

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

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЭКСПЕРТИЗА
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: Степанова С.С.

Патопсихологическая диагностика и экспертиза: сборник учебно-методических материалов для специальности 37.05.01 Клиническая психология. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017. – 31 с.

© Амурский государственный университет, 2017

© Кафедра психологии и педагогики, 2017

© Степанова С.С., составление

СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	4
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	24
3. Методические рекомендации (указания) к лабораторным занятиям	27
4. Методические указания для самостоятельной работы студентов	29

1. КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Тема 1.Общее представление о патопсихологической диагностике.

Деонтологические правила работы патопсихолога. Изучение истории болезни. Общая характеристика патопсихологического исследования. Патопсихологическое заключение.

Успешное проведение патопсихологического исследования во многом зависит от отношений, складывающихся в процессе его между исследующим и клиентом. Не может быть единого шаблона, по которому бы эти отношения строились, имеют значение много факторов– особенности личности клиента, его психическое состояние, задача исследования и соответственно отношение к нему обследуемого, особенности личности патопсихолога, его культура, такт, проявляемое им внимание к обследуемому, попавшему впервые в жизни в необычную для себя ситуацию, и т. д. Многообразие этих факторов является причиной возможности различных вариантов контакта, устанавливаемого при патопсихологическом исследовании. Если факторы, обусловленные состоянием исследуемого и его индивидуальными свойствами, не подвержены в достаточной мере нашему влиянию и могут лишь учитываться патопсихологом при выработке тактики поведения, то требования к личности психолога могут быть сформулированы достаточно четко.

Так, исследующий должен быть высококультурным человеком, с широким кругом интересов помимо своей профессиональной эрудиции, тактичным, выдержанным, деликатным, терпимым к чужому мнению, доброжелательно настроенным по отношению к обследуемому. Исследование ни в коей мере не должно носить характер экзамена, при котором экзаменатор не скрывает удовольствия при виде допущенной экзаменуемым ошибки. Чаще всего в процессе опыта исследующий должен сохранять невозмутимость, бесстрастность. Допускаемые клиентом ошибки могут анализироваться в беседе с ним, но только в порядке обсуждения мотивов, которыми руководствовался в своем суждении обследуемый. Принципиально неправильно лишь регистрировать ошибки и не искать обусловившую их причину. Часто во время опыта патопсихолог убеждается в том, что ошибочное суждение было случайным и не находит подтверждения в материалах дальнейшего проведения исследования. Поспешно ориентируясь на подобного рода ошибочные решения, патопсихолог рискует составить неверное заключение о течении у обследуемого психических процессов. Лишь в тех случаях, когда у обследуемого необходимо создать впечатление об ошибочности решения.

Иногда исследующий помогает клиенту выполнить задание наводящими вопросами, подсказыванием, одобрением или неодобрением отдельных его суждений, показом решения аналогичных заданий. При этом представляет интерес эффективность помощи исследуемого, возможность коррекции ошибочных решений, допущенных обследуемым.

Сохранение патопсихологом во время обследования невозмутимости, беспристрастности обязательно. Даже при явно нарочитом поведении обследуемого не следует внешне проявлять свое неудовольствие, раздражение, так как отрицательными эмоциональными реакциями на поведение обследуемого никогда не удастся изменить избранный последним модус поведения в ситуации исследования.

В то же время излишняя беспристрастность исследующего также может отрицательно сказаться на результатах исследования. Уловив в тоне и манерах исследующего проявления безразличия, обследуемый также изменяет свое отношение к исследованию и показывает значительно худшие результаты. Бесстрастность исследующего неприемлема при патопсихологическом обследовании детей, когда часто приходится создавать игровую ситуацию, чтобы активизировать обследуемого.

Исключительно важную роль играет уровень профессиональных знаний патопсихолога. Он должен быть хорошо подготовлен теоретически и практически, глубоко знать основы психологической науки и быть достаточно сведущим в вопросах клинической психиатрии. Патопсихолог должен постоянно следить за новой научной литературой по проблемам психологии и психиатрии. В своей деятельности патопсихолог может использовать лишь

достаточно апробированные и хорошо ему известные патопсихологические методики. Знание как можно большего количества экспериментальных патопсихологических методик позволяет специалисту овладеть техникой проведения исследований, проявлять при этом известную тактическую гибкость, изменять направленность проведения эксперимента в соответствии с обнаруживаемыми в его ходе данными. Наивысшей проверкой качества работы патопсихолога является его умение дать заключение по полученным материалам, обобщить в нем обнаруженные данные. Все это требует не только постоянного повышения профессионального уровня, но и, как считал Л. С. Выготский, рассматривавший диагностику как своеобразное искусство, обучения культуре диагностики.

К деятельности патопсихологов полностью применимы деонтологические требования, предъявляемые обычно к психиатрам. Одно из них – исключительно важное, заключается в сохранении профессиональной тайны. Свои результаты и диагностические соображения патопсихолог сообщает только психиатру, направившему больного на исследование. Патопсихолог не может делиться своими предположениями относительно диагноза, лечения и прогноза с родственниками обследуемого.

Патопсихолог не должен забывать и об ответственности, которую накладывает на него профессия, так как неверное заключение может способствовать нанесению ущерба клиенту как при неправильно назначенном лечении, так и в случаях принятия неадекватных мер социально-правового порядка.

Патопсихологическое исследование не должно быть ятрогенным. После проведения исследования у исследуемого не должны возникать мысли о своей психической несостоятельности в связи с поведением исследующего. Напротив, патопсихолог всегда должен сохранять в беседе с исследуемым максимальную психотерапевтичность, способствовать оптимистическим тенденциям и установкам клиента в прогнозе течения заболевания и результатов лечения.

Изучение истории болезни включает: ознакомление со структурой истории болезни; понятие о психическом статусе больного; о субъективном и объективном анамнезе; психологический смысл сопоставления данных субъективного и объективного анамнезов; основные этапы развития личности по данным анамнеза, социальный и профессиональный статус больного; семейное положение и особенности семейных отношений; заключения невропатолога и других специалистов, данные аппаратных методов исследования и их значение для общей оценки состояния больного; психологический анализ истории болезни как метод психологического исследования.

Общая характеристика патопсихологического исследования.

1. Принципы построения патопсихологического исследования. Принципы «функциональной пробы» и моделирования в эксперименте обычной психической деятельности пациента; системный качественный анализ нарушений психики; использование методов количественной оценки данных; необходимость применения комплекса диагностических методов при обследовании каждого больного; обязательность повторного обследования пациента; выбор стратегии и тактики обследования в зависимости от задач и индивидуальных особенностей больного).

2. Цели проведения патопсихологического исследования:

- Исследование больных с целью описания структуры дефекта;
- Патопсихологическое исследование с целью получения данных для дифференциальной диагностики;
- Исследование больных в условиях проведения психиатрической экспертизы (трудовой, воинской, судебной, экспертизы, направленной на снятие психиатрического диагноза);
- Патопсихологическое исследование динамики психической деятельности в процессе терапии и психотерапии;

3. Патопсихологическая беседа. Основные задачи клинической беседы. Выбор тактики беседы в соответствии с поставленной задачей, состоянием больного, тяжестью психического дефекта. Основные принципы установления контакта с больным. Специфика диалога с

больным на каждом из этапов патопсихологического исследования. Составление протокола исследования.

Патопсихологическое заключение. Каждое заключение пишется с учетом поставленных перед психологом задач и не может рассматриваться вне клинического запроса.

В начале заключения отмечаются жалобы больного на состояние памяти, внимания, ослабление умственной работоспособности. Далее идет описание того, как работал больной в ситуации психологического исследования: понимал ли его смысл, старательно или неохотно выполнял задание, проявлял ли интерес к успеху своей работы, мог ли критически оценить качество собственных достижений.

Все эти данные могут быть описаны подробно или кратко; в любом случае они составляют важную часть заключения, позволяют судить о личности больного. Эту часть заключения можно дополнить материалами специально организованной беседы с больным.

Следующая часть заключения должна содержать сведения о характере познавательной деятельности больного. Желательно при этом начинать подробную характеристику с описания основного нарушения, которое выявлено у больного в ходе исследования. Требуется также отметить, в комплексе каких нарушений выступает это ведущее нарушение, т.е. описать психологический синдром нарушений психической деятельности. В этой же части заключения отражаются сохранные стороны психической деятельности больного. Последнее необходимо для организации психокоррекционной работы, решения вопросов трудоустройства больного, а также для рекомендаций родственникам в отношении больного. При характеристике познавательной деятельности больного может возникнуть необходимость проиллюстрировать отдельные положения выписками из протокола исследования. Такие примеры нужны, но они должны быть изложены кратко; следует приводить лишь самые яркие фрагменты протокола, не вызывающие сомнений в квалификации нарушений.

В конце заключения дается резюме, отражающее наиболее важные данные, полученные при исследовании. Эти данные должны выражать структуру основного психологического синдрома, выявившегося при исследовании. Резюме может содержать данные о диагнозе заболевания, но опосредованно, через описание структуры нарушений, выявленных в эксперименте.

Тема 2. Общие сведения о патопсихологической экспертизе.

Патопсихологическая экспертиза. Предмет патопсихологической экспертизы, основания и поводы ее назначения. Организация патопсихологической экспертизы.

Патопсихологические исследования играют важную роль в проведении судебно-психиатрической, воинской и трудовой экспертизы. Психолог при этом не только предоставляет данные, облегчающие решение диагностических вопросов, но и объективно устанавливает степень выраженности психического дефекта. В судебно-психиатрической практике важно не только установить наличие психического заболевания, например, олигофренического слабоумия, но и уточнить степень его выраженности, т. к. экспертное заключение имеет значение для принятия судебного решения о вменяемости или невменяемости, о мере ответственности за свои действия и т. п. Однако при проведении судебной экспертизы роль психолога не ограничивается вопросами нозологической диагностики и определения степени выраженности психического дефекта. В последнее время психологи все чаще привлекаются к участию в проведении комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз. В рамках психолого-психиатрической экспертизы психиатр дает синдромально-нозологическую характеристику имеющейся патологии, а психолог – структурно-динамический анализ личности обследуемого. Это особенно важно в случае нерезко выраженных форм психических отклонений.

Судебно-психологическая экспертиза часто проводится по делам несовершеннолетних, даже не имеющих психических расстройств. При этом определяется уровень их

познавательной деятельности и характер присущих им индивидуально-личностных особенностей; лишь при такой комплексной оценке можно судить о способности обследуемого сознавать противоправность своих действий и руководить ими.

Отмечается, что объектом проведения судебно-психологической экспертизы могут выступать не только обвиняемые, но и потерпевшие или свидетели, так как получаемые психологом данные способствуют адекватной оценке достоверности их показаний. Предмет судебно-психологической экспертизы – индивидуально-психологические особенности личности, психические познавательные процессы, состояния, свойства психически здоровых лиц, участвующих в судопроизводстве, особенности их психической деятельности, временные изменения сознания под влиянием различных факторов, экспертная оценка которых имеет значение для установления объективной истины по делу.

Основной задачей СПЭ является оказание помощи суду, органам предварительного следствия в более глубоком исследовании специальных вопросов психологического характера, входящих в предмет доказывания по уголовным делам, по делам об административных правонарушениях, вопросов, являющихся составным элементом гражданско-правовых споров. Поводами для назначения СПЭ могут быть любые фактические данные, имеющие отношение к решению тех или иных вопросов, входящих в компетенцию суда, которые требуют психологического объяснения, психологической диагностики различных проявлений психики лиц – участников уголовного, гражданского или административного судопроизводства:

- неполнота изучения индивидуально-психологических особенностей субъекта, совершившего тяжкое преступление;
- признаки отставания несовершеннолетних в психическом развитии;
- сомнения следователя относительно способности свидетеля или потерпевшего правильно воспринимать важные для дела обстоятельства, давать о них показания;
- определенные поведенческие признаки заявителя, необычное состояние его психики в момент заключения договора, свидетельствующие о том, что он находился под воздействием сильного эмоционального стресса, оказавшего негативное влияние на его способность понимать значение своих действий.

Важную роль играет патопсихологическое исследование в проведении воинской экспертизы, особенно в отношении лиц, имеющих нерезко выраженные формы психических расстройств или психические аномалии. Здесь речь идет о получении дополнительных патопсихологических данных для выявления нерезко выраженных форм олигофрении, проявлений шизофрении (особенно ее простой формы), психопатий, неврозов, резидуально-органических поражений головного мозга. В ряде случаев выявление таких расстройств является ограничением для несения воинской службы, в ряде случаев наличие заболевания не является препятствием для выполнения воинской обязанности, а лишь ограничивает сферу воинских специальностей. Например, наличие олигофрении в степени легкой дебилности лишь ограничивает возможности несения воинской службы во вспомогательных частях.

В трудовой экспертизе патопсихолог не только обнаруживает признаки психического заболевания, но и показывает, как далеко оно зашло, насколько в связи с этим снижена трудоспособность обследуемого, имеются ли сохраненные элементы в его психике, которые могут быть использованы для стимулирования механизмов компенсации психического дефекта.

Тема 3. Основные методы и методики патопсихологии.

Методики исследования нарушений памяти. Методики исследования нарушений мышления. Методики исследования сенсомоторной сферы и внимания. Методы и методики исследования эмоционально-личностных особенностей.

Методики исследования нарушений памяти.

1. Десять слов. Испытуемому зачитывают десять одно-двухсложных слов, затем он их повторяет в любом порядке 5 раз. Данные вносят в таблицу. Спустя 20-30 минут просят воспроизвести слова для проверки ретенции. (Например: лес, хлеб, стол, окно, вода, брат, гриб, конь, игла, мед. Или: гора, роза, кошка, часы, вино, пальто, книга, окно, пила).

2. Пиктограммы. Этот метод предложен А. Р. Лурией. Испытуемый должен запомнить 15 слов. Для облегчения воспроизведения он должен сделать карандашом рисунок, имеющий смысловую связь со стимульным словом. Никаких записей, пометок делать не разрешается. После окончания работы можно попросить повторить слова, затем повторить их через 20-30 минут. При анализе запоминания важно обратить внимание на то, сколько слов воспроизведено точно, близко по смыслу, неверно, никак. Модификацией этого же задания может служить тест А. Н. Леонтьева, который предлагает не рисование, а выбор предмета, сюжета из предложенных готовых картинок. Эта методика имеет несколько серий, которые отличаются по степени сложности.

3. Воспроизведение рассказов. Испытуемому читают рассказ, он воспринимает его на слух или читает рассказ сам. Затем он воспроизводит рассказ устно или записывает. Психолог при анализе учитывает, все ли смысловые звенья воспроизведены, что опущено, не отмечается ли конфабуляций, интерферирующего эффекта.

4. Исследование зрительной ретенции (тест А. Л. Бентона). Используется пять серий рисунков. В трех сериях предлагается по 10 карточек равной сложности, в двух – по 15 карточек. Карточку в течение 10 секунд предъявляют испытуемому, затем он должен воспроизвести увиденные фигуры на бумаге. Качественный анализ данных проводится в сравнении со специальными таблицами Бентона. С помощью этого теста можно получить дополнительные данные, свидетельствующие об органическом заболевании головного мозга.

Методики исследования нарушений мышления.

1. Классификация. Методика представляет собой набор карточек с изображением различных предметов, растений, живых существ. Изображения могут быть заменены надписями (словесная классификация). Испытуемый раскладывает предметы на группы так, чтобы предметы, находящиеся в одной группе, имели общие свойства (одежда, мебель, животные, измерительные приборы, люди). Затем испытуемый укрупняет группы. Способность выделить две или три группы на последнем этапе свидетельствует о высоком уровне обобщения.

2. Исключение. Также существует два варианта этой методики: словесный и предметный. Последний представляет из себя набор карточек с изображением четырех предметов, три из которых имеют между собой общее и их можно объединить в одну группу, а один из них существенно отличается, он должен быть исключен. Решение испытуемого на основе конкретно-ситуационного объединения предметов в группу свидетельствует о снижении уровня обобщения. Актуализация "слабых", чрезмерно обобщенных признаков свидетельствует об искажении процесса обобщения.

3. Образование аналогий. В методике "Простые аналогии" представлены пары слов (образцы), между которыми существуют определенные смысловые отношения. Испытуемому следует выделить пару слов по аналогии. Помимо словесного варианта можно использовать невербальный – таблицы Равена.

4. Сравнение и определение понятий. Для определения понятий нужно проанализировать множество признаков предмета или явления и выделить наиболее точное определение, то, в котором отмечается родовое и видовое различие. При сравнении предметов испытуемый использует анализ и синтез для разделения существенных признаков на общие для нескольких объектов и на различающие их. В качестве стимульного материала используют однородные понятия (танк-трактор, человек-животное) и разнородные (телега – ложка, ботинок – карандаш). Последние используются для диагностики искажения процессов обобщения.

5. Понимание переносного смысла пословиц и метафор. Можно просто предлагать испытуемому распространенные пословицы и метафоры для объяснения их переносного

смысла. Есть вариант этой методики, когда для данной пословицы нужно найти соответствующую ей по значению фразу или другую пословицу. Этот вариант помогает тем испытуемым, которые понимают значение переносного смысла, но затрудняются вербализовать понимаемое. Еще одна модификация: серию табличек, на которых написаны пословицы или метафоры, соотнести по смыслу с фразами, которых по количеству гораздо больше пословиц. Последняя модификация чаще используется для выявления нарушений мышления по шизофреническому типу, а также при трудностях вербализации понимаемого переносного смысла, когда фраза облегчает объяснение.

6. Пиктограммы. Испытуемому предлагают нарисовать несложный рисунок для запоминания названных ему 15 слов и словосочетаний. Среди них обязательно должны быть эмоционально окрашенные, абстрактные и конкретные. После выполнения задания анализируется характер смысловых связей между стимульным словом и рисунком. Смысловые связи могут быть содержательные или слабые. Способность выполнять пиктограмму свидетельствует о доступности для испытуемого обобщенной символизации слова и др.

Методики исследования внимания.

1. Корректирующая проба. Данная методика впервые предложена Бурдоном. Она используется для исследования устойчивости внимания и способности к его концентрации. Корректирующая проба очень проста и не требует специальных приспособлений, кроме бланков и секундомера. Бланки представляют собой ряды букв, расположенных в случайном порядке. Инструкция предусматривает зачеркивание одной или двух букв по выбору исследующего. Можно каждые 30-60 секунд отмечать положение карандаша большого. Исследующий обращает внимание на количество ошибок, темп выполнения, распределение ошибок в течение опыта, характер ошибок (пропуски отдельных букв или строчек, зачеркивание других букв и т.д.).

2. Счет по Крепелину. Методика применяется для исследования переключения внимания, а также работоспособности. На специальных бланках расположены столбцы цифр, которые испытуемый должен складывать или вычитать в уме, а на бланке записывать результат. После выполнения задания исследующий обращает внимание на количество ошибок, их распределение, объем выполненного задания, темп, способность переключаться, то есть делает вывод о работоспособности (истощаемости, вработываемости), расстройствах внимания.

3. Отыскивание чисел на таблицах Шульце. Исследование проводят с помощью специальных таблиц, где хаотично расположены числа от 1 до 25. Испытуемый указкой показывает числа по порядку, называя их вслух, при этом фиксируется время выполнения задания. Таким образом исследуют темп сенсомоторных реакций, особенности переключения внимания, объем внимания, сосредоточенность (отвлекаемость), повышенную истощаемость по гиперстеническому или гипостеническому типу, вработываемость.

4. Для исследования переключения внимания, инертности психических процессов, истощаемости можно использовать модифицированную таблицу. Это красно-черная таблица содержит 49 чисел, из них 25 черных (1-25) и 24 красных (1-24). Испытуемый попеременно должен показывать черные и красные цифры. Причем черные в порядке возрастания, а красные в порядке убывания. Методика используется в первую очередь для исследования динамики мышления, способности переключать внимание.

5. Отсчитывание. Методика предложена Крепелиным. Испытуемый отсчитывает от ста одно и то же число (обычно 17, 13, 7, 3). Экспериментатор отмечают паузы. Исследуется характер ошибок, следование инструкции, переключение, сосредоточенность, истощаемость внимания.

Методы и методики исследования эмоционально-личностных особенностей.

1. Метод исследования уровня притязаний. Методика используется для исследования личностной сферы больных. Больному предлагают ряд задач, пронумерованных по степени сложности. Испытуемый сам выбирает посильную для себя задачу. Экспериментатор

искусственно создает ситуации успеха-неуспеха для больного, при этом анализирует его реакцию в этих ситуациях. Для исследования уровней притязаний можно использовать кубики Кооса.

2. Метод Дембо-Рубинштейн. Используется для исследования самооценки. Испытуемый на вертикальных отрезках, символизирующих здоровье, ум, характер, счастье, отмечает, как он оценивает себя по этим показателям. Затем отвечает на вопросы, раскрывающие его представление о содержании понятий «ум», «здоровье» и т.д.

3. Метод фрустрации Розенцвейга. С помощью этого метода исследуются характерные для личности реакции в стрессовых ситуациях, что позволяет сделать вывод о степени социальной адаптации.

4. Метод незаконченных предложений. Тест относится к группе вербальных проективных методов. Один из вариантов этого теста включает 60 незаконченных предложений, которые испытуемый должен закончить. Эти предложения могут быть разделены на 15 групп, в результате исследуются отношения испытуемого к родителям, лицам противоположного пола, начальству, подчиненным и т.д.

5. Тематический аперцептивный тест (ТАТ) состоит из 20 сюжетных картин. Испытуемый должен составить рассказ по каждой картине. Можно получить данные о восприятии, воображении, способности осмысливать содержание, об эмоциональной сфере, способности к вербализации, о психотравме и т.д.

6. Метод Роршаха. Состоит из 10 карт с изображением симметричных одноцветных и полихромных чернильных пятен. Тест используется для диагностики психических свойств личности. Испытуемый отвечает на вопрос, на что это может быть похоже. Формализация ответов проводится по 4 категориям: расположение или локализация, детерминанты (форма, движение, цвет, полутона, диффузность), содержание, популярность-оригинальность.

7. Миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММРП). Предназначен для исследования свойств личности, особенностей характера, физического и психического состояния испытуемого. Испытуемый должен отнестись положительно или отрицательно к содержанию предлагаемых в тесте утверждений. В результате специальной процедуры строится график, на котором изображено соотношение исследуемых личностных особенностей (ипохондрии – сверхконтроля, депрессии – напряженности, истерии – лабильности, психопатии – импульсивности, гипомании – активности и оптимизма, мужественности – женственности, паранойи – ригидности, психастении – тревожности, шизофрении – индивидуалистичности, социальной интроверсии).

8. Тест Люшера. Включает в себя набор из восьми карт - четыре с основными цветами (синий, зеленый, красный, желтый) и четыре с дополнительными (фиолетовый, коричневый, черный, серый). Выбор цвета в порядке предпочтения отражает направленность испытуемого на определенную деятельность, его настроение, функциональное состояние, а также наиболее устойчивые черты личности.

Тема 4. Основные патопсихологические синдромы и их психологическая диагностика при различных психических заболеваниях.

Особенности патопсихологического синдрома при шизофрении. Особенности патопсихологического синдрома при эпилепсии. Особенности патопсихологического синдрома при диффузных органических поражениях мозга. Особенности патопсихологического синдрома при умственной отсталости. Особенности патопсихологического синдрома при злоупотреблении психоактивными веществами. Особенности патопсихологической диагностики при пограничных нервно-психических расстройствах.

Шизофрения – группа сходных психических расстройств, предполагающих изменение мышления, перцептивной деятельности, аффективно-личностных свойств.

Без лечения для шизофрении характерно прогрессирующее или приступообразное течение, обычно завершающееся однотипной картиной изменения личности (дефекта) с

дезорганизацией психических функций (мышления, эмоций, психомоторики – всего поведения в целом) при сохранности памяти и приобретенных ранее знаний.

Шизофрения относится к эндогенным заболеваниям (эндо – изнутри, внутренний, экзо – внешний, наружный), т.е. развивается как бы изнутри, аутохтонно, без внешнего воздействия.

Клинические проявления шизофрении очень разнообразны. Почти все известные в психиатрии симптомы и синдромы могут наблюдаться при шизофрении. Но, несмотря на разнообразие и полиморфность проявлений шизофрении, при ней всегда есть типичные проявления, общие для всех больных и для всех форм шизофрении, но с разной степенью их выраженности. Их называют «негативными» симптомами, поскольку они отражают ущерб для психики больного, который наносит болезнь.

В наибольшей степени при шизофрении поражаются эмоциональная и волевая сферы. Эмоциональное снижение начинается с нарастающей эмоциональной холодности к родным и другим близким людям, безразличие к окружающему, безучастности к тому, что непосредственно относится к больному, утраты прежних интересов и увлечений. Безразличие к окружающему миру и мнению других может проявиться неряшливостью и нечистоплотностью в одежде и в быту.

Некоторые больные шизофренией осознают свою измененность. Они жалуются на то, что потеряли способность радоваться жизни, любить, волноваться и страдать, как раньше. То, что их теперь ничто не интересует, некоторые больные тоже осознают, но ничего не могут поделать, чтобы что-то изменить и по-другому относиться к своим близким, так как управлять пи своими эмоциями, пи поведением больной шизофренией не может.

У некоторых больных наблюдается эмоциональная амбивалентность – т.е. одновременное существование двух противоположных эмоций: например, любви и ненависти, интереса и отвращения.

Амбитендентность– расстройство, аналогичное амбивалентности, проявляющееся двойственностью стремлений, побуждений, действий, тенденций. Например, человек считает себя одновременно и больным, и здоровым. Хочет услышать слова одобрения, но все делает для того, чтобы его ругали, протягивает руку за каким-то предметом и тут же отдергивает ее и т.п. Это может сказываться и па поведении – больной шизофренией ласкает своего ребенка или подругу и одновременно причиняет боль, после ласковых слов может без всякого повода дать пощечину, целует и щиплет или кусает.

При наличии диссоциации эмоциональной сферы больной смеется при печальном событии и плачет при радостном. Больные могут быть равнодушны к горю своих родных, тяжелой утрате и печалиться, увидев растоптанный цветок или больное животное.

Все эмоциональные проявления ослабевают. Вначале бывает уплощение, притупление эмоций, а затем развивается эмоциональная тупость.

Эмоциональная тупость – это недостаточность (бедность) эмоциональных проявлений, равнодушие, безразличие к своим близким, утрата эмоциональной откликаемости на горе, печаль и неприятности других людей, в том числе и родных, огрубение чувств. Такое состояние необратимо.

Одновременно с эмоциональным может происходить и волевое оскудение. В самых выраженных случаях волевые нарушения называются абулией.

Абулия – частичное или полное отсутствие побуждения к деятельности, утрата желаний, в выраженных случаях – полная безучастность и бездеятельность, прекращение общения с окружающими. На начальных этапах абулия проявляется падением активности, бездеятельностью, снижением интереса ко всему. При утяжелении абулии больных ничто не волнует и не интересует, у них отсутствуют реальные планы на будущее, они не проявляют интереса к своей дальнейшей судьбе, им все безразлично. Окружающее тоже не привлекает их внимания, больные целыми днями молча и безучастно лежат в постели или сидят в одной позе.

Аутизм – утрата контактов с окружающими, уход от действительности в свой внутренний мир, в свои переживания. Это не просто замкнутость, которая бывает при шизоидной психопатии и некоторых других личностных расстройствах. Аутистичным на ранних этапах шизофрении может быть и человек, формально контактирующий с окружающими, но в свой внутренний мир никого не пускающий: он закрыт для всех, включая самых близких больному людей.

Негативизм – бессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от любого действия, движения или сопротивление его осуществлению.

Речевой негативизм проявляется мутизмом – нарушением волевой сферы, проявляющейся у больного ответной и спонтанной речью, при сохранении способности больного разговаривать и понимать обращенную к нему речь.

Нарушения мышления при шизофрении называют формальными, так как они касаются не содержания мыслей, а самого мыслительного процесса. Прежде всего это затрагивает логическую связь между мыслями.

На поздних этапах шизофрении логическая связь утрачивается даже в пределах одной фразы. В самых тяжелых случаях наблюдается разорванность мышления, что проявляется в разорванной речи, когда она состоит из сумбурного набора отрывков фраз, не связанных между собой. В менее выраженных случаях наблюдается "соскальзывание" мыслей – лишенный логики переход от одной мысли к другой, которого сам больной не замечает.

Нарушения мышления выражаются и в неологизмах – новообразование, придумывание новых вычурных слов, которые понятны только самому больному.

Нарушением мышления при шизофрении считается и резонерство. Объект рассуждений выбирается произвольно или в процессе беседы на конкретный вопрос крича больной по пустячному поводу может пуститься в пространственные рассуждения со сверхобобщениями, задавая самому себе вопросы и самостоятельно на них отвечая, что-то доказывая и устанавливая собственные закономерности, причем рассуждения и доказательства могут быть весьма далеки по смыслу от заданного вопроса, ответить на которые следовало бы одной фразой.

Нарушения мышления проявляются и в искажении процесса обобщения, которое осуществляется по несущественным признакам. Могут быть и такие нарушения, как неуправляемый поток мыслей, внезапные перерывы или обрыв мыслей или два параллельно текущих потока мыслей.

Различают следующие формы шизофрении: параноидная, кататоническая, гебефреническая с последующими дополнениями (простая, вялотекущая, циркулярная и другие формы).

В зависимости от типа течения заболевания выделяют непрерывно-прогредиентную, приступообразно-прогредиентную, периодическую и особые формы шизофрении.

Параноидная шизофрения – наиболее часто встречающаяся форма, для которой характерен бред воздействия, преследования, отношения; реже встречается бред отравления, заражения, метаморфозы, ревности, величия. Это наиболее часто встречающаяся форма, если заболевание начинается после 20 лет.

Парафрения – разновидность параноидной шизофрении, характеризующаяся нелепым фантастическим бредом (встречи с инопланетянами, небывалое могущество, позволяющее повелевать людьми и природой), с которыми связаны выраженные эмоциональные переживания (от экстатического восторга, до смертельного ужаса). Развивается обычно в зрелом возрасте.

Гебефреническая шизофрения – больные ведут себя, как плохие актеры, играющие расшумевшегося ребенка. Нелепая дурашливость, грубое кривляние, утрированные гримасы, нелепое веселье больных не заражает, а пугает и тяготит других ("холодная эйфория"). Говорят неестественным голосом – патетическим тоном или сюсюкают, при этом часто изощренно нецензурно бранятся, коверкают слова.

Гебефреническая шизофрения начинается в подростковом или юношеском возрасте. Бредовые высказывания бывают отрывочными, а галлюцинации – эпизодическими. Заболевание отличается злокачественным течением. В течение нескольких месяцев развивается шизофренический дефект с резко выраженными основными симптомами.

Кататоническая шизофрения – в прошлом была часто встречающейся формой, особенно у молодых людей, но примерно с 1950-х гг. в развитых странах стала отмечаться очень редко. Выраженные случаи проявлялись чередованием кататонического возбуждения и обездвиженности (ступора) с полным молчанием (мутизмом).

Кататоническое возбуждение – стереотипно повторяющиеся бесцельные действия и немотивированная импульсивная агрессия, бессмысленное упорное сопротивление, негативизм.

Кататонический ступор – обездвиженность с полным молчанием (мутизм) может сочетаться либо с крайним напряжением всех мышц (ригидный ступор) или с повышенным пластическим тонусом – восковой гибкостью (каталептический ступор): руки, ноги, голова застывают надолго в той позе, которую им кто-нибудь придал, порой в самой неудобной и неестественной. В состоянии ступора больные не едят, могут сопротивляться кормлению, и питание осуществляется через зонд. Мочатся и испражняются под себя. Сознание во время ступора может полностью сохраняться, и в последующем, когда ступор проходит, больные подробно рассказывают обо всем происходившем вокруг.

Особенности патопсихологического синдрома при эпилепсии. Эпилепсия – эндогенно-органическое заболевание с хроническим течением. Возникает преимущественно в детском и юношеском возрасте. Характеризуется разнообразными параксизмами (припадками), а также изменениями Личности, нередко достигающими степени слабоумия.

Большие судорожные припадки, малые судорожные припадки (абсанс) – мгновенное помутнение сознания.

Дисфория – резкая смена настроения, тенденция к плохому настроению. Возможна эпилептическая аура, т.е. человек предчувствует приступ.

Формы: генуинная – заболевание, когда не ясна природа происхождения (базовая); симптоматическая – в результате тяжелого поражения головного мозга (травмы, воспаления, опухоли).

Два основных феномена эпилепсии: 1) Общая замедленность (снижение темпов психических процессов). Это проявляется в отсутствии ярких и быстрых эмоциональных и поведенческих проявлений. В моторной сфере – замедленность и «неуклюжесть». Замедлена ориентировка в любом новом задании. 2) Инертность психической Деятельности. Состоит в трудности переключения с задания на задание. Наблюдается в начале задания. Наблюдается истоощаемость. Любой симптом зависит от тяжести и длительности заболевания.

Снижение познавательной способности. Нарушения памяти обычно не грубые. При исследовании пиктограмм опосредовано не улучшает запоминание, а дезорганизует. Больной может воспроизвести синонимичное значение заданного слова, рисует сам рисунок, отражается стремление определить, как можно больше признаков. Цели выполнения инертны. Специфика речи определяет инертность и нарушение памяти. Замедление тембра речи, возможны амнестические западения на слова вплоть до амнестической афазии. Может быть олигофазия – нарушение темпа и речевая память. Часто используют уменьшительно ласкательные суффиксы. Сужен объем внимания. Трудность в переключении внимания.

Мышление. Снижение операциональной стороны. Трудности вычисления существенного признака предмета, явлений, понятий. Существенный признак заменяется конкретным ситуационным решением. Трудность в понимании переносного смысла пословиц и метафор. Больной понимают все конкретно и не могут вычленить общее. Обстоятельность, выражающаяся в выраженной детализации суждений. Нарушение мотивационной стороны мышления, что выражается в специфическом резонерстве. Всегда резонерство многословно (аффективная насыщенность), любит учить

жизни. При этом обстоятельность. Резонерство возникает в определенных ситуациях и носит компенсаторный характер.

Характерны специфические черты Личности: слащавость, подчеркнутость с людьми, которые у них в подчинении, грубы, при первом впечатлении милы, внимательны – это поведенческий фасад. Больные ведут себя агрессивно, злопамятны. Педантизм, перфекционизм – стремление сделать все по высшему классу. Инертность мотивационной сферы – жесткость, ригидность целей и побуждений.

Патопсихологический синдром при эпилепсии:

Основной синдромообразующий фактор – это нарушение динамики мыслительной Деятельности (инертность, вязкость, ригидность).

Вызывает нарушение психики: снижение темпа протекания психических процессов, эмоциональная «застойность».

Первичный дефект. Сужение поля-ориентировки. Инертность мотивации и целеполагания. Приводит к негибкости жизненных программ вообще, трудности их перестройки. Снижение продуктивности познавательной Деятельности.

Вторичный дефект. Признаки адаптации к узким сжатым болезнью рамкам жизнедеятельности, т.е. совокупность личностных качеств и их противоречивое сочетание. Эгоцентризм, склонность к резонерству.

Третичный дефект. Возникает как реакция Больного на отношение окружающих к нему и к его болезни. Больной «видит» в глазах окружающих страх, неприязнь, ожидание его неуспеха в ситуации общения и познавательной Деятельности. Это приводит к слащавости, злопамятности, неуверенности и в тоже время завышенной самооценке в этих ситуациях. Амнестические западения бывают часто. Характерна обстоятельность.

Диффузные органические заболевания головного мозга. Это собирательная группа, в которую обычно попадает целый ряд расстройств, вследствие которых страдает вещество головного мозга, но при этом отсутствует какой-либо локальный очаг.

Классический психоорганический синдром отличается именно тем, что здесь нет локальности.

В классической патопсихологии описывается целая группа заболеваний, входящих в эту группу:

- сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, атеросклероз и их следствия) – это тот классический случай, когда основу картины особенностей психической деятельности будут составлять т. Н. Медленно нарастающие нарушения умственной работоспособности;

- травмы головного мозга (обычно все же закрытые, а не открытые), в т. ч. Последствия коммоций (сотрясений), контузий (ушибов) и компрессий (измененное давление). Во всех случаях выраженность психоорганического синдрома, вызванного травмой, будет зависеть от степени травматического поражения;

- последствия нейроинфекций (менингиты, энцефалиты);

- интоксикационные поражения;

- расстройства, возникающие в результате радиационного поражения.

Синдромообразующим фактором в случае с психоорганическим синдромом является органический фактор. Соответственно, на первый план выступают такие особенности психической деятельности, как нарушения умственной работоспособности. Все симптомы, обусловленные нарушением динамики, будут попадать в категорию первичных симптомов. Здесь возможны 3 варианта: инертность (замедление) психической деятельности; ускорение темпа психической деятельности; лабильность психических процессов.

Для классических психоорганических синдромов в наибольшей мере характерно явление лабильности психических процессов с достаточно быстро наступающей психологической истощаемостью. Явления тотальной инертности здесь наблюдаются не так часто (это больше к эпилепсии). При лабильности всю психическую деятельность субъекта можно описать через пилообразную кривую работоспособности. Что здесь происходит: сначала больной имеет трудности с «входом в задание», а потом у него

наблюдается достаточно быстрая истощаемость. В этом смысле увидеть лабильность довольно просто. Если испытуемый находится в верхней точке пилообразной кривой то он демонстрирует ускорение ассоциативного процесса и высокий уровень доступных обобщений (норма либо выше нормы), а также малое количество ошибок при выполнении самых разных задач. Если же он находится «на спаде», то налицо будет весь набор явлений инертности, снижение уровня обобщения (вплоть до обобщения по латентным и конкретно-ситуационным признакам), рост числа ошибок, а также признаки дезорганизации психической деятельности, с которыми пациент производит впечатление «сниженного». В основе этих явлений лежит снижение тонуса сознания.

Для того чтобы увидеть признаки лабильности, используют классические сенсомоторные пробы: таблицы Шульте, корректурную пробу Бурдона и счет по Крепелину.

Патопсихологический синдром. Первичный фактор: нарушения динамики психической деятельности по типу лабильности: истощаемость; нарушения памяти и внимание (сужение объема внимания); неустойчивость внимания и мышления; эмоциональная неустойчивость; высокая сензитивность со склонностью к аффективным вспышкам.

Вторичные симптомы: конфабуляции; феномен намеренного замедления темпа выполнения решения задач; неустойчивость самооценки, в ряде случаев – страх неуспеха; неуверенность в своих силах и ориентированность на оценку себя извне (аффилиативная потребность); сокращение временной перспективы мотивации

В грубых случаях имеет место тотальное снижение всех сторон психической деятельности – здесь уже не будет лабильности, а будет грубая инертность и истощаемость. Однако в ряде случаев возможна успешная компенсация – и тогда симптоматика разворачивается в обратном порядке (сначала вторичные симптомы, потом первичные).

Олигофренический патопсихологический синдром складывается из неспособности к обучению, формированию понятий, абстрагированию, дефицита общих сведений и знаний, примитивности и конкретности мышления, повышенной внушаемости и эмоциональных расстройств.

Структура олигофренического патопсихологического синдрома включает в себя ряд особенностей, среди которых наиболее яркими являются характеристики когнитивной сферы. Нередко, помимо мышления, у олигофренов оказываются нарушенными внимание, восприятие, память (Г. Н. Носачев, Д. В. Романов).

Восприятие отличается сужением его объема, недостаточной дифференцированностью. При этом плохо различаются сходные предметы при их узнавании (при выраженной степени нарушения). В связи с нечеткостью восприятия для правильного узнавания изображений требуется значительное количество времени. Кроме того, восприятие недостаточно активно. При рассматривании картинок отмечается поверхностное узнавание отдельных объектов, изображенных на них. При выраженной дебильности восприятие недоразвитое, недостаточно четкое. Это относится к восприятию зрительных образов, когда обследуемые путают изображения схожих предметов, плохо различают цвета. Дебилам трудно уловить целостное содержание картинок, поэтому они перечисляют отдельные детали рисунка.

Внимание характеризуется недоразвитием прежде всего произвольного внимания, сужением его объема, плохим распределением, затрудненным переключением и истощаемостью. Этим обусловлены трудности сосредоточения на заданиях, требующих умственного напряжения. При отыскании чисел по таблицам Шульте отмечаются пропуски чисел, их «потери», увеличение времени работы с каждой отдельной таблицей. Внимание, особенно произвольное, отличается узким объемом. В пробе на запоминание такой большой называет, например, четыре слова. Ему повторно зачитывают все подлежащие запоминанию слова. После этого больной называет уже другие четыре слова, но не может вспомнить называвшиеся им прежде слова. Внимание с трудом переключается с одного вида деятельности на другой, неустойчиво.

Память также имеет ряд особенностей. Выявляются нарушения операционного, динамического, мотивационного компонентов процесса запоминания. Механическая память

более развита, чем опосредованная. Однако для запоминания не связанных между собой по смыслу слов требуются многие повторения, а через короткое время воспроизводится небольшое их количество. Медленно и с трудом усваивается новый материал, необходимо его неоднократное повторение, но он быстро забывается, а использование на практике каких-либо приобретенных знаний затруднено. В методике пиктограмм в связи с нарушением образования логических связей между словами и изображением слабой оказывается опосредованная память. Лучше запоминаются внешние признаки предметов и явлений в их случайных сочетаниях, но внутренние логические связи и отношения запоминаются плохо, так как недостаточно понимаются. Выраженность ослабления памяти часто соответствует степени слабоумия. Чем глубже дебильность, тем более заметна недостаточность памяти. Представляет интерес соотношение между механической памятью и логической. При легкой дебильности существенной разницы между показателями, характеризующими оба вида памяти, нет. Зато при выраженной дебильности механическая память страдает меньше. Глубоким дебилам опосредованное заучивание представляется очень трудным, а пробы на ассоциативную память даются труднее, чем заучивание 10 слов; ассоциации в парах слов этими больными не улавливаются, и поэтому задание оказывается для них большим по объему (содержит 20 слов). Существенное значение приобретает попытка исследующего скорректировать суждения обследуемого. Возможность коррекции свидетельствует о более легкой степени дебильности.

В структуре мышления выявляются нарушения его операциональной стороны по типу снижения уровня доступных обобщений; нарушение динамики мышления по типу замедления протекания мыслительных операций (тугоподвижность мышления), инертности; ослабления мотивационного компонента мышления; нарушения критичности мышления. Снижение уровня доступных обобщений проявляется конкретно-ситуационным характером мышления, затруднением абстрагирования. Выделение существенных признаков, закономерных связей затруднено. Плохо усваиваются правила и общие понятия; при способности установления различий в предметах невозможным оказывается выделение существенных черт их сходства. При «сравнении понятий» внимание акцентируется на случайных, внешних признаках, а существенные игнорируются. Особые затруднения отмечаются при выполнении больным «классификации предметов», где формирование групп осуществляется с опорой на включенность тех или иных предметов в единую конкретную ситуацию из опыта испытуемого. Невозможным оказывается абстрагирование какого-либо признака всех предъявляемых предметов, согласно которому предметы, обычно входящие в различные наглядные ситуации, могли бы быть объединены в одну группу. Так, затруднено объединение в одну группу по признаку «живое-неживое». При построении «простых аналогий» часто невозможным оказывается усвоение инструкции; выполнение заданий «случайное» проводится по произвольному способу. «Сложные аналогии» недоступны.

Обнаруживаются также слабость регулирующей функции мышления и некритичность суждений при непоследовательности рассуждений.

Возможность перенесения обследуемым уже усвоенного опыта на выполнение аналогичных заданий приобретает особое значение при установлении степени выраженности дебильности. Возможность перенесения усвоенного опыта свидетельствует о легкой степени дебильности.

Чем глубже выражена дебильность, тем беднее оказывается лексикон больного. Речь изобилует штампами, часто неверно употребляются слова («пустая словесная абстракция»). Это легко установить при исследовании по методике подбора антонимов, когда проверяется не только словарный запас, но и соответствие слов определенному смыслу. Устная речь имеет выраженные дефекты в произношении: наблюдается косноязычие, шепелявость, плохое различение звуков, путаница близких фонем, искажения слов (особенно сложных) при произношении. Словарь, как пассивный, так и активный, мал. Слово часто является не понятием, а названием конкретных объектов. Речь плохо оформлена грамматически, фразы односложные. Письменная речь часто не сформирована.

Воображение характеризуется выраженным дефектом развития фантазии. В эксперименте оказываются невозможными составление рассказов из заданных слов, связанная передача событий из собственной жизни.

В эмоциональной сфере пациентов с олигофреническим патопсихологическим симптомокомплексом наблюдается незрелость и малая дифференцированность эмоциональных реакций. Тонкие оттенки чувств пациентам обычно недоступны. Высшие чувства развиты слабо. В переживаниях доминируют элементарные чувства, которые нередко исчерпываются удовлетворением физических потребностей. Осознавание эмоций ограничено. Часты как переоценка своих возможностей, некритическое отношение к ним, так и переживание чувства своей неполноценности в связи с отрицательным отношением со стороны других людей, обиды за свою несостоятельность.

Мотивационно-потребностная сфера отличается низким уровнем мотивационной активности и малым мотивационным разнообразием. Отмечаются низкий уровень мотивационного опосредования, слабость целеполагания; несформированность социально направленных мотивов; дефицитарность волевой активности, высокая внушаемость. При этом можно отметить «угловатость» и несформированность тонких двигательных навыков.

Внешний облик пациентов часто отмечен дизонтогенетическими признаками, такими как выраженное ослабление мимической экспрессии, гипомимия, гипопантомимия. Существенное значение имеют речевые нарушения, выраженные затруднения при усвоении инструкций, понимании смысла заданий.

Особенности патопсихологического синдрома при злоупотреблении психоактивными веществами. Алкоголизм характеризуется появлением зависимости психического и соматического состояния от потребления алкоголя, т. е. стремлением облегчить состояние повторными приемами алкоголя. В результате теряется самоконтроль за его потреблением, повышается толерантность (чувствительность) к алкоголю в первых стадиях алкоголизма и понижается в третьей стадии. Прекращение приемов алкоголя ведет к развитию синдрома воздержания (абстиненции) с неудержимым стремлением опохмелиться. У больных понижается настроение вплоть до подавленного состояния с тревогой, страхом, нарушением сна, слуховыми и зрительными галлюцинациями чаще в ночное время. Наблюдается слабость, потливость, тахикардия, головокружение, тремор конечностей, желудочно-кишечные, а в тяжелых случаях сердечные нарушения и расстройства функции печени. Возникают тяжелые формы опьянения (сопорозные и коматозные) с последующей амнезией - (потеря памяти), запоями и деградацией личности.

Симптомы. Выделяют три стадии хронического алкоголизма. Первая стадия, повышение толерантности, утрата контроля за употреблением алкоголя, появление тяжелых форм опьянения с амнезией, патологическое влечение к алкоголю, но без абстиненции. Астения с повышенной утомляемостью, раздражительностью, колебанием настроения в сторону понижения, неуверенностью в себе, снижением работоспособности. Вторая стадия: дальнейшее повышение толерантности к алкоголю, полное развитие синдрома зависимости и появление абстиненции с неудержимым бесконтрольным влечением к алкоголю, псевдозапой или многодневное непрерывное пьянство. Трудоспособность очень низкая, они быстро утомляются. У больных изменяется характер: появляются непостоянство, лживость, грубость, эгоизм. Снижается интеллект и критика, ухудшается память. Характерна несдержанность, склонность к истерическим реакциям. В третьей стадии появляются истинные запои (что связано со снижением толерантности к алкоголю); вследствие непереносимости алкоголя больной через неделю прекращает пить, а затем начинает пить вновь. Опьянение часто носит сопорозный характер с последующей амнезией. Абстиненция ярко выражена, сопровождается тяжелой интоксикацией с соматовегетативными расстройствами. Выявляется алкогольная деградация личности. Могут возникать эпилептиформные припадки, алкогольные психозы, соматические нарушения: алкогольная кардиопатия, гипертония, поражение печени и почек, хронический гастрит. При неврологическом обследовании выявляются неравномерность сухожильных рефлексов, вегетативная дистония, иногда полиневрит.

Диагноз хронического алкоголизма ставят на основании синдрома зависимости от алкоголя с потерей самоконтроля за характером пьянства, наличием синдрома абстиненции, а также на основании алкогольных изменений личности. Анамнез, со слов больного, необходимо дополнить сведениями от родных, а также с места работы и места жительства. Течение хронического алкоголизма в большинстве случаев прогрессивное (прогрессирующее), поэтому необходимо раннее выявление заболевания и активное лечение.

Лечение хронического алкоголизма проводят в наркологическом стационаре или амбулаторно в наркологическом кабинете. Лекарственную терапию начинают с купирования интоксикаций или абстиненции. После ликвидации абстинентных явлений и улучшения соматического состояния проводят антиалкогольную терапию.

Каждый вид лечения должен подкрепляться требованием категорического отказа от употребления спиртных напитков на протяжении всей жизни. Необходимы систематические психотерапевтические беседы с больным. Родным и друзьям рекомендуют создать для больного в быту и на работе такую обстановку, которая исключала бы употребление спиртных напитков.

Антиалкогольная терапия наиболее эффективна в первой стадии хронического алкоголизма и менее эффективна в третьей стадии, для которой характерна деградация личности с формированием органических изменений в головном мозге (алкогольная энцефалопатия). В борьбе с хроническим алкоголизмом важную роль играют профилактические мероприятия – активное выявление больных алкоголизмом и лиц, неумеренно употребляющих спиртные напитки, их учет и диспансерное наблюдение для предотвращения развития синдрома алкогольной зависимости или для своевременного лечения. Этим занимается специально созданная в стране наркологическая служба (наркологические стационары, наркологические диспансеры, кабинеты наркологов при поликлиниках и т.д.). В работе используются санитарно-просветительные мероприятия, чтение лекций на антиалкогольные темы на предприятиях, по радио и телевидению.

Патологическое опьянение психическое состояние, возникающее при приеме алкоголя в особом состоянии, связанном с изменением обстановки, длительной бессонницей, переутомлением, эмоциональным перенапряжением, недавно перенесенным заболеванием. Может развиваться при полете в самолете или переезде в поезде. Характерно помрачение сознания типа сумеречного: восприятие окружающего внезапно изменяется, появляются бредовые идеи преследования, галлюцинации, страх. У больных возникает возбуждение с гневом, яростью, агрессией. Характерный признак – отсутствие расстройств координации движений (больные не шатаются, походка у них уверенная). Начинается патологическое опьянение внезапно, протекает кратковременно и также внезапно заканчивается очень глубоким сном, сопровождается амнезией (потерей памяти).

Алкогольные психозы. На почве алкоголизма, преимущественно во II и III стадиях, могут развиваться различные психозы, как острые, так и хронические. Приводим описание наиболее характерных и часто встречающихся форм алкогольных психозов.

Алкогольный бред ревности. Больные подозревают жену в измене, следят за ней, требуют признания в супружеской неверности; в состоянии алкогольного опьянения становятся агрессивными, могут совершить социально-опасные действия. Подлежат госпитализации в психиатрическую больницу.

Алкогольный галлюциноз развивается на фоне абстиненции; преобладают слуховые галлюцинации без помрачения сознания. Больной слышит голоса (два или несколько), которые либо бранят, либо защищают больного. Он прислушивается к голосам, относится к ним первое время не критично, воспринимая их как реальные. Нередко больные бывают возбуждены, испытывают страх и под влиянием галлюцинаций совершают различные, иногда опасные, действия.

Больные с острым алкогольным галлюцинозом в срочном порядке стационарируются в психиатрическую больницу, где должны находиться под круглосуточным надзором.

В ряде случаев течение галлюциноза принимает хронический характер, галлюцинации могут держаться годами. У больных появляется более критическое к ним отношение. Необходима госпитализация.

Алкогольный делирий (белая горячка) развивается при длительном запое или на фоне абстиненции при наличии добавочных вредностей (соматические заболевания, травмы мозга, психогения, послеоперационный период). Характеризуется нарушением сна, делириозным помрачением сознания, аффектом тревоги, страха и двигательным возбуждением. Наблюдаются соматические расстройства – тахикардия, падение АД, потливость, диспепсия, общий тремор, повышение температуры. Белая горячка начинается со зрительных галлюцинаций в ночное время. По мере развития психоза галлюцинации становятся устрашающими и фантастическими. Наступает помрачение сознания в форме делирия с дезориентировкой в окружающем при сохранении сознания собственной личности, со зрительными галлюцинациями ярко сценического, иногда устрашающего характера. Сопровождается чувством страха, иногда отрывочными бредовыми идеями. Больные возбуждены, повышено говорливы, защищаются от своих «видений». При тяжелой степени делирия наблюдаются некоординированные движения (больные «обираются», стягивают с себя «нити»).

Часто встречаются микропсии: больные видят мелких зверей, маленьких червей и члеников. Течение заболевания острое, продолжается несколько дней и заканчивается либо выходом из болезненного состояния с неполными воспоминаниями, либо летально при наличии выраженной сердечно-сосудистой недостаточности. Больные подлежат срочной госпитализации в психиатрическую больницу и должны находиться на постельном режиме под круглосуточным наблюдением.

Корсаковский психоз характеризуется расстройствами памяти и полиневритом. Возникает чаще всего после белой горячки. Отмечается глубокая астения с резкой истощаемостью, слабостью. Запоминание резко нарушено при сохранении в памяти прошлого. Больные не ориентируются во времени и в окружающем, не могут днем сообщить о событиях, которые были утром. Критика к болезни отсутствует. Течение психоза длительное.

Наркомании и токсикомании. Наркомания. Состояние периодической или хронической интоксикации, вызванной употреблением натуральных или синтетических наркотических веществ. К наркомании относится употребление только тех наркотических веществ и медицинских препаратов.

Токсикомания- злоупотребление теми веществами, которые не входят в список наркотиков. Это различные химические, биологические и лекарственные вещества, вызывающие привыкание и зависимость.

Единой причины развития наркомании не существует. Имеют значение личностные особенности (инфантилизм, пассивность, зависимость, демонстративность, эмоциональная неустойчивость). Большую роль играют определенные социальные факторы: низкий уровень образования и профессиональной квалификации, сопровождающийся отсутствием интереса к учебе, работе; безыдейность и бездуховность; неумение занять свой досуг; влияние окружающей среды, неблагоприятная обстановка в семье, недостатки в воспитательной работе; низкий уровень медико-просветительной работы. Наркомания - это болезнь коллективная. Если наркоман попадает в компанию, он может "заразить" и других, т.к. наркоманы стремятся к тому, чтобы и окружающие попробовали наркотик, тоже приобщились к этому увлечению. Тяжело и покинуть компанию наркоманов, т.к. они не дают никому выбиться из их стада, преследуют, всячески стараются помочь вернуться к наркотизации. Наркомания - это болезнь молодых, т.к. до старости они просто не доживают. А начинают употреблять наркотики чаще в подростковом возрасте, больше всего подверженном отрицательному влиянию. Подростковый возраст - это период самоутверждения, отрицания общепринятых авторитетов, выбора собственных ценностей, когда особое влияние оказывает среда товарищей, авторитет лидера "своей группы". Чувство

своеобразного коллективизма, стремление не отстать от сверстников, порой просто любопытство и желание отведать запретный плод, безделье и скука - вот некоторые из причин приобщения подростков и молодых людей к наркотикам.

Симптомы и течение. Диагноз "наркомания" устанавливается только в том случае, если присутствует определенный комплекс клинических признаков заболевания: 1) непреодолимое влечение к приему наркотиков (пристрастие к ним); 2) тенденция к повышению дозы принимаемого вещества (повышение толерантности); 3) психическая и физическая зависимость от наркотиков.

Психическая зависимость возникает во всех случаях систематического употребления наркотических веществ. Чаще всего наблюдается так называемая негативная привязанность, при которой наркотик принимают с целью избавления от плохого самочувствия, напряжения и дискомфорта. Позитивная привязанность отмечается тогда, когда наркотик употребляют для получения приятного эффекта (эйфории, чувства бодрости, прилива сил). Физическая зависимость означает тягостные, мучительные ощущения в организме, вызванные прерыванием наркотизации.

Проявляется физическая зависимость абстинентным синдромом - синдромом воздержания от наркотика, который возникает обычно через 12-48 часов после прекращения приема наркотика. Наркоман не может переносить это состояние, доставляющее ему страдания, и будет пытаться любыми путями достать наркотик.

Хорошо известна клиническая картина морфинизма. Она прекрасно показывает все этапы развития наркомании, от начальных проявлений до исхода. Уже при однократном приеме опия или морфия возникает эйфория (повышенное безоблачное настроение, все представляется в розовом свете, ощущение тепла в теле), что и является поводом к дальнейшему употреблению этих веществ. Опиум наркоманы либо вдыхают при курении, добавляя в сигареты, либо употребляют внутрь, либо - в инъекциях. Морфин и его аналоги используют только в виде подкожных и внутривенных вливаний. Доза принимаемого препарата быстро нарастает. Необходимо, однако, иметь в виду, что при отмене наркотика и исчезновении симптомов абстиненции переносимость этого средства быстро падает, и наркоман, возвращаясь к наркотизации, снова начинает с небольших доз, ибо прием прежней большой дозы может вызвать в таком случае сильное отравление вплоть до смертельного исхода.

При хронической интоксикации наркотическими препаратами изменяется внешний облик наркоманов. Отмечается резкое похудание, волосы и ногти становятся ломкими, лицо одутловатым, кожа сухой с землистым оттенком. Зубы поражаются кариесом. На коже в местах вливаний препарата - следы уколов, рубцы, нагноения. Постепенно изменяется характер (личностная деградация). Наркоманы становятся все более грубыми, эгоистичными, теряют интерес к работе, не исполняют семейных обязанностей. Поначалу они скрывают свое пристрастие к наркотикам, а затем начинают принимать их открыто. Для покупки наркотиков продают вещи из дома, совершают кражи, обманывают близких и знакомых. Добыча наркотика становится целью из жизни.

Необходимо раннее выявление наркоманий и токсикоманий (при активном участии общественности), госпитализация больных и активное лечение в стационаре. Большую роль в борьбе с наркоманиями играют профилактические мероприятия, проводимые среди населения наркологической службой.

Особенности патопсихологической диагностики при пограничных нервно-психических расстройствах. Патопсихологическая диагностика при пограничных расстройствах – это в первую очередь диагностика личности. Не следует, однако, игнорировать и роль исследования особенностей познавательной деятельности. Диагностика невротозов и психопатий всегда идет путем дифференцирования с невротозо- и психопатоподобными состояниями, возникающими в связи с процессуальными, органическими или соматическими заболеваниями. Так, астеническое состояние может быть обусловлено психогенной ситуацией, экзогенно-органическим поражением мозга вследствие черепно-мозговой

травмы, астенизирующим соматическим (инфекционным) заболеванием. Внешне напоминающая астеническую симптоматику может быть существенно представлена в клинике невротоподобной шизофрении. Наконец, астения является ведущим симптомом церебрального атеросклероза, и в его начальных стадиях совершенно необходимо провести дифференциальную диагностику между невротической астенией у пожилого человека и атеросклеротической церебрастенией. То же самое относится и к психопатическим синдромам – они могут быть следствием врожденных аномально-личностных особенностей или патологического развития, а могут быть клиническим проявлением шизофрении или органического процесса. Все это требует на первом этапе обследования больного решить вопросы нозологической диагностики. Патопсихологическая диагностика здесь носит характер «негативной» или «позитивной», то есть она способствует решению вопроса об отсутствии или наличии нарушений познавательной деятельности и личностных особенностей, характерных для психического заболевания, которое может протекать с невротозо-или психопатоподобной симптоматикой.

Личностные опросники в пограничной патологии применяются широко, иногда психологи и клиницисты на их применение возлагают неоправдывающиеся надежды. Дело в том, что ни один личностный опросник сам по себе не дает результатов, значимых для нозологической диагностики. Как правило, большинство опросников позволяет исследующему определить уровень нейротизма и высказать синдромологические предположения. Это относится и к наиболее простым опросникам (Айзенка), скрининг-опросникам и к наиболее сложным (ММПИ). Однако и эти данные обладают значительной диагностической ценностью. Нейротизм, по Айзенку, свидетельствует о predisпозиции личности к пограничной патологии. Это в известной мере совпадает с концепцией Г. К. Ушакова, считавшего, что клиническое качество пограничных расстройств обусловлено характерологическим радикалом, типичным для данной личности, особенно демонстративно выступающим у акцентуированных личностей. Психическая травма, по Г. К. Ушакову, лишь перенапрягает деятельность дефицитарных систем, выявляя качества клинического радикала расстройств. Зависимость определенных типов расстройств от некоторых свойств психической травмы Г. К. Ушаков объясняет не собственно качествами психотравмирующего фактора, а психологической близостью его к тому или иному характерологическому радикалу, присущему больному.

Применение личностного опросника позволяет определить тип невротического или невротоподобного синдрома и в известной мере выраженность патологии.

Тема 5. Патопсихологическое обследование психически больных.

Обследование больных с целью описания структуры дефекта. Обследование больных при решении задач дифференциальной диагностики. Обследование больных в условиях проведения психиатрической экспертизы.

Обследование больных с целью описания структуры дефекта.

1. Исследование больного с диагнозом «Шизофрения». Планирование исследования (выбор тактики ведения эксперимента, определение набора методик). Исследование мышления, памяти, эмоционально-личностных особенностей больного. Обработка и интерпретация полученных результатов. Выделение синдрома нарушений психической деятельности при шизофрении. Составление и обсуждение диагностических заключений.

2. Исследование больного с диагнозом «эпилепсия». Планирование исследования. Особенности тактики ведения обследования больных с данной формой патологии. Определение нарушений психической деятельности: особенностей эмоционально-волевой сферы, динамических изменений психической деятельности, нарушений памяти, внимания, мышления. Вычленение синдрома нарушений психической деятельности. Оценка степени выраженности нарушений. Составление и обсуждение диагностических заключений.

3. Исследование больного с диагнозом «органическое поражение центральной нервной системы». Планирование исследования, выбор тактики работы с больным. Выявление

нарушений динамики протекания психической деятельности; нарушений памяти, внимания, мышления, эмоционально-личностных особенностей, характерных для данной группы заболеваний. Психологическая квалификация полученных результатов. Выделение синдрома нарушений психической деятельности у больного с органическим поражением ЦНС: определение ведущего нарушения и сохранных звеньев в структуре дефекта. Оценка степени выраженности нарушений. Составление и коррекция патопсихологических заключений.

4. Исследование больного с диагнозом «циклотимия» или «маниакально-депрессивный психоз». Исследование больного в состоянии гипомании и в состоянии депрессии. Планирование исследования, выбор тактики исследования и диагностических методик в зависимости от состояния больного. Обязательность повторных обследований.

Направленность исследования на выявление присущих больному эмоционально-личностных особенностей. Психологическая квалификация полученных результатов. Вычленение патопсихологического синдрома нарушений. Составление заключений и их обсуждение.

Обследование больных при решении задач дифференциальной диагностики.

1. Исследование больного с дифференциальным диагнозом между шизофренией и органическим поражением центральной нервной системы. Планирование исследования (набор методик, выбор тактики проведения обследования). Диагностика нарушений мышления, умственной работоспособности, памяти, внимания, эмоционально-личностных особенностей. Анализ и интерпретация полученных результатов. Выделение синдрома нарушений психической деятельности у обследуемого больного. Соотнесение выявленного патопсихологического синдрома с типичными синдромами нарушений психической деятельности при шизофрении и органическом поражении центральной нервной системы. Составление и коррекция заключений.

2. Исследование больного с дифференциальным диагнозом между шизофренией и циклотимией (или маниакально-депрессивным психозом). Планирование и выбор тактики исследования. Важность изучения эмоционально-личностных особенностей и мышления пациента при решении данной дифференциально-диагностической задачи. Описание выявленного синдрома нарушений психической деятельности. Соотнесение полученного эмпирически синдрома с известными нарушениями психической деятельности при шизофрении и циклотимии. Составление диагностических заключений и их обсуждение.

3. Исследование больного с дифференциальным диагнозом между шизофренией и неврозом. Планирование исследования. Направленность обследования на диагностику характеристик эмоционально-личностной сферы и особенностей мышления. Вычленение патопсихологического синдрома. Соотнесение выявленного у больного синдрома с известными нарушениями психической деятельности при шизофрении и неврозе. Составление заключений, их обсуждение и коррекция.

Обследование больных в условиях проведения психиатрической экспертизы.

1. Исследование больного, проходящего стационарную трудовую экспертизу. Важность учета трудовых установок больного и предполагаемого (или установленного) психиатрического диагноза при планировании исследования и выборе тактики его проведения. Использование приемов, раскрывающих истинные установки больного, наличие диссимуляции или аггравации. Характер диссимуляции или аггравации как показатель личностной и интеллектуальной сохранности больного. Исследование и описание структуры патопсихологического синдрома у больного, проходящего трудовую экспертизу, с обязательным указанием нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности и дачей трудовых рекомендаций.

2. Исследование больного, находящегося на стационарной воинской экспертизе. Планирование исследования с учетом знания: а) предполагаемого диагноза заболевания; б) актуального состояния больного; в) его установок в отношении службы в армии; г) знания о том, кем направлен больной на экспертизу (диспансером, военкоматом или командованием воинской части, в которой он служил). Возможная диссимуляция или

аггравация больного. Описание структуры нарушений и степени их выраженности. Составление заключений по результатам обследования больного; их обсуждение и коррекция.

3. Исследование больного, проходящего экспертизу с целью «снятия диагноза». Планирование исследования с учетом аффектогенности ситуации для больного (выраженность мотива экспертизы для человека, заинтересованного (или не заинтересованного) в том, чтобы его признали психически здоровым). Возможность симуляции и диссимуляции как показатель к смене тактик ведения эксперимента. Ответственность психолога за объективность результатов исследования. Составление патопсихологических заключений; их обсуждение и коррекция.

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).

Таим 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.Общее представление о патопсихологической диагностике.

1. Деонтологические правила работы патопсихолога.
2. Юридические и этические нормативы, регламентирующие деятельность психолога в психиатрической клинике.
3. Основные правила взаимодействия с психически больными.
4. Отношения с больными и их родственниками, с врачами и другими специалистами.
5. Изучение истории болезни. Схема истории болезни.
6. Основные этапы развития личности по данным анамнеза.
7. Заключение невропатолога и других специалистов, данные аппаратурных методов исследования.

8. Психологический анализ истории болезни как метод психологического исследования.
9. Общая характеристика патопсихологического исследования.
10. Принципы построения патопсихологического исследования.
11. Цели проведения патопсихологического исследования.
12. Основные принципы установления контакта с больным, выбор тактики беседы.
13. Составление протокола исследования.
14. Требования к патопсихологическому диагнозу.
15. Составление патопсихологического заключения.

Тема 2. Общие сведения о патопсихологической экспертизе

1. Понятие патопсихологической экспертизы.
2. Задачи патопсихологической экспертизы.
3. Виды патопсихологической экспертизы.
4. Предмет и объект патопсихологической экспертизы.
5. Методологические основы патопсихологической экспертизы.
6. Основания и поводы назначения патопсихологической экспертизы.
7. Организация патопсихологической экспертизы: общие аспекты.
8. Этапы патопсихологической экспертизы.
9. Условия проведения патопсихологической экспертизы.
10. Требования к специалисту, проводящему патопсихологическую экспертизу.

Тема 3. Основные методы и методики патопсихологии

1. Методики исследования нарушений памяти.
2. Методики исследования нарушений мышления.
3. Методики исследования сенсомоторной сферы и внимания.
4. Методы и методики исследования эмоционально-личностных особенностей.

Тема 4. Основные патопсихологические синдромы и их психологическая диагностика при различных психических заболеваниях

1. Особенности патопсихологического синдрома при шизофрении.
2. Особенности патопсихологического синдрома при эпилепсии.
3. Особенности патопсихологического синдрома при диффузных органических поражениях мозга.
4. Особенности патопсихологического синдрома при умственной отсталости.
5. Особенности патопсихологического синдрома при злоупотреблении психоактивными веществами.
6. Особенности патопсихологической диагностики при пограничных нервно-психических расстройствах.

Тема 5. Патопсихологическое обследование психически больных

1. Обследование больных с целью описания структуры дефекта.
2. Обследование больного с диагнозом «шизофрения».
3. Обследование больного с диагнозом «эпилепсия».
4. Обследование больного с диагнозом «органическое поражение центральной нервной системы (ЦНС)».
5. Обследование больного с диагнозом «циклотимия» или «маниакально-депрессивный психоз».
6. Обследование больного с диагнозом «реактивная депрессия».
7. Обследование больных при решении задач дифференциальной диагностики.
8. Обследование больного при решении задач дифференциальной диагностики: шизофрения или органическое поражение ЦНС.
9. Обследование больного при решении задач дифференциальной диагностики:

шизофрения или циклотимия (или маниакально-депрессивный психоз).

10. Обследование больного при решении задач дифференциальной диагностики:
шизофрения или тревожное расстройство.

11. Обследование больных в условиях проведения психиатрической экспертизы.
12. Обследование больного, проходящего стационарную трудовую экспертизу.
13. Обследование больного, проходящего стационарную воинскую экспертизу.
14. Обследование больного, проходящего экспертизу с целью снятия диагноза.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ЛАБОРАТОРНЫМ ЗАНЯТИЯМ

Основная цель проведения лабораторного занятия заключается в закреплении знаний, полученных на лекциях и практических занятиях, формирование умений практического применения полученных знаний.

Лабораторные работы предполагают отработку умений, сформированных на практических занятиях. Для успешного выполнения работы вначале необходимо повторить теоретический материал по соответствующей теме. При первом прочтении выделяются смысловые блоки для дальнейшего анализа. При повторном прочтении определяются точные формулировки ответов на вопросы для анализа. Отчет о лабораторной работе оформляется письменно и сдается на проверку непосредственно после занятия.

Лабораторные работы выполняются студентами в микрогруппах, что способствует развитию коммуникативных качеств, общекультурных и профессиональных компетенций.

Лабораторные занятия

Тема 3. Основные методы и методики патопсихологии

А) Методики исследования нарушений памяти.

1. Методика «Заучивание 10 слов».
2. Методика пиктограмм.
3. Методика опосредствованного запоминания (по А.Н.Леонтьеву).
4. Заучивание рассказов.
5. Другие методики исследования нарушений памяти.

Б) Методики исследования нарушений мышления.

1. Методика классификации.
2. Методика исключения.
3. Бланковые методики (выделение существенных признаков, установление простых и сложных аналогий).

4. Определение и сравнение понятий.

5. Формирование искусственных понятий (методика Выготского-Сахарова).

6. Понимание переносного смысла пословиц и метафор. Понимание рассказов, объяснение сюжетных картин, установление последовательности событий.

7. Исследование ассоциаций.

В) Методики исследования сенсомоторной сферы и внимания.

1. Корректирующая проба. Счет по Крепелину.
2. Методика отсчитывания. Отыскивание чисел по таблицам Шульте и Шульте-Горбова.

3. Складывание куба Линка.

Г) Методы и методики исследования эмоционально-личностных особенностей.

1. Приемы опосредствованного изучения личности.
2. Экспериментальные методики исследования личности.
3. Проективные методики исследования личности.
4. Опросники как метод психологического исследования в психиатрической клинике.

Тема 4. Основные патопсихологические синдромы и их психологическая диагностика при различных психических заболеваниях

А) Особенности патопсихологического синдрома при шизофрении.

1. Методы диагностики высших психических функций.
2. Методы диагностики эмоционально-волевой сферы.
3. Методы диагностики особенностей личности.

Б) Особенности патопсихологического синдрома при эпилепсии.

1. Методы диагностики высших психических функций.

2. Методы диагностики эмоционально-волевой сферы.

3. Методы диагностики особенностей личности.

В) Особенности патопсихологического синдрома при диффузных органических поражениях мозга.

1. Методы диагностики высших психических функций.

2. Методы диагностики эмоционально-волевой сферы.

3. Методы диагностики особенностей личности.

Г) Особенности патопсихологического синдрома при умственной отсталости.

1. Методы диагностики высших психических функций.

2. Методы диагностики эмоционально-волевой сферы.

3. Методы диагностики особенностей личности.

Д) Особенности патопсихологического синдрома при злоупотреблении психоактивными веществами.

1. Методы диагностики высших психических функций.

2. Методы диагностики эмоционально-волевой сферы.

3. Методы диагностики особенностей личности.

Е) Особенности патопсихологической диагностики при пограничных нервно-психических расстройствах.

1. Методы диагностики высших психических функций.

2. Методы диагностики эмоционально-волевой сферы.

3. Методы диагностики особенностей личности.

4. 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 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 «Общее представление о патопсихологической диагностике и экспертизе»:

1) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта;

2) Письменная работа «Специфика патопсихологической диагностики в клинической психологии».

2. Подготовка материала по теме «Общие сведения о патопсихологической экспертизе»:

1) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта;

2) Письменная работа.

3. Подготовка материала по теме «Основные методы и методики патопсихологии»:

1) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта;

2) Разработка схемы обследования ВПФ.

4. Подготовка материала по теме «Основные патопсихологические синдромы и их психологическая диагностика при различных психических заболеваниях»:

1) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта;

2) Написание отчета по лабораторной работе.

5. Подготовка материала по теме «Патопсихологическое обследование психически больных»:

1) Выполнение заданий, полученных в ходе лекции;

2) Повторение лекционного материала, поиск дополнительной информации, подготовка конспекта.