запоминания. Амнестическое нарушение. Нарушение мотивационного компонента. Нарушение динамики памяти. Нарушения опосредованного запоминания. Нарушения памяти, описанные в психопатологии: эйдеизм, гипермнезия, гипомнезия, различные виды амнезий и их характеристика (по форме: ретроградная, антероградная, антероретроградная; по динамике: фиксационная, регрессирующая, стационарная и др.; по этиологии: аффектогенная, стационарная, истерическая. Расстройства памяти при различных нарушениях: при неврозе, при депрессивно-параноидном и астено-депрессивном синдромах, при реактивных истерических расстройствах, у больных шизофренией, при органических заболеваниях головного мозга, при психоорганическом патопсихологическом синдроме, при эпилепсии, при олигофрении.

Нарушения мнестической деятельности при поражении лобных долей мозга.

Нарушение мнестических процессов наблюдается при различных по локализации поражениях мозговой коры. Мнестические расстройства в случаях поражения левой височной области выступают наиболее отчетливо в сфере акустических (или акустико-речевых) следов, успешно компенсируясь сохранными зрительными или тактильными следами, а в случаях поражения затылочных и затылочно-теменных отделов мозга имеют преимущественно характер зрительных или зрительно-пространственных дефектов при возможности компенсации их системой слуховых или двигательных следов. Как мы видели выше, даже нарушения следовых процессов более высоких уровней деятельности продолжают в этих случаях сохранять специальный характер.

Дефекты мнестических процессов в виде нарушения отсроченных реакций отмечались уже исследователями, изучавшими животных после экстирпации лобных долей. Характерно, что нарушения отсроченных реакций проявлялись особенно отчетливо в тех случаях, когда в интервале между условным сигналом и реакцией на животное действовали посторонние раздражители. В опытах, протекавших в условиях устранения побочных раздражителей, избирательные отсроченные реакции сохранялись значительно лучше.

Больные с тяжелым «лобным синдромом», протекающим на фоне общего снижения тонуса коры, могут проявлять грубые дефекты памяти в виде нарушения избирательности следов, о чем мы уже говорили выше.

Такие больные узнают подошедшего к ним врача, однако это «узнавание» очень часто оказывается недостаточно точным: нередко достаточно одного какого-либо общего признака (очки, цвет волос и т. п.), чтобы больной принял врача за другого человека. Аналогичные факты можно наблюдать и при воспроизведении прежних словесных связей. Так, например, вместо действительного адреса больной может назвать город, где он жил когда-то раньше,

или город, название которого близко к искомому по звучанию. Влияние побочных (более упороченных или сходных по какому-либо звену) связей оказывается часто настолько сильным, что у больных этой группы становится невозможным собрать даже самый элементарный анамнез. При этом особенно грубо страдает система следов, связанных с личными переживаниями больного.

Характер нарушения мнестических процессов при поражении лобных долей мозга выступает, однако, с особой отчетливостью при специальном экспериментально-психологическом исследовании процессов произвольного запоминания.

Больные с поражением лобных долей мозга легко воспроизводят заданные им ряды из 3–4 слов или цифр. Однако если после однократного воспроизведения ряда предъявить им ряд других слов или цифр или изменить порядок тех же элементов, то у больных обнаруживаются грубые нарушения в воспроизведении нового ряда. Следы прежнего ряда оказываются инертными и начинают мешать воспроизведению новых вариантов. Адекватное воспроизведение нового ряда заменяется повторением старых шаблонов.

Нарушение активного характера мнестических процессов у больных с поражением лобных долей мозга проявляется и в том глубоком изменении «стратегии» запоминания, которое выступает у этих больных в опытах с заучиванием. Здоровый испытуемый, приступающий к выполнению определенного задания, формулирует для себя определенный «уровень требований», учитывая успех или неуспех своих прежних действий. Так, запомнив 6 слов, такой испытуемый не берется при следующем повторении ряда сразу запомнить 10 или 12 слов. Не выполнив соответствующего намерения, он не повышает дальнейших требований к себе, прежде чем успешно не оправится с предшествующей задачей.

Глубокое нарушение структуры мнестической деятельности больных с поражением лобных долей мозга выступает с особенной отчетливостью в опытах с так называемым опосредствованным запоминанием.

Нарушение мышления: нарушение динамики мыслительных процессов, нарушение операциональной стороны мышления, планирующей и программирующей функции. Понятие мышления. Характеристика 3 основных видов нарушения мышления: 1) нарушение операциональной стороны мышления, которое в свою очередь подразделяется на снижение уровня обобщения и искажение прогресса обобщения; 2) нарушения личностного (мотивационного) компонента мышления: актуализация латентных свойств понятий, «разноплановость» мышления и «разорванность» мышления; 3) Нарушения динамики мыслительной деятельности: инертность мышления, лабильность мышления. Деление расстройств мышления на количественные и качественные. Нарушение темпа мышления. Нарушение подвижности мышления: детализированное мышление, обстоятельное, вязкое. Нарушение целенаправленности мышления: резонерское мышление, витиеватость мышления, разорванность мышления, паралогическое мышление, соскальзывание мышления, разноплановость мышления, символическое мышление, аморфность мышления. Патология суждений и умозаключений: бредовые идеи (классификация по содержанию; классификация по структуре); сверхценные идеи; навязчивые идеи; доминирующие идеи.

Виды нарушений личности: нарушение опосредствованности и иерархии мотивов, смыслообразующей и побудительной функции мотивов, самооценки, критичности. Нарушение структуры иерархии мотивов. Формирование патологических потребностей и мотивов. Нарушение смыслообразования. Нарушение саморегуляции и опосредования. Нарушение критичности и спонтанности поведения. Нарушение уровня притязаний. Основные методики для исследования личности: исследование самооценки (по Дембо-Рубинштейн); Исследование уровня притязаний (Ф.Хоппе); проективные методики (ТАТ, САТ, тест Роршаха, тест Люшера, тест Розенцвейга, рисуночные методики) и др.

Механизмы формирования патологических потребностей и мотивов.

Изменение самосознания является результатом нарушения рефлексии, которая может привести к изменению мотивов, менять их смыслообразующую функцию, нарушать эмоциональную реактивность. Искаженное отражение сознания собственной личности может при-

вести к специфическим расстройством, принять характер изменения физического «образа я». Нарушение физического «образа я» описано в психиатрической литературе не только в виде синдрома дисморфобии, деперсонализации, но и нервной анорексии. Наиболее ярко подобные нарушения личности проявляются при хроническом алкоголизме. Б. С. Братусем было проведено исследование мотивационной сферы данной категории больных. В ходе этого исследования были проанализированы факты, касающиеся нарушения иерархии мотивов и формирования новой патологической потребности.

Анализ истории болезни больных алкоголизмом отчетливо отражает выраженные изменения их личности. У таких больных отмечается снижение личности, вплоть до полной ее деградации. Причем это снижение идет в первую очередь по линии изменений в сфере потребностей и мотивов, разрушения преморбидных установок, сужения круга интересов. При этом в психологическом эксперименте у них не обнаруживаются грубые изменения познавательной деятельности (уровня обобщений, например) и системы знаний. Их недостаточность проявлялась при выполнении заданий, требующих умственных усилий, длительной концентрации внимания, быстрой ориентировки в новом материале. Отмечалась также недостаточная целенаправленность суждений, некритичность, завышенная самооценка, лабильность уровня притязаний.

Анализ историй болезни больных алкоголизмом позволил проследить процесс и выявить механизм формирования новой патологической потребности - потребности в алкоголе. Принятие алкоголя не относится к числу естественных потребностей, поэтому изначально алкоголь не обладает самостоятельной побудительной силой. На первых порах принятие алкоголя выполняет роль средства для реализации других мотивов (приятно отдохнуть, снять напряжение). Постепенно, по мере формирования психологической (а затем и физиологической) зависимости, у человека появляется и закрепляется желание вновь и вновь испытать приятные ощущения, связанные с принятием алкоголя.

Происходит то, что А. Н. Леонтьев называл «сдвигом мотива на цель», формируется новый мотив, побуждающий к новой деятельности, а следовательно, и новая потребность (в алкоголе). Так как принятие алкоголя становится целью деятельности больного, то потребность в алкоголе осознается, приобретает определенный личностный смысл. При алкоголизме у больных меняется не только содержание потребностей и мотивов, но и их структура. Мотивы становятся все менее опосредованными. Известно, что чем более опосредован характер потребностей и мотивов, тем отчетливее проявляется их соподчинение, иерархическая связь. Так как у больных ведущим, смыслообразующим мотивом становится употребление алкоголя, потребность в котором носит непосредственный характер, то с развитием алкоголизма у них все больше разрушается прежняя иерархия мотивов.

Соотношение распада и развития психики (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев). В основе формирования личности больного человека лежат психологические закономерности, во многом сходные с закономерностями нормального психического развития. Однако болезненный процесс создает особые, не имеющие аналога в нормальном развитии условия функционирования психологических механизмов, которые и приводят к искаженному патологическому развитию личности. Таким образом, сами биологические особенности болезни не являются непосредственными причинами нарушений психики. Они изменяют ход психических процессов, играя роль условий, в которых разворачивается собственно психологический процесс - процесс формирования аномальной личности. А. Н. Леонтьев, вслед за Л. С. Выготским, подчеркивал, что биологически унаследованные свойства составляют лишь одно из условий формирования психики. Основным же условием формирования психических функций является овладение миром предметов и явлений, созданных человеком. С. Л. Рубинштейн также указывал на роль внешних (социальных) и внутренних (биологических) факторов в психическом развитии, отмечая, что внешние причины преломляются через внутренние условия.

Л. С. Выготский справедливо указывал, что для правильного понимания проблемы развития и созревания психики необходимы данные о ее распаде.

Довольно долго в психиатрии и психологии господствовало мнение о том, что при многих психических расстройствах поведение человека начинает соответствовать более низкому уровню, соответствующему тому или иному этапу детского развития. На этих фактах основывалось положение о том, что психический регресс является как бы «негативом» психического развития и при распаде психики происходит послойное разрушение онтогенетически более поздних психических образований и переход на онтогенетически более ранние уровни функционирования психики. Действительно, данные исследований, проведенных на животных, убедительно показывают, что при патологии деятельности мозга раньше всего нарушается то, что было приобретено позднее. Л. С. Выготский справедливо указывал на то, что когда речь идет о развитии психики человека, то применяемый к животным генетический подход не может быть автоматически продолжен. При переходе к человеку законы биологии уступают место закономерностям общественно-исторического развития.

Так, например, А. Р. Лурия доказал, что не всегда при психических расстройствах в первую очередь страдают более поздние и сложные психические функции. Нередко нарушаются именно элементарные сенсомоторные акты, и это создает основу для формирования сложной картины болезни. Отождествление психики больных людей с психикой детей определенного возраста также не нашло экспериментального подтверждения. В этом случае можно говорить лишь о внешней аналогии, тогда как структура и механизмы протекания психических процессов взрослых больных существенно отличаются от детской психики.

К такому же выводу приводит анализ различных форм нарушения мышления. Суждения больных с грубым органическим поражением ЦНС (органическая деменция) действительно напоминают суждения детей дошкольного возраста, так как в них доминируют непосредственные, конкретно-ситуативные представления о предметах и явлениях. Но эта аналогия является только внешней. Мышление слабоумного больного качественно отличается от мышления ребенка. Слабоумный взрослый больной утрачивает способность овладевать новой системой знаний, при этом у него может в определенной степени сохраняться прежний багаж информации. Ребенок же, даже мало знающий, легко образует новые понятия, легко овладевает новой системой знаний. Ребенок, даже умственно отсталый, принципиально всегда обучаем, в то время как дементный больной не обучаем. Другими словами, психологический анализ клинического материала подтверждает тезис о том, что развитие и распад психики не являются негативными аналогами. В основе развития и распада психики лежат различные механизмы. Психическая болезнь протекает по биологическим закономерностям, которые не повторяют закономерностей развития психики. Как известно, психическая деятельность, высшие психические функции формируются прижизненно на основе общественно обусловленных временных связей в процессе обучения, воспитания и общения. Т. е. психическое развитие обуславливается, в первую очередь, социальными факторами, тогда как распад психики - биологическими.

Таким образом, психологический анализ различных форм нарушений деятельности психически больных является ценным материалом, который должен учитываться при построении общепсихологической теории, особенно при изучении вопросов о сущности, при роде психического и о механизмах психического развития.

Тема 4. Патопсихологическая семиотика.

Характерные изменения высших психических функций и личностные особенности при шизофрении, маниакально-депрессивном психозе, эпилепсии, олигофрении. Психологическая структура шизофренического дефекта: а) характеристика особенностей мыслительных процессов; б) нарушения мотивации при шизофрении; в) деформация процесса общения. Изменения динамики психической деятельности и личностные расстройства при эпилепсии: а) патологическая инертность психической деятельности, ее влияние на функционировании внимания, памяти, мышления; б) компенсаторный характер личностных изменений при эпилепсии. Особенности протекания психических процессов на фоне маниакальной и депрессивной фаз при циркулярном психозе. Нарушения познавательной деятельности и личност-

ные расстройства при органических заболеваниях. Истощаемость психической деятельности (парциального, либо тотального характера). Снижение функции внимания, натуральной памяти по типу истощаемости. Изменения мышления в пределах от неравномерности уровня обобщений до невозможности актуализации данного процесса. Невротизация личности на ранних стадиях заболевания, критичность к своему состоянию. Неадекватность самооценки и поведения, благодушие и отсутствие критичности на завершающих этапах заболевания. Специфика клинической картины и структуры патопсихологического синдрома при церебральном атеросклерозе, старческом слабоумии, последствиях черепно-мозговых травм, алкоголизме, наркоманиях, токсикоманиях.

Характерные изменения высших психических функций и личностные особенности при шизофрении, маниакально-депрессивном психозе, эпилепсии, олигофрении. Функциональная асимметрия при шизофрении, как причина формирования нарушений ВПФ. Нарушения кратковременной памяти у больных шизофренией. Расстройства произвольного внимания при Ш. Нарушения интеллектуальной сферы при Ш. Нарушение мышления при Ш. Основные проявления МДП. Нарушение темпа мышления при МДП. Усиление памяти при МДП. Эпилепсия: память (снижение способности к запоминанию, транзиторная амнезия и др.); внимание (нарушение селективности, произвольности, переключаемости и др.); речь и письмо (задержка речевого развития, нарушение плавности речи, сужение словарного запаса, дисграфия и аграмматизм, гиперграфия и др.); мышление (замедленность темпа, снижение уровня обобщения, ригидность, стереотипность и персеверативность). Олигофрения: восприятие (страдает из-за снижения, слуха, зрения, речи); мышление (тугоподвижность и инертность, некритичность); память (трудность в сохранении информации, позднее формируется произвольное запоминание, эпизодическая забывчивость); воображение (фрагментарность, неточность, несовершенство мыслительных операций.); речь (как следствие нарушения взаимодействия между первой и второй сигнальными системами); внимание (малая устойчивость, трудности распределения, замедленная переключаемость).

Психологическая структура шизофренического дефекта: а) характеристика особенностей мыслительных процессов; б) нарушения мотивации при шизофрении; в) деформация процесса общения.

При анализе изменений личности и психических процессов, по данным беседы, наблюдения и патопсихологического исследования выделяются следующие характерные разновидности симптомов: нарушения мышления, нарушения речи, нарушения эмоций, нарушения личности, моторные расстройства.

Нарушения мышления включают:

бред специфического содержания;

субъективное ощущение трансляции мыслей (больному кажется, что его мысли передаются другим людям), вкладывания в голову чужих мыслей, отнятия мыслей;

искажение процесса обобщения, разноплановость и резонерство, а также нарушения критичности в мышлении.

Шизофренические миры не строятся по одному образцу. Скорее здоровый человек поймет больного шизофренией, чем один больной - другого.

Ассоциации больных своеобразны и хаотичны. По данным Ю.Ф. Полякова, В.П. Критской и др, в процессе решения интеллектуальных задач для больных шизофренией характерно увеличение количества несущественных и уменьшение количества практически значимых свойств предметов, используемых для нахождения ответа. Испытуемые предлагают, например, такие ответы: «часы и река похожи тем, что они блестят и имеют прозрачную поверхность, циклические, в них есть камни».

Нарушение целенаправленности мышления приводит к потере его продуктивности, что составляет резкий контраст с наличием у больного нужных для выполнения задачи интеллектуальных способностей.

Если обобщить подход отечественной патопсихологии к объяснению шизофренических изменений мышления, то схему их возникновения можно представить следующим образом:

Механизм формирования нарушений мышления при шизофрении: Аутизм > Ослабление социальной направленности > Дефект мышления.

Нарушения речи. Речь больных шизофренией характеризуется своеобразием словарного запаса, склонностью к использованию неологизмов, малым использованием выразительных средств {мимика, интонирование), в некоторых случаях - бессвязностью. Часто наблюдается склонность рифмовать высказывания.

Нарушения эмоций. Эмоциональная холодность является одним из наиболее заметных проявлений шизофрении. Больные выглядят отстраненными, безучастными, слабо реагируют даже на сильные эмоциогенные стимулы. При этом в связи с бредом у них могут наблюдаться сильные эмоции, содержание которых неадекватно ситуации. Для больных шизофренией может быть характерна и амбивалентность эмоций, т.е. наличие в сознании одновременно двух различных по знаку типов эмоционального отношения.

Нарушения личности. При шизофрении наблюдаются аутизм, потеря мотивами побудительной силы, нарушение критичности к своему состоянию и поведению, расстройства самосознания, формирование патологических мотивов.

Аутизм можно определить как недостаток социальной направленности, снижение способности к регуляции деятельности социальными мотивами, обусловленное снижением потребности в общении. Социальная направленность человека выражается в первую очередь в готовности к общению с другими, в поиске контактов, в ориентации на внешнюю оценку. Нарушения общения выявляются и в патопсихологическом обследовании больных шизофренией. Так, при классификации изображений человеческих лиц и ситуаций межличностного взаимодействия выявляется снижение ориентировки на социально значимые признаки, снижение дифференцированности восприятия социальных ситуаций.

Весьма характерным для шизофрении являются изменения мотивационно-потребностной сферы. Б.В. Зейгарник, опираясь на теорию деятельности, выделяет побудительную и смыслообразующую функцию мотивов, слияние которых позволяет сознательно регулировать деятельность. При шизофрении характерно превращение мотивов в «только знаемые», что приводит к значительному нарушению продуктивности деятельности, ее обеднению, неспособности регулировать ее в соответствии с изменившейся ситуацией. Постепенно сужается круг смысловых образований, то, что раньше волновало больного, утрачивает для него всякий смысл. В психиатрических классификациях это нарушение описывается как одна из разновидностей абулии, т.е. частичного или полного отсутствия желаний или побуждений.

Изменения динамики психической деятельности и личностные расстройства при эпилепсии: а) патологическая инертность психической деятельности, ее влияние на функционировании внимания, памяти, мышления; б) компенсаторный характер личностных изменений при эпилепсии.

При длительном течении заболевания у больных часто появляются определенные, ранее им не свойственные черты, возникает так называемый эпилептический характер. Своеобразно меняется и мышление больного, при неблагоприятном течении заболевания достигающее до типичного эпилептического слабоумия. Круг интересов больных сужается, они становятся все более эгоистичными, у них «теряется богатство красок и чувства высыхают» (В. Гризингер). Собственное здоровье, собственные мелкие интересы – вот что все более отчетливо ставится в центр внимания больного. Внутренняя холодность к окружающим нередко маскируется показной нежностью и любезностью. Больные становятся придиристыми, мелочными, педантичными, любят поучать, объявляют себя поборниками справедливости, обычно понимая справедливость очень односторонне. В характере больных появляется своеобразная полнота, легкий переход от одной крайности к другой. Они то очень приветливы, добродушны, откровенны, порой даже слащавы и навязчиво лстивы, то необыкновенно злобны и агрессивны.

Типично меняется мышление больных эпилепсией: оно становится вязким, с наклоном к детализации. При длительном и неблагоприятном течении заболевания особенности

мышления становятся все более отчетливыми: нарастает своеобразное эпилептическое слабоумие. Больной теряет способность отделять главное, существенное от второстепенного, от мелких деталей, ему все кажется важным и нужным, он вязнет в мелочах, с большим трудом переключается с одной темы на другую. Мышление больного становится все более конкретно-описательным, снижается память, оскудевает словарный запас, появляется так называемая олигофазия.

Следует отметить полярность аффекта – сочетание аффективной вязкости и эксплозивности (взрывчатости). Больные долго помнят обиду, мстят за нее. Отмечается подчеркнутый до карикатурности педантизм в отношении одежды, порядка в доме и т.п. Существенной чертой эпилептиков является инфантилизм, выражающийся в незрелости суждений, свойственная некоторым больным неадекватная религиозность. Часто встречается утрированная до слащавости, до подобострастия любезность; сочетание повышенной чувствительности, ранимости с брутальностью, злобностью. Лицо этих больных малоподвижно, маловыразительно, мимические реакции бедны, больные скупы и сдержанны в жестах.

Во время патопсихологического исследования больных эпилепсией изучается мышление (динамика, операции), память, внимание, вработываемость, переключения. Мышление у больных эпилепсией тугоподвижное, вязкое. Больные затрудняются выполнить любые пробы на переключение. Использование таблиц Шульте выявляет замедление темпа психической деятельности. Отмечается фиксация внимания на конкретных малосущественных деталях. В результате испытуемые затрудняются устанавливать сходство на основе родовой принадлежности. При описании рисунков, пересказе текстов, установлении последовательности событий по серии сюжетных картин отмечается чрезмерная детализация ассоциаций, обстоятельность суждений. В ассоциативном эксперименте отмечается увеличение латентного периода, частые эхологические реакции, однообразное повторение названий одних и тех же предметов, инертность установки.

Часто речь больных изобилует уменьшительно-ласкательными суффиксами, замедлен темп речи. Резонерство при этом заболевании отличается патетичностью, поучительностью, переоценкой своего жизненного опыта, банальностью ассоциаций, шаблонами в мышлении. Больные часто включают себя в ситуации (например, при рисовании пиктограмм и т.д.), не понимают юмора (серия рисунков Х. Бидструпа), что свидетельствует об эгоцентризме, недостаточности осмысления переносного смысла, подтекста.

Особенности протекания психических процессов на фоне маниакальной и депрессивной фаз при циркулярном психозе.

Маниакально-депрессивный психоз – это заболевание, протекающее в форме депрессивных и маниакальных фаз, разделенных интермиссиями, то есть состояниями с полным исчезновением психических расстройств. Заболевание не приводит к изменениям личности и дефектам в интеллектуальной и эмоционально-волевой сфере, несмотря на многократные рецидивы.

Больные МДП составляют 3-5% всех госпитализируемых в психиатрические клиники. Женщины заболевают примерно в 2 раза чаще, чем мужчины. В стационар попадают больные только с выраженными формами (циклофрения). Возможны мягкие, ослабленные формы МДП (циклотимия).

За последние десять лет отмечается значительный рост стертых, латентных, лабиринтных депрессий, где на первое место выступают соматические жалобы, утомляемость, болевые синдромы, бессонница ночью, сонливость днем (соматизированная депрессия). У подростков значительно чаще классических вариантов наблюдаются депрессии в форме психопатических эквивалентов с асоциальным поведением. В подобных случаях психологическое исследование может оказаться единственным методом, выявляющим депрессию.

Характеристика проявлений маниакально-депрессивного психоза

Заболевание протекает в форме отдельно возникающих или сдвоенных фаз – маниакальной и депрессивной. Депрессивные фазы встречаются в несколько раз чаще. Выраженность расстройств колеблется от гипомании и циклотимической депрессии до тяжелых и

сложных маниакальных и депрессивных синдромов. Продолжительность отдельных фаз колеблется от нескольких дней и недель до нескольких лет. В среднем фазы длятся от 2-3 до 5-6 месяцев, нередко в течение жизни возникает от 1 до 3 манифестных фазы. Болезнь может начинаться как независимо, так и в связи с экзогенной, психогенной, родами, чаще начинается в одно и то же время года (весной, осенью).

Депрессивная фаза характеризуется следующими симптомами:

- 1) подавленным настроением (депрессивный аффект);
- 2) заторможенностью мыслительных процессов (интеллектуальное торможение);
- 3) психомоторным и речевым торможением.

Для маниакальной фазы, в свою очередь, характерны следующие симптомы:

- 1) повышенное настроение (маниакальный аффект);
- 2) ускоренное протекание мыслительных процессов (интеллектуальное возбуждение);
- 3) психомоторное и речевое возбуждение.

Нарушения познавательной деятельности и личностные расстройства при органических заболеваниях.

При олигофрении познавательная деятельность характеризуется замедленностью ориентировки в окружающем, плохой обучаемостью, что обусловлено неполноценностью коры головного мозга. Больным сложно строить операции обобщения, отвлечения, абстрагирования. Уровень обобщения снижается до конкретного. Инертность психических процессов, затруднения при необходимости отторгнуть конкретные связи данного понятия приводят к детализации в мышлении больных, что закрепляется в виде характерологической черты условиями жизни больных. Помощь, обучение помогают больным при решении данной задачи, но при переходе к новому материалу они вновь используют конкретные признаки понятий.

При поражении сосудов головного мозга и черепно-мозговых травмах (отдаленный период), интоксикациях основным, что характеризует состояние познавательной деятельности у больных, является нарушение динамики (неустойчивость умственной работоспособности, истощаемость). У больных с поражением сосудов головного мозга отмечаются колебания продуктивности мнестической деятельности, она носит как бы прерывистый характер. Больной может вдруг забыть название какого-либо предмета, а потом спонтанно вспомнить его. Может подробно и точно воспроизвести басню, а потом не вспомнить более легкий текст. Обычно больные в повседневной жизни начинают усиленно пользоваться записными книжками. Эту особенность познавательной деятельности больных можно использовать в качестве диагностического критерия степени выраженности поражения, тяжести страдания. В тяжелых случаях отмечается значительное ухудшение смысловой памяти. Стараясь как можно точнее передать смысл запоминаемого слова, больные рисуют очень подробные рисунки. Важно, что излишнее стремление застраховаться от случайности приводит к парадоксальному явлению: воспроизведение становится неточным, приблизительным, его объем резко снижается. Часто больные вспоминают рисунок, но слово, которое они хотели запомнить, не могут вспомнить вообще. При необходимости длительно удерживать инструкцию отмечается «непоследовательность суждений» - вид патологии мышления, при котором правильные (обобщенные) и ошибочные (конкретные) решения чередуются. Операции абстрагирования в таких заданиях больные заменяют установлением сугубо конкретных связей, подменяя логические связи совершенно случайными. Принципиально важно, что больные с достаточной критикой относятся к своим ошибкам, активно ищут помощи экспериментатора.

При старческом слабоумии ведущим является стойкое нарушение памяти. Прежде всего отмечается снижение активности запоминания. Во время эксперимента больной утверждает, что ничего не сможет запомнить, и действительно не вспоминает ни одного слова. После достаточно длительной организующей помощи больные запоминают слова, но объем механической памяти у них очень низкий (2-4 слова). При отсроченном воспроизведении больные не могут ничего вспомнить. В связи с повышенной отвлекаемостью ухудшается процесс воспроизведения. Во время воспроизведения любой посторонний шум, разговор способствуют забыванию. Больной может сказать, что вообще ничего не запо-

нил. Продуктивность мышления в связи с этим у данной группы больных резко снижена и неравномерна. Только кратковременные задания больные могут решить с элементами обобщения. При выполнении заданий, требующих длительного удержания инструкции, больные используют конкретные связи понятий, отвлекаются, забывают о цели обследования. Организуемая и направляющая помощь фактически не помогает, хотя больные послушно исправляют ошибки.

При шизофрении характерная патология познавательной деятельности обуславливается такими изменениями личности, как нарушение смыслообразующей функции мотивов, переход мотивов побудительных в «знаемые». Подобная патология личности находит свое выражение в изменении мышления: разноплановости, резонерстве, недостаточности актуализации прошлого опыта, что делает мышление больных шизофренией непродуктивным. Псевдоабстрактность, отсутствие направленности на разрешение поставленной задачи приводят к потере связи между обобщающим понятием и конкретным содержанием задания.

Истощаемость психической деятельности (парциальной, либо тотальной характера). При сохранности задатков, опыта и навыков личности нарушается проявление преимущественно количественных и отдельных качественных ее сторон. Отмечается несоответствие глубины и длительности психической истощаемости сравнительно небольшой умственной, реже физической нагрузки. Замедляются быстрота и глубина припоминания, запоминания, удержания информации, снижается продуктивность мышления, в первую очередь, творческого мышления, решения мыслительных задач, проведения сравнений, обобщения, анализа и синтеза замедляется; новые задачи, новые идеи и решения крайне трудны, практически нерешаемые в прежнем объеме. Падает волевая активность, настойчивость в решении мыслительных задач, нарушается прежняя твердость в принятых решениях. Появляется сензитивность, эмоциональная возбудимость. В характере начинают преобладать ригидность и интроверсии, уменьшаются пластичность и прежняя экстравертированность. Возникает субъективное ощущение скуки, сплина, усталости, вялости, сомнений, «волнений», «переживаний», «опасений», «нетерпение». Затрудняется смена масок и ролевых форм поведения, что создает проблемы в общении и межличностных отношений, что заставляет пациентов избегать смены стереотипа. Истощение психической деятельности определяется в целом теми же психическими расстройствами, что и астенический синдром, но здесь преобладают избирательные количественные нарушения функционирования личности.

Снижение функции внимания, натуральной памяти по типу истощаемости. Рассеянность – нарушение способности длительно сосредоточиваться с постоянными переходами от одного объекта (явления) к другому, ни на чем не задерживаясь. Рассеянность часто бывает при утомлении, при астенических состояниях и обычно сочетается с повышенной истощаемостью внимания. Повышенная отвлекаемость – чрезмерная подвижность внимания, постоянный переход от одного объекта и вида деятельности к другому. Повышенная отвлекаемость характерна для маниакального состояния, в этом случае она сочетается с ускорением мыслительных процессов. Инертность (малая подвижность) внимания – нарушение переключаемости или патологическая фиксация внимания. Апрозексия – полное выпадение внимания. Сужение объема- неспособность удерживать в кругу целенаправленной деятельности достаточно большое число представлений и свободно оперировать ими. Истощаемость- снижение способности к длительному сосредоточению на определенном явлении или деятельности в силу повышенной утомляемости.

Гипермнезия - сказывается в затруднении воспроизведения дат (хронология событий), имен, названий, терминов, определений понятий, т. е. наиболее индивидуального, дифференцированного, отвлеченного материала памяти. Слабость избирательной репродукции сопровождается облегчением образных воспоминаний, всплывающих произвольно в виде ярких чувственно-конкретных представлений.

Гипомнезия- общее ослабление памяти.

Амнезии – беспомыслие, отсутствие памяти.

Ретроградная амнезия – выпадение из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию, психическому заболеванию. При этом расстройстве невозможно воспроизведение событий, обстоятельств, бывших перед утратой сознания или началом болезни. Подобное забвение распространяется на различный период (часы, дни, месяцы).

Антероградная амнезия – утрата воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики. Подобное забвение, как и при ретроградной амнезии, может ограничиваться не только часами, но и днями и неделями. Поведение больных в этот затем забытый период вполне правильное, они отдают себе во всем отчет, а в дальнейшем все совершившиеся за это время события бесследно исчезают из памяти.

Конградная- амнезия периода выключения сознания.

Антероретроградная амнезия – сочетание двух видов амнезии. Из памяти выпадают события, не только предшествовавшие бессознательному состоянию или болезни, но и следовавшие за ними.

Палимпсест – невозможность полного воспроизведения в сознании деталей, эпизодов или подробностей событий, происходивших во время алкогольного опьянения. Подобное расстройство относится к предвестникам алкогольной амнезии.

Фиксационная амнезия – потеря способности запоминать, отсутствие памяти на текущие события (основной признак синдрома Корсакова).

Прогрессирующая амнезия – утрата способности запоминания и постепенное опустошение запасов памяти, которое происходит с последовательной закономерностью. В первую очередь утрачивается недавно приобретенный материал памяти, наиболее поздно приобретенные ассоциации, забываются события последних лет жизни. Рано приобретенный запас памяти, события раннего периода жизни сохраняются значительно дольше. Утрата материала памяти в последовательности, обратной его накоплению, происходит от нового к старому, от недавно приобретенного к давно приобретенному, от индивидуального, избирательного к общему (закон Рибо). При прогрессирующей амнезии сначала исчезает менее организованный, менее автоматизированный материал памяти. Давно приобретенный и, следовательно, прочнее организованный, более автоматизированный материал сохраняется дольше.

Парамнезии – ложные воспоминания, возникающие в результате слияния актуального восприятия, впечатления с мнимым, бывшим якобы в прошлом. Больной абсолютно уверен, что это он однажды видел, слышал, переживал. В других случаях, наоборот, действительно бывшие в прошлом впечатления воспринимаются как впервые возникшие.

Конфабуляции – ложные воспоминания. Содержанием конфабуляций могут быть действительно бывшие или возможные в прошлом события, но перемещенные в иное, ближайшее время.

Криptomнезии – искажения памяти, выражающиеся в ослаблении различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими событиями и событиями, увиденными во сне, прочитанными, услышанными.

Псевдореминисценции - замещение промежутков памяти событиями, имевшими место, но в другое время.

Невротицизация личности на ранних стадиях заболевания, критичность к своему состоянию.

Неврозами, или невротическими расстройствами современной психологической и психиатрической литературе называют функциональные расстройства психической деятельности, возникающие как реакция на значимые психотравмирующие события (конфликты) и обусловленные несовершенством механизмов психологической защиты и антиципационной несостоятельностью. При неврозах выявляются разнообразные симптомы, затрагивающие нарушения практически всех познавательных процессов.

Наличие или отсутствие критичности служит одним из важнейших критериев оценки психического состояния больных и прогноза заболевания в целом.

Проблема критичности в связи с формированием сознания и самосознания рассматривается в работах С.Л. Рубинштейна, Б.М. Теплова, А.Г. Спиркина, Е.В. Шороховой. Частично освещена критичность в работах Л. И. Божович, Б.И. Пинского, М.С. Неймарк, Е.А. Серебряковой, Е.И. Савонько, В.М. Синельникова и др. в связи с исследованием формирования самооценки.

Б.В. Зейгарник определяет критичность как «умение обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями». Из этого определения уже следует, что понятие «критичность» выходит за рамки мыслительных процессов.

Второй вид нарушений критичности выступает как нарушение понимания больным своего места и своей роли в жизни, в ситуации, нарушение понимания своих достоинств и недостатков. Оба вида некритичности /некритичность к своим суждениям и некритичность к оценке своей личности/ неразрывно связаны, неотделимы друг от друга.

Сопоставляя экспериментальные и клинические данные, можно выявить расхождение между внутренней картиной болезни, самооценки, самосознания и действительным состоянием больного.

Описанные нами первые два вида некритичности /к суждениям и к оценке своей личности/ вытекают из изменения структуры деятельности. Однако, имеется ещё особый вид некритичности, который достаточно рельефно выступает в клинике и носит характер моносимптома—некритичность к своим психопатологическим проявлениям.

Данный вид некритичности рассматривается часто в психиатрии как критерий улучшения или ухудшения состояния больного.

Чрезвычайно интересным является в этой связи исследование постепенного угасания критичности к возникающим бредовым идеям, исследование формирования критического отношения при резидуальном бреде до полного восстановления критичности. Как предмет исследования не лишены интереса и сохранность критики, способность больных понимать болезненность возникающих у них навязчивостей, фобий ритуалов, изменение критического отношения к возникающим видениям в период ясного сознания при делириях и т.п. Особый интерес представляет исследование критического отношения к перенесенным психозам, депрессиям.

При помощи различных экспериментальных приемов иногда удается отграничить, что является признаком критичности, а что - тенденцией к диссимуляции. Сам по себе факт диссимуляции содержит некоторые элементы критичности, но, конечно, не является свидетельством истинной критики. Однако, по сравнению с полной некритичностью диссимуляция свидетельствует о каких-то элементах критики.

При письменном описании своего состояния больным предлагалось отметить не только своё (физическое недомогание, жалобы, но также свои душевные переживания, связанные с ними, свои желания). Описание своего состояния, также как и описание своих характерологических черт, вызывало положительную реакцию у больных. Как правило, больные подробно и детально описывали свое состояние. Проявились некоторые особенности при выполнении этого задания больными с различными диагнозами. Оказалось, что наибольшие переживания, связанные с болезнью, выступали у больных органическими поражениями головного мозга. Больные чувствовали свою несостоятельность, иногда даже преувеличивали свои болезненные ощущения, просили помощи. Больные шизофренией давали формальные описания, констатировали наличие или отсутствие каких-либо недомоганий, связывали их со своим бредом. Описание своего состояния больными хроническим алкоголизмом носило защитный характер, больные не отмечали у себя каких-либо болезненных симптомов.

Кроме того, при возникновении подлинной критичности перед выпиской больные при исследовании самооценки оценивают себя низко. Между тем, диссимулирующие больные при исследовании самооценки отмечают себя очень высоко, почти на самой вершине, особенно по критериям здоровья и счастья.

Специфика клинической картины и структуры патопсихологического синдрома при церебральном атеросклерозе, старческом слабоумии, последствиях черепно-мозговых травм, алкоголизме, наркоманиях, токсикоманиях.

Течение церебрального атеросклероза характеризуется многообразием клинических форм. Общеизвестно выделение в качестве основной формы заболевания церебросклеротической астении. Один из ведущих симптомов астении - истощаемость психических функций. Исследование ее позволяет четко определить патогенетические особенности и тип астенического состояния.

Особенно четко обнаруживается истощаемость при исследовании специальными методиками, направленными на изучение работоспособности - таблицами Шульте, Крепелина, в корректурной пробе. Для гиперстенического синдрома характерно начало выполнения задания в быстром темпе и очень рано проявляющаяся истощаемость. В последующем эпизодически отмечается кратковременное улучшение показателей. Кривая истощаемости гиперстенического типа при исследовании таблицами Шульте носит зигзагообразный характер.

С истощаемостью при церебральном атеросклерозе непосредственно связана и недостаточность активного внимания. Она находит свое отражение в пропусках отдельных чисел в таблицах Шульте, в увеличении к концу исследования количества ошибок в таблицах Крепелина. Особенно четко она обнаруживается в корректурной пробе - отмечаются пропуски букв, лишние зачеркивания сходных или расположенных рядом с заданной букв, пропуск целых строк.

Одним из наиболее ранних и выраженных признаков заболевания является расстройство памяти. Уже при начальных проявлениях заболевания больные нередко жалуются, что в беседе не могут вспомнить нужное слово. Лишь впоследствии, через несколько часов, когда больной не думает об этом, нужное слово <само всплывает в памяти>.

Недостаточность удержания (ретенции) обнаруживается еще до заметных расстройств запоминания. Так, больной, воспроизводивший 10 слов после 4-5 повторений, после 15-20-минутного перерыва уже называет лишь часть этих слов. Постепенно, наряду с усилением недостаточности удержания, выявляется и недостаточность запоминания.

В определенной связи с расстройствами памяти находятся и наблюдающиеся у больных церебральным атеросклерозом эпизодические вербальные парафазии. Замены слов часто происходят по так называемому комплексному типу, когда выпавшее слово заменяется другим, принадлежащим к тому же кругу представлений. Иногда слово заменяется противоположным по значению.

Для исследования степени снижения памяти в зависимости от выраженности атеросклеротического процесса мы применяли шкалу памяти Векслера. Установлена четкая зависимость между суммарными показателями памяти и выраженностью атеросклеротического процесса.

Старческое слабоумие. Анатомической основой сенильной деменции являются диффузная атрофия коры головного мозга и ряд сопутствующих ей морфологических изменений. Начало болезни почти всегда медленное, малозаметное, без характерологических изменений. Эти изменения напоминают личностные сдвиги, свойственные естественному старению, но отличаются от последних выраженностью, утрированностью, более быстрым прогрессированием. При патопсихологическом исследовании расстройства памяти у больных старческим слабоумием обнаруживаются очень рано и обычно сразу же носят массивный характер, охватывают различные проявления памяти. Оказывается нарушенной как механическая, так и смысловая память. Резко выражены расстройства запоминания, развивается амнезия. Нарушается внимание, в первую очередь - активное. Больные не могут сосредоточить свое внимание на чем-либо. Из-за этого не удаются простейшие пробы на внимание. Очень рано обнаруживается резко прогрессирующее снижение уровня процессов обобщения и отвлечения. Суждения больных поверхностны, нарушено различение существенных и второстепенных признаков предметов и явлений. Оказывается совершенно невозможным выполнение простейших заданий по методикам исключения, классификации. Больные не могут

подобрать обобщающих названий к нескольким предметам. Уже в начале заболевания по мере прогрессирования интеллектуально-мнестических расстройств выявляются и неуклонно нарастают изменения речи. Типично постоянно прогрессирующее обеднение словарного запаса.

При ЧМТ. Начальной и острой стадиям черепно-мозговой травмы присущ регрессирующий характер. Интеллектуально-мнестическая недостаточность в этих стадиях носит значительно более грубый характер, чем в дальнейшем. В ряде случаев слабоумие у больных, перенесших черепно-мозговую травму, носит прогрессивный характер. Такое слабоумие Т. Н. Гордова (1974) обозначала как последующее, в отличие от регрессирующего (резидуального). Как всякое заболевание экзогенно-органического генеза, последствия черепно-мозговой травмы характеризуются в первую очередь астенией, проявляющейся клинически и патопсихологически повышенной истощаемостью, которую Б. В. Зейгарник называла кардинальным признаком посттравматических изменений психической деятельности. Повышенная истощаемость характеризует психическую деятельность больных в отдаленный период черепно-мозговой травмы и является признаком, чрезвычайно важным при отграничении такого рода болезненных состояний от внешне сходных, например при необходимости дифференциальной диагностики между симптоматической посттравматической и истинной эпилепсией. Она обнаруживается при патопсихологическом исследовании памяти, внимания, интеллектуальной работоспособности и мыслительной деятельности.

Алкоголизм, наркомания, токсикомания. В I стадии у больных алкоголизмом обнаруживаются изменения в протекании познавательных процессов. Это главным образом относится к ослаблению памяти. Вначале более явным оказывается снижение удержания в памяти, а затем запоминания. Ассоциативная память страдает обычно при наличии алкогольного слабоумия. Недостаточность механического запоминания (несмысловые звукосочетания) опережает ослабление логически-смысловой памяти. Нарушения памяти во многом зависят от недостаточности внимания, его сосредоточения и особенно устойчивости. Во многом их характер определяется преобладанием в клинике функциональных или органически-деструктивных компонентов. Нарушения критичности – важный объективный критерий алкогольной деградации.

С помощью полученных результатов по патопсихологическим показателям можно выделить четыре основных типа личности больных алкоголизмом.

I – интровертированно-нейротический (неврозоподобный) тип.

II – экстравертированно-нейротический (психопатоподобный)

III – экстравертированно-анозогнозический тип.

IV – апатически-интровертированный тип

Тема 5. Патопсихологическая характеристика заболеваний в рамках «малой психиатрии».

Нарушения психической деятельности и личностные расстройства при неврозах, психопатиях и психосоматических заболеваниях. Основные формы неврозов с точки зрения специфики характерных для них внутренних конфликтов и переживаний субъекта. Типологии невротических форм реагирования (по материалам отечественных и зарубежных подходов). Биологические и социальные факторы, влияющие на формирование невротической личности. Психопатии. Их место в группе характерологических проявлений личности. Классификации психопатий. Основные тенденции психических изменений: тотальность, стабильность проявлений неадекватных ситуации поведенческих реакций. Вклад биологического и социального факторов в процесс формирования психопатических черт личности. Психосоматические расстройства как один из путей «канализации» психоэмоционального напряжения. Специфика эмоциональных реакций у больных различных психосоматических нозологических групп. Патопсихологические исследования в детской и подростковой психиатрии.

Нарушения психической деятельности и личностные расстройства при неврозах, психопатиях и психосоматических заболеваниях.

Проявления психопатии обычно начинаются с раннего детства: отмечаются непоседливость, крикливость, суетливость, желание все трогать руками, отсутствие чувства дистанции со взрослыми, аффективные вспышки, бурные истерические реакции. Постоянное стремление к движению сочетается с задержкой развития элементарных двигательных навыков, с моторной неловкостью. С началом полового созревания эти нарушения сглаживаются. Органическая психопатия может быть эпилептоидного и истероидного типа.

Неврозы - психогенные заболевания, в основе которых лежат нарушения высшей нервной деятельности, клинически проявляющиеся аффективными непсихотическими расстройствами (страх, тревога, депрессия, колебания настроения и пр.), соматовегетативными и двигательными расстройствами, переживаемыми как чуждые, болезненные проявления и имеющими тенденцию к обратному развитию и компенсации. Основными проявлениями неврозов страха являются страхи сверхценного содержания, т.е. предметные страхи, связанные с содержанием психотравмирующей ситуации и обуславливающие особое сверхценно-боязливое отношение к объектам и явлениям, которые вызвали аффект страха. Содержание страхов зависит от возраста. У детей дошкольного и дошкольного возраста преобладают страхи темноты, одиночества, животных, которые напугали ребенка, персонажей из сказок, кинофильмов или придуманных родителями с «воспитательной» целью.

Истерический невроз - психогенное заболевание, характеризующееся разнообразными (соматовегетативными, моторными, сенсорными, аффективными) расстройствами невротического уровня, в возникновении и проявлении которых ведущая роль принадлежит психогенетическому механизму условной приятности или желательности для больного данных расстройств.

Основные формы неврозов с точки зрения специфики характерных для них внутренних конфликтов и переживаний субъекта.

В основе неврозов человека лежит невротический конфликт, т.е. такое отношение личности к сложной психотравмирующей ситуации, которое препятствует ее рациональному разрешению.

Чаще всего выделяют три наиболее распространенные формы неврозов - неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний.

Неврастения возникает вследствие длительного конфликта (противоречия) между реальными возможностями личности и ее желаниями, завышенными требованиями к себе.

Невроз развивается при переутомлении из-за хронического воздействия психотравмирующего фактора и характеризуется повышенной возбудимостью, а также быстрой истощаемостью нервной системы.

У больных отмечается чрезмерная раздражительность, несдержанность, нетерпеливость, нарушение внимания и т.д. Кроме повышенной возбудимости, типичными являются общая слабость, снижение работоспособности, чувство вялости, иногда сонливость в дневное время, расстройства сна, вегетативные и сексуальные нарушения.

Истерия развивается при невротическом конфликте, характеризующемся чрезмерно завышенными претензиями личности, сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий и требований окружающих.

Для истерии типична очень пестрая, полиморфная и изменчивая симптоматика, которая схематически может быть сведена к нескольким группам болезненных проявлений:

Истерические эмоционально аффективные (от лат. affectus - состояние переживания) расстройства отличаются «демонстративностью», наигранностью переживаний и «приуроченностью» к совершенно определенным ситуациям;

- *двигательные нарушения* при истерии могут развиваться судорожные припадки (без потери сознания и ушибов!), парезы и параличи; возможно возникновение афонии (ослабление голоса) из-за паралича голосовых связок и даже мутизма (полной немоты), который, однако, не огорчает больных;

- сенсорные нарушения (истерическая слепота, глухота, потеря обоняния, вкуса и т.п.);
- вегетативные и сексуальные расстройства (импотенция, снижение либидо и др.).

Невроз навязчивых состояний возникает чаще при конфликтах между желаниями, собственными потребностями и чувством долга, моральными принципами.

Невроз, как правило, характеризуется ярко выраженными фобиями:

- кардиофобия (навязчивый страх за состояние своего сердца),
- канцерофобия (навязчивый страх заболеть раком),
- сифилофобия (навязчивая боязнь заболеть сифилисом) и т.д.

Более редкими, но весьма типичными клиническими проявлениями являются навязчивые мысли, воспоминания, сомнения, движения и действия. Содержанием фобии может быть любое явление обыденной жизни.

Психопатии. Понятие «патология». Понятие «характер». Понятие «акцентуация». Понятие «психопатия». Типы психопатий и их характеристика: шизоидный, психастенический, астенический, аффективный, паранойяльный, истерический, возбудимый, эпилептоидный, неустойчивый. Этапы развития психопатии. Психопатии мозаичного круга (смешанный тип).

Вклад биологического и социального факторов в процесс формирования психопатических черт личности.

Психогенное патологическое формирование личности возникает у детей и подростков под воздействием неблагоприятных микросоциально-психологических факторов (В.В. Ковалев, 1995), к которым можно отнести психотравмирующую ситуацию и неправильное воспитание.

Биологическую основу личности составляет темперамент, отражающий динамику психических процессов. Физиологической основой темперамента является тип высшей нервной деятельности.

Учение о патологических развитиях личности в процессе становления психиатрии разными авторами трактовалось по-разному. Большой вклад в это изучение внес О.В. Кербиков, который сформулировал ряд положений. Особенно важным является его положение о том, что формирование «приобретенной психопатии» представляет собой длительный процесс развития патологических черт характера в детском и подростковом возрасте под влиянием неблагоприятных социальных условий и неправильного воспитания.

Другим, не менее важным по своей значимости положением, является то, что патологическое развитие личности может возникать также при отсутствии биологически обусловленной психопатической основы (так называемое патохарактерологическое развитие).

В основе предложенной В. В. Ковалевым (1995) классификации психогенных патологических формирований личности лежат 2 критерия:

- 1) особенности психогенеза нарушений формирующегося характера,
- 2) клинические особенности «синдрома» патологических изменений характера.

Им же были выделены 4 основных типа психогенных патологических формирований личности:

- 1) патохарактерологическое развитие;
- 2) постреактивное патологическое формирование личности;
- 3) невротическое развитие;
- 4) дефицитарный тип патологического формирования личности.

В практике наиболее часто встречается первый тип - патохарактерологическое развитие, аффективно-возбудимый вариант. Этот вариант формируется у детей и подростков из неблагополучных семей (алкоголизированные родители, когда в семье преобладает ситуация безнадзорности) и в семьях с хронической конфликтной ситуацией. Для таких подростков характерны несдержанность, аффективная возбудимость на неадекватно низкий раздражитель, злорада, гнев. Все это может сопровождаться агрессивными действиями. Такие подростки повышено конфликтны.

Значительно реже встречаются тормозимый, истероидный и неустойчивый варианты патохарактерологического развития личности, напоминающие по своим клиническим проявлениям одноименные типы психопатий.

Постреактивное патологическое формирование личности возникает в результате психогенной патологии, как например, реактивная депрессия, при которой у подростка формируется чувство вины, заниженная самооценка и неуверенность в себе. Последние приобретают стойкое выражение и становятся основой патологических черт характера. В практике постреактивное формирование личности встречается редко.

Невротическое развитие личности формируется на фоне затяжного невроза, начавшегося в детском возрасте. Наиболее «излюбленными» для невротического развития личности являются такие клинические формы неврозов как заикание, неврастения, невроз навязчивости, нервная анорексия.

Не последнюю роль в этом формировании играют преморбидные особенности в виде типа высшей нервной деятельности.

В зависимости от клинической формы невроза существуют аффективно-возбудимый, астенический, обсессивно-фобический и истерический варианты невротического развития личности.

Дефицитарный тип патологического формирования личности возникает у детей с физическими дефектами органов чувств (слепые, глухие), с челюстно-лицевой патологией (волчья пасть, заячья губа), с патологией опорно-двигательного аппарата (детский церебральный паралич, кифозы, сколиозы, туберкулезное поражение костей и суставов), с хронической патологией органов и систем (бронхиальная астма, врожденные пороки сердца, псориаз, хроническая бронхо – легочная патология, гемофилия и т. д.). Особую роль в патологическом формировании личности этого типа играет осознание ребенком своего дефекта, что сопровождается снижением настроения, уходом в мир собственных переживаний, ранимостью, обидчивостью. Семейная обстановка, складывающаяся вокруг неполноценного ребенка, способствует формированию иждивенческих установок.

Течение. По мнению Г.Е. Сухаревой (1959) психопатии никогда не возникают внезапно, они начинаются постепенно, как правило с детского возраста. Расстройства личности отличаются стабильностью: сформированные патологические черты сохраняются в течение всей жизни психопата и качественно не изменяются. Тем не менее степень их выраженности в разные периоды жизни и в разных ситуациях различна. Особого внимания заслуживают кризовые периоды. Происходящие нейроэндокринные изменения значительно влияют на течение психопатий, при этом патологические черты характера в период пубертата в большей степени заостряются у мальчиков, в климактерический период – у женщин. У некоторых психопатических личностей патологические признаки с возрастом ослабевают.

Психосоматические расстройства как один из путей «канализации» психоэмоционального напряжения.

В истории жизни людей существует множество примеров сложной и многофакторной взаимосвязи между умственным напряжением и физическими болезнями. Так, в результате исследований обнаружен широкий диапазон поведенческих, эмоциональных, познавательных, физиологических, гормональных, биохимических, клеточных, экологических и даже духовных взаимосвязей. Экспертами было установлено, что до 70 % первичных посещений врачей связано с проблемами психологии, социального контекста и образа жизни. Согласно одной из них, психосоматические заболевания – это следствие стресса, обусловленного длительно действующими и непреодолимыми психотравмами. Другая гипотеза связывает проявление психосоматических симптомов с внутренним конфликтом между одинаковыми по интенсивности, но разнонаправленными мотивами индивида. Конфликты различного содержания вызывают определенные виды заболеваний.

Стресс дезорганизует деятельность человека, его поведение и становится причиной психоэмоциональных нарушений. За тысячелетия у человека развилась ответная реакция на стресс, защищающая его от опасности. При возникновении опасности гипоталамус мозга по-

сылает химические сигналы вдоль нервных волокон надпочечникам. Надпочечники, в свою очередь, вырабатывают гормон кортизол, повышающий давление и сахар в крови [24]. Его негативное действие усугубляется тем, что современный человек в отличие от первобытного, при стрессе редко пускает в ход мышечную энергию. Поэтому биологически активные вещества еще долго циркулируют в крови в повышенных концентрациях, не давая успокоиться ни нервной системе, ни внутренним органам. В мышцах глюкокортикоиды в высокой концентрации вызывают распад нуклеиновых кислот и белков, что при длительном действии приводит к дистрофии мышц. В коже этот гормон тормозит рост и деление фибробластов, что приводит к её истончению, легкой повреждаемости и плохому заживлению ран. В костной ткани – к подавлению поглощения кальция. Конечный результат продолжительного действия кортизола – уменьшение массы костей – остеопороз. Может произойти дегенерация клеток головного и спинного мозга, задержка роста, снижение секреции инсулина («стероидный» диабет).

Эмоциональный стресс может приводить и к более серьезным последствиям, среди которых – развитие онкологических заболеваний.

Специфика эмоциональных реакций у больных различными психосоматическими нозологическими групп.

У больных неврозами отмечаются болезненные эмоционально-аффективные реакции раздражения, негативизма, страха и др., а также эмоциональные состояния (страх, астения, пониженное настроение и т. д.) У больных неврозом навязчивых состояний наблюдается высокая сенситивность, тревожность.

У больных истерией - лабильность эмоций, импульсивность.

У больных неврастенией - раздражительность, чувство усталости, утомляемость, слабость. При всех типах неврозов отмечается низкая фрустрационная толерантность.

У больных психопатией отмечается склонность к эмоционально-аффективным реакциям патологического характера:

- эмоционально-агрессивные вспышки при эпилептоидной, гипертимной и истероидной психопатиях;
- тенденция к пониженному настроению, тоске, отчаянию, вялости наблюдается при астенической, психастенической, сенситивной психопатиях;
- у шизоидных психопатов - диссоциация эмоциональных проявлений («хрупкие, как стекло, по отношению к себе и тупые, как дерево, по отношению к другим»).

При эпилепсии отмечается склонность к дисфориям. При височной эпилепсии - страх, тревога, снижение настроения, злобность; реже - приятные ощущения в различных органах, чувство «озарения».

У больных с органическими поражениями ЦНС также отмечаются эмоционально-аффективные реакции и состояния разного знака, интенсивности в зависимости от заболевания и психотравмирующих ситуаций. Например, эксплозивность, раздражительность, «недержание эмоций», слезливость, эйфория, тревожность.

Больные шизофренией отличаются эмоциональной тупостью, утратой дифференцированности эмоциональных реакций, их неадекватностью. Из трех видов эмоций в большей степени страдают эмоциональные отношения, которые становятся патологически искаженными.

Значительными перепадами направленности эмоций характеризуются эмоциональные проявления у больных МДП (от эйфории до глубокой депрессии).

У больных депрессией отмечается склонность к дисфориям.

Изменения в эмоциональной сфере характерны и для соматических больных: с сердечно-сосудистыми заболеваниями (например, при инфаркте миокарда - мрачная окраска будущего; при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки - повышенная тревожность, возбудимость, перепады настроения и т. п.)

3. Методы исследования эмоциональных нарушений

Для исследования эмоций обычно используются тест Люшера, ТАТ. Уровень тревожности исследуют с помощью шкал Тейлора, Спилбергера и др. Важно обращать внимание на эмоциональные проявления испытуемых - методика Ге де Сюпер-виля-Балина. Возможно создание психологом искусственных трудностей (например, дефицит времени, увеличение сложности задания и т. д.) для актуализации (провоцирования) эмоциональных реакций во время тестирования и при выполнении заданий.

В норме у испытуемого сохраняется побуждение к деятельности и стремление завершить выполнение задания. При патологии возможны различные реакции: аффективные вспышки, негативизм, отказ от продолжения деятельности, выраженные вегетососудистые реакции (тремор, покраснение лица, учащение дыхания), усиление мышечной напряженности и др.

Патопсихологические исследования в детской и подростковой психиатрии. Патопсихологическое исследование детей и подростков применяется в следующих целях.

1. Психологические показатели, полученные экспериментально, выявляют симптомы, слабо выраженные клинически, и тем самым облегчают дифференциальную диагностику.

2. Патопсихологическое исследование помогает уточнить структуру и степень интеллектуального дефекта, имеющегося у ребенка или подростка; специфической для такого исследования является задача прогноза обучаемости ребенка и практических выводов из такого прогноза (С. Я. Рубинштейн, 1970).

3. Данные, полученные в начале лечения и на разных его этапах, помогают судить об адекватности и эффективности проводимой терапии.

4. В процессе исследования обогащаются представления о значении отдельных социальных и эмоциональных моментов в развитии заболевания.

5. Специфической для патопсихологического исследования в подростковом возрасте является диагностика типов психопатий и акцентуаций характера в случаях пограничных форм психической патологии или при психических заболеваниях, существенно не искаживших преморбидный тип (А. Е. Личко, 1979).

6. Проведение патопсихологического исследования способствует установлению лучшего контакта с больным ребенком. В процессе исследования при этом могут решаться такие задачи, как преодоление застенчивости, создание уверенности в своих силах. Таким образом, психологическое исследование выполняет психотерапевтическую функцию.

Проведение патопсихологического обследования ребенка отличается тем, что позиция экспериментатора не бывает беспристрастной, как обычно при работе со взрослыми. При исследовании следует стремиться к установлению эмоционально насыщенного контакта, созданию у ребенка заинтересованности в том, чтобы исследование продолжалось дальше, повторялось в процессе лечения.

Патопсихологическое исследование у детей младшего дошкольного возраста носит чаще всего игровой характер. Для исследования ребенку предоставляется возможность выбора одного из нескольких наборов игрушек, предназначенных для тематической игры. Протоколируется выбор игрушек, правильность их использования, организация и ход игры, наличие сюжета, вхождение в роль, фантазирование, речевое сопровождение, длительность игры, причина окончания. При использовании игрового эксперимента могут быть получены ценные данные. А. С. Спиваковская (1972) отмечает присущие детям с органическим поражением головного мозга снижение уровня игр, неспособность к разыгрыванию ролей, детальное воспроизведение отдельных действий с тенденцией к застреванию на отдельных действиях, малое количество замещающих действий, носящих предметный характер, бедность речевого сопровождения.

Тема 6. Основное содержание деятельности психологов в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь

Общие принципы организации медико-психологической помощи. Работа психолога в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь. Деонтологические правила работы

психолога с психически больными. Особенности организации работы психолога в реабилитационных центрах (отделениях) психиатрической службы. Работа психолога в учреждениях, оказывающих психотерапевтическую помощь.

Общие принципы организации медико-психологической помощи. Лечебно-реабилитационный процесс в настоящее время все чаще обеспечивается участием клинических психологов в работе лечебно-профилактических учреждений.

Находящихся на одной территории обслуживания (района, города, области, края, республики), клинических психологов, как правило, включают в систему охраны психического здоровья (психиатрия, психотерапия, наркология, сексология, кризисная помощь), не образуя самостоятельной службы. Методическое руководство деятельностью клинических психологов осуществляет главный психотерапевт субъекта Российской Федерации. Кроме того, в некоторых регионах методическое руководство работой психологов в лечебно-профилактических учреждениях осуществляет главный внештатный клинический психолог органа управления здравоохранением.

Принцип приближения психологической помощи к населению реализуется введением должностей клинических психологов в психотерапевтических кабинетах лечебно-профилактических учреждений различного профиля, специализированных центрах, психотерапевтических отделениях многопрофильных больниц.

Принцип системности обеспечивается включением клинических психологов в бригады специалистов, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

Принцип непрерывности предполагает участие клинического психолога в ведении пациента на всех этапах лечебно-диагностического процесса и проявляется в реализации различных медико-реабилитационных мероприятий.

Приказом от 30.10.95 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» сформулированы основные требования, определяющие дальнейшее развитие клинической психологии в психотерапевтических, в многопрофильных медицинских и психиатрических учреждениях. В нем, в частности, содержатся Положения о враче-психотерапевте, клиническом психологе, специалисте по социальной работе и социальном работнике, о психотерапевтическом кабинете и психотерапевтическом отделении, нормативы их оснащения и штатного расписания.

Специальное исследование показало постепенное улучшение материально-технического оснащения работы клинических психологов в психотерапевтической службе. Несмотря на трудное экономическое положение учреждений здравоохранения, треть психотерапевтических кабинетов приближается к стандарту, предусматривающему включение в состав психотерапевтического кабинета помещений для проведения индивидуальной и групповой психотерапии, кабинета клинического психолога и социального работника.

Крупные лаборатории клинической психологии создаются в региональных психотерапевтических центрах, число которых возрастает. Эти специализированные учреждения не только оказывают сложные виды психотерапевтической и психологической консультативной помощи населению на территории обслуживания, но и формируют систему оказания психотерапевтической и психологической помощи.

Увеличивается число клинических психологов в психиатрических и наркологических стационарах и диспансерах.

Одной из отличительных характеристик специалистов в области психотерапии является их активное стремление к созданию профессиональных объединений. Наиболее крупной является Российская Психотерапевтическая Ассоциация (РПА)

2. 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 заслушивания докладов и обсуждения материала. Обсуждение направлено на лучшее усвоение изученного материала, 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 неполным, ориентированным в большей степени на одни разделы дисциплины, и в меньшей – на другие. Поэтому не следует ограничиваться одним учебником, научной статьей или монографией, а рассмотреть как можно больше материала по интересующей теме, представленного в системе ЭБС.

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. 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 в рабочей программе дисциплины 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 1. Введение. Предмет и содержание курса.

1. Предмет и задача курса. Методы исследования. Связь с естественными (анатомией, физиологией, медициной, биологией) и социальными (философией, социологией) дисциплинами. Краткий исторический очерк развития патопсихологии. Значение изучения патопсихологии для будущих психологов.

2. Соотношение предмета, метода и задач патопсихологии и психопатологии. Клинический подход к описанию этиологии, структуры и динамики психических нарушений в психопатологии. Экспериментально-психологическое изучение аналогичных процессов в патопсихологии. Взаимодополняемость и взаимообусловленность данных подходов.

3. Основные классификации патопсихологических синдромов. Характеристика патопсихологических симптомов и синдромов в работах Б. В. Зейгарник, В. М. Блейхера. Соотношение патопсихологических и психопатологических синдромов. Мультифакторный подход к анализу нарушений психической деятельности (Ю. Ф. Поляков).

Тема 2. Принципы построения патопсихологического исследования. Методы патопсихологии.

1. Схема патопсихологического исследования (по Л.С. Выготскому). Психологический диагноз. Психометрические и качественные методы. Виды тестирования: групповое тестирование, тестирование способностей, стандартизированные тесты достижений. Измерение личностных характеристик. Границы применения психометрических методов. Наблюдение и эксперимент в патопсихологии. Принципы их построения (Л.С. Выготский, Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурия и др.). Проективные методы. Описание и оценка. Личностные опросники.

2. Специфика проведения патопсихологического эксперимента. Основные требования, предъявляемые к процедуре и анализу результатов. Моделирование психической деятельности, необходимость качественного анализа результатов, вариативность процедуры патопсихологического эксперимента. Выбор методик для обследования. Структура составления заключения по результатам обследования. Обзор основных методик, используемых в современной патопсихологии (их направленность, процедура проведения, форма протокола, основные показатели для анализа результатов).

Тема 3. Нарушения психической деятельности у лиц, страдающих психическими заболеваниями.

1. Нарушения восприятия при психических заболеваниях (элементарные нарушения чувствительности, агнозии, псевдоагнозии при деменции, нарушение мотивационного компонента). Сужение объема внимания, повышенная отвлекаемость, недостаточное распределение внимания, нарушение переключаемости при психических заболеваниях. Виды нарушения памяти: забывание текущих событий (корсаковский синдром), ретроградная и антероградная амнезия, конфабуляции, псевдореминисценции. Нарушения мнестической деятельности при поражении лобных долей мозга. Нарушение мышления: нарушение динамики мыслительных процессов, нарушение операциональной стороны мышления, планирующей и программирующей функции. Виды нарушений личности: нарушение опосредствованности и иерархии мотивов, смыслообразующей и побудительной функции мотивов, самооценки, критичности. Механизмы формирования патологических потребностей и мотивов.

2. Соотношение распада и развития психики (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев). Патопсихологические исследования соотношения распада и развития психики (И.П. Павлов, А.Р. Лурия). Несоответствие структуры поведения и мыслительной деятельности взрослого больного структуре поведения и мышления ребенка. Несовпадение биологических закономерностей протекания болезни с закономерностями развития психики.

Тема 4. Патопсихологическая семиотика.

1. Характерные изменения высших психических функций и личностные особенности при шизофрении, маниакально-депрессивном психозе, эпилепсии, олигофрении. Психологическая структура шизофренического дефекта:

- а) характеристика особенностей мыслительных процессов;
- б) нарушения мотивации при шизофрении;
- в) деформация процесса общения.

2. Изменения динамики психической деятельности и личностные расстройства при эпилепсии:

- а) патологическая инертность психической деятельности, ее влияние на функционирование внимания, памяти, мышления;
- б) компенсаторный характер личностных изменений при эпилепсии.

Особенности протекания психических процессов на фоне маниакальной и депрессивной фаз при циркулярном психозе.

3. Нарушения познавательной деятельности и личностные расстройства при органических заболеваниях. Истощаемость психической деятельности (парциального, либо тотального характера). Снижение функции внимания, натуральной памяти по типу истощаемости. Изменения мышления в пределах от неравномерности уровня обобщений до невозможности актуализации данного процесса. Невротизация личности на ранних стадиях заболевания, критичность к своему состоянию. Неадекватность самооценки и поведения, благодушие и отсутствие критичности на завершающих этапах заболевания. Специфика клинической картины и структуры патопсихологического синдрома при церебральном атеросклерозе, старческом слабоумии, последствиях черепно-мозговых травм, алкоголизме, наркоманиях, токсикоманиях.

Тема 5. Патопсихологическая характеристика заболеваний в рамках «малой психиатрии».

1. Нарушения психической деятельности и личностные расстройства при неврозах, психопатиях и психосоматических заболеваниях. Основные формы неврозов с точки зрения специфики характерных для них внутренних конфликтов и переживаний субъекта. Типологии невротических форм реагирования (по материалам отечественных и зарубежных подходов). Биологические и социальные факторы, влияющие на формирование невротической личности. Психопатии. Их место в группе характерологических проявлений личности. Классификации психопатий. Основные: тенденции психических изменений: тотальность, стабильность проявлений неадекватных ситуации поведенческих реакций. Вклад биологического и социального факторов в процесс формирования психопатических черт личности. Психосоматические расстройства как один из путей «канализации» психоэмоционального напряжения. Специфика эмоциональных реакций у больных различных психосоматических нозологических групп.

2. Патопсихологические исследования в детской и подростковой психиатрии.

Тема 6. Основное содержание деятельности психологов в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь

1. Общие принципы организации медико-психологической помощи.
2. Работа психолога в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь.
3. Деонтологические правила работы психолога с психически больными.
4. Особенности организации работы психолога в реабилитационных центрах (отделениях) психиатрической службы.
5. Работа психолога в учреждениях, оказывающих психотерапевтическую помощь.

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 по всем формам занятий: 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. При изучении дисциплины «Возрастная психология» важным вариантом кодирования информации является составление схем и таблиц. В этом случае помимо вербальной (словесной), задействуется моторная память, что способствует более полному усвоению материала.

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 основную идею (идеи) прочитанного текста. 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 фактологические 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, подготовка к практическим занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Тематика заданий для самостоятельной работы включает в себя задания для самостоятельной работы.

Задания для самостоятельной работы:

1. Подготовка материала по теме «Введение. Предмет и содержание курса»:
 - 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;
 - 2) Подготовка к практическому занятию.
2. Подготовка материала по теме «Принципы построения патопсихологического исследования. Методы патопсихологии»:
 - 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;
 - 2) Подготовка к практическому занятию.
3. Подготовка материала по теме «Нарушения психической деятельности у лиц, страдающих психическими заболеваниями»:
 - 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.
 - 3) Подготовка к практическому занятию.
4. Подготовка материала по теме «Патопсихологическая семиотика»:
 - 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;
 - 2) Подготовка к практическому занятию.
 - 3) Составление кратких схем (таблиц), отражающих ключевые положения рассматриваемых положений.
5. Подготовка материала по теме «Патопсихологическая характеристика заболеваний в рамках «малой психиатрии»:
 - 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;
 - 2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.

6. Подготовка материала по теме «Основное содержание деятельности психологов в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь»:

- 1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;
- 2) Подготовка к практическому занятию.