

Министерство образования и науки Российской Федерации

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования «Новосибирский национальный исследовательский
государственный университет» (Новосибирский государственный университет, НГУ)

Институт медицины и психологии

Пушкина Т.П.
ПАТОПСИХОЛОГИЯ

Учебное пособие

Новосибирск 2017

В данном пособии представлен анализ закономерностей развития и распада психики, основные характеристики ВПФ, личности, рассматриваются особенности организации и проведения патопсихологического исследования. Структуре, подбору методик (соответственно патологии) и написанию патопсихологического заключения. Приведены описания основных экспериментально-психологических методик обследования людей разного возраста. Способы их обработки и анализа. Проведение клинического интервью. Специфики построения и написания заключения исходя из возрастных особенностей, также целей и задач поставленных перед клиническим психологом. Приводятся рекомендации по ведению документации.

Содержание

1. Норма и патология с точки зрения разных психологических школ	8
1.1 Психоаналитическая концепция	8
1.2. Когнитивно - бихевиоральная концепция.....	9
1.3. Экзистенциально — гуманистическая концепция	10
1.4 Отечественная психологическая концепция.....	11
2.1 Цели и задачи патопсихологического исследования	12
2.2 Вопросы, необходимые при сборе психологического анамнеза	13
2.3 Примерный план патопсихологического заключения	15
2.4 Пример патопсихологического заключения	16
3. Нарушение психических процессов.....	18
3.1 Внимание.....	19
3.2 Свойства внимания.....	19
3.3 Классификация нарушений внимания по В.Д. Менделевичу.....	20
3.3.1 Методики для диагностики внимания.....	22
3.3.1. Методика «Корректирующая проба».....	22
3.3. 2. Методика «таблицы Шульте».....	24
3.3.3. Методика «черно-красные таблицы Горбова — Шульте»	26
3.3.4. Методика «счет по Крепелину»	27
3.3.5. Методика «Отсчитывание»	28
3.3.6. Методика «Лебединского».....	29
3.4 Нарушения внимания при различных заболеваниях	30
4.1. Агнозии.....	33
4.2. Псевдоагнозии	34
4.3. Обманы чувств.....	34
4.4 Иллюзии	34
4.5 Галлюцинации	35
4.6 Нарушение мотивационного компонента восприятия.....	36
4.7 Нарушения восприятия при различных психических заболеваниях	36
5.1 Нарушение непосредственной памяти.....	38
5.2 Прогрессирующая амнезия	39
5.3 Нарушение опосредованного запоминания	39
5.4 Нарушение динамики мнестической деятельности.....	40
5.5 Нарушение мотивационного компонента памяти	41
5.6 Методики для диагностики памяти	42
5.6.1 «10 слов» А.Р. Лурия	42
5.6.2 Методики для исследования опосредованного запоминания	44
5.7 Нарушения памяти при разных психических заболеваниях.....	55
6.1. Недостаточность процесса обобщения	57
6. 2. Искажение процесса обобщения	59
6.3 Нарушение динамики мыслительной деятельности.....	59
6.4 Лабильность мышления.....	59
6.5 Нарушения мотивационного компонента мышления.....	60
6.6 Методики для диагностики мышления	63

6.6.1 Классификация предметов	63
6.6.2.Исключение предметов.....	66
6.6.3 Ассоциативный (словесный) эксперимент	68
6.6.4 Методика «Сравнение понятий».....	70
6.6.5 Проба Эббингауза (заполнение пропусков в тексте)	72
6.7 Нарушения мышления при различных психических заболеваниях	73
7.1 Формирование патологических потребностей и мотивов.....	77
7.2 Нарушение подконтрольности поведения	77
7.3 Патология характера	78
9.1 Классификация эмоций В.Н.Мясищева	82
9.2 Методики для исследования эмоций	83
9.3 Стрессы.....	83
9.4Фрустрация	84
9.5 Кризисы	85
10.1 Количественные нарушения воли.....	86
10.2 Качественные нарушения воли	87
11.1 Общая характеристика патопсихологических синдромов	92
11.2 Шизофренический синдром (симптомокомплекс)	94
11.2 Аффективно — эндогенный синдром (симптомокомплекс)	95
11.3 Олигофренический синдром (патосомптомокомплекс).....	97
11.6 Психопатический (личноcтно-аномальный) симптомокомплекс	103
11.7 Психогенно-психотический синдром	108

Патопсихология

Методологические принципы патопсихологии

Психические аномалии, в различной степени влияют на жизнь человека. Отрасль психологии, которая изучает влияние патологических факторов на человека, их последствия, называется патопсихология. ПАТОПСИХОЛОГИЯ (греч. pathos - страдание, psyche - душа, logos - учение)—

раздел клинической психологии, который изучает закономерности возникновения и протекания психических болезней. Патопсихологи стараются предсказать, объяснить отклонения в психике, их тенденции, с помощью полученных при исследовании данных.

Патопсихология способствует в разработке научно обоснованных подходов, способов восстановления нарушений в психике больных, психологической реабилитации. Она имеет тесную связь с психиатрией. Также способствует в познании закономерностей развития и функционирования психики, понятию «психической нормы» и «патологии», определению факторов, задерживающих или активирующих развитие личности, профилактике предупреждения развития психических заболеваний.

К задачам патопсихологии относят:

- анализ закономерностей распада психики;
- диагностика нарушений психических процессов;
- экспертная оценка (трудовая, судебная, военная).

Взаимосвязь патопсихологии с другими науками:

Общая психология — общие психологические закономерности, теоретические принципы и методы, основные психические процессы, состояния и свойства.

Возрастная психология — особенности и закономерности развития психики, связи развития психики с развитием организма (биологические и антропологические особенности).

Психология личности — изучение особенностей личности, динамические аспекты душевной жизни, индивидуальные различия. Картина личности во взаимосвязи с окружающим миром, жизнью, социумом и т.д.

Социальная психология — закономерности возникновения, проявления и функционирования психических явлений, являющимися результатом взаимодействия людей (их представления друг о друге, влияние на них, отношение и т.д.).

Нейропсихология — как влияют поражения головного мозга на личность, поведение человека, на высшие корковые (когнитивные) функции. Локализация психических функций в головном мозге, соотношение психологических функциональных структур с морфологическими структурами в норме, и их изменения при патологии.

Психологическая диагностика — методы оценки, измерения и классификации психологических признаков (черт) людей, их использование в различных целях.

Психофармакология — изучает влияние лекарственных препаратов на ВНД и их применение при лечении психических расстройств.

Физиология - позволяет понять строение и функции организма человека, их роль и значение в формировании механизмов функционирования психики.

Психопатология — раздел психиатрии, который изучает расстройства психики с точки зрения медицины.

Норма и патология

Что такое норма? Обратимся к словарю, он гласит: **норма** — (от латинского norma — образец, правило) — 1) мера, средняя величина чего — либо, которая характеризует совокупность случайных событий, явлений; 2) принятый обязательный порядок, узаконенное установление; 3) правило поведения в определенных ситуациях; 4) форма регуляции поведения; 5) понятие, которое обозначает меру изменений, в которых явления и системы, поведение, деятельность, сохраняют свои качества и функции, которые задают их внутреннюю упорядоченность.

Термину норма соответствует несколько основных содержаний.

Первое — это статистическое содержание: область функционирования личности (организма), которая встречается наиболее часто, т. е. является характерным для большинства людей. Данная норма определяется путем вычисления среднего значения из совокупности данных. Например, большинство людей не имеют галлюцинаций, следовательно, отсутствие галлюцинаций — это статистически нормально.

Второе — это оценочное содержание нормы: эталон состояния человека, некое «совершенство» к которому стремятся многие люди. Данные нормы принимаются по соглашению большинства (социальные нормы), либо специалистами, имеющими право устанавливать соответствующие правила (общество, лидеры, специалисты, и т.д.). Ненормальным является то, что не соответствует идеалу.

Одна из проблем нормы: выбор нормативной группы, критерии отбора, что именно в жизнедеятельности считать эталоном? В зависимости от этого устанавливаются различные границы нормы.

Третье - психометрическое содержание нормы: оно близко к статистической модели, здесь признаки патологии рассматривают исходя из результатов психологических измерений, когда они отклоняются от средних значений (в различной степени выраженности отклонений). Например, измерение «невротичности» или «интеллекта», имея высокие показатели IQ=150, также является ненормальным, как и IQ=65, однако такие люди могут успешно функционировать в жизни. Аналогично, как и с высоким уровнем невротичности, могут достаточно успешно функционировать, при этом иметь статус психического отклонения.

Четвертое — утопическое содержание нормы: выделяет в качестве нормы тех, кто является абсолютно здоров психически. В данном подходе преобладающее людей большинство является аномально. Данную точку зрения разделял К.Роджерс, мотивируя клиентов к «самоактуализации».

Пятое содержание нормы — отсутствие патологического, девиантного или странного поведения: за основу выделения патологии берутся симптомы или однозначно дифференцируемое поведение. Что зависит от культуральных и групповых особенностей. Примером может служить распространение наркотиков в молодежных структурах, либо нанесение татуировок. В данном методе трудно определить четкие границы между «нормой» и «патологией» («эксцентричностью» и «патологичностью»).

Шестое содержание нормы — системная модель: нормальное

функционирование в которой рассматривается как набор систем, находящихся в гармоническом взаимодействии и хорошо адаптированных. В данном подходе допускается взаимосвязь между биологической, эмоциональной, профессиональной сферами и их адаптивное функционирование. Патология- (pathology; pathologic) - в широком смысле - изучение болезни с целью понимания ее причин и применения полученного знания к лечению больного.

В узком — (pathology; pathologic) - в широком смысле - изучение болезни с целью понимания ее причин и применения полученного знания к лечению больного.

В узком — страдание, изменение души под влиянием какого — либо воздействия, любое отклонение от установленной нормы. В медицине под данным понятием обычно предполагают нарушения на биологическом уровне функционирования организма. В клинической психологии подразумеваются такие отклонения от нормы, которые не содержат биологических компонентов. Патологическое развитие личности — стандартное состояние функционирования личности изменяется из-за морфо — функциональных нарушений, возникает нарушение адаптации.

Э. Фромм определяет психологическую норму следующим образом: «Это продуктивность, неотчуждаемость от общества, связь через эмоции с внешним миром, постижение объективной реальности своим интеллектом, осознание собственной неповторимости и связи с ближними. Психически здоровый человек не признает иррациональных авторитетов, но охотно подчиняется рациональным по совести и разуму. Он постоянно возрождается и смотрит на жизнь как на величайшее из дарованных благ»[].

Для анализа психологической нормы и патологии, исходя из принципов системности, детерминизма и развития, анализируют следующие положения.

- психическое развитие (движущие силы);
- структурно — динамические характеристики психики (стадии развития, механизмы работы);
- о здоровой личности и устройствах возникновения патологии.

1. Норма и патология с точки зрения разных психологических школ

1. 1 Психоаналитическая концепция

Основателем данного подхода является З.Фрейд, наследниками являлись А.Адлер (индивидуальная психология), К. Юнг (аналитическая психология), Г. Салливан, Э. Фромм, К. Хорни (социальный психоанализ и интерперсональные отношения), М. Кляйн (теория объектных отношений), Х. Хатрман (психология самости).

З.Фрейд - в классическом психоанализе предметом изучения были истерия и невроз навязчивых состояний. При изучении данных расстройств появилось представление о главном месте в патологии, бессознательных влечений, затем оно было перенесено на нормальное развитие. З.Фрейд рассматривает человека «как животного» (биологическую особь), фокус которого остается неизменным и скрывается под «шелухой культуры». При

здоровом психическом развитии происходит продуктивное перераспределение энергии либидо (сублимации) на плодотворные жизненные цели — приближение к другим людям и творчество.

А.Адлер — определяет очаг патологии в переживании чувства неполноценности, дефекты развития. Причиной неврозов он считал несоразмерную компенсацию чувства неполноценности и обособленность от других людей. Он видит здоровое развитие в сотрудничестве с другими людьми.

К. Г. Юнг создал теорию «неврозов во второй части жизни», он выделяет страдания от «бессмысленности и беспредметности своей жизни». Отмечает важность формирования интегрированной личности.

Г. Салливан — рассматривал психическое здоровье и патологию как функции ближайшего социального окружения. Если общество не дает ребенку чувство безопасности, то это способствует развитию тревоги, что может привести к психотическому срыву.

Э. Фромм — перемещает акцент нормы и патологии на интерперсональные отношения. Он подчеркивает социальность человека, его потребность чувствовать других людей, общность с ними. Э.Фромм и К. Хорни расширили модель Г. Салливана, делают упор на культурной предопределенности неврозов. «Неврозы порождаются не только отдельными переживаниями человека, но также теми специфическими культурными условиями, в которых мы живем». Он подчеркивает важность выборочного невнимания к опыту, который противоречит устоявшейся «Я-системе».

М. Кляйн — также подчеркивает важность культуры, однако делает упор на интерперсональных отношениях с главными фигурами раннего детства.

А. Фрейд и Р. Спитц — выделяют важность стабильности объекта привязанности для нормального развития личности.

Дж. Боулби — отмечает важность в формировании нормального развития мнения о себе и другом близком человеке «Я другой». Данное представление формируется в детстве и определяет конструктивность или деструктивность.

Р. Фейенбер, Д. Виникот, М. Балинт, М. Малер — трансформируют теорию З. Фрейда о механизмах развития. Качество взаимодействия ребенка с матерью, особенно эмоциональной сферы связано с формированием адаптивных функций «Эго» и способствует адаптивному восприятию действительности. Отмечают важность сепарации для нормального развития ребенка, которая необходима для кооперативных отношений с другими людьми.

К. Кохут — выделяет важность удовлетворения психологических и эмоциональных потребностей ребенка, а не биологических. Подчеркивает вклад травматизации на ранних стадиях развития в формировании патологического развития личности. В следствии чего возникают преграды в формировании основного чувства себя и своей целостности.

1.2. Когнитивно - бихевиоральная концепция

Основателем данного направления является Б. Скиннер, считается, что предшественниками бихевиоризма являются русские физиологи В.М. Бехтерев и И.П. Павлов и американским ученым Э.Торндайком. Дж.Уотсон и Б.Скиннер

— разработчики радикального бихевиоризма. Они отказались от изучения психических процессов и сфокусировали внимание на изучении поведения. Представление о патологии в радикальном бихевиоризме описал М.Селигмен - «концепция выученной беспомощности».

Когнитивные психологи У.Найссер и Дж.Миллер согласно их точке зрения, психические нарушения связаны с переработкой информации. Р.Лазарус предложил концепцию патологии — нарушение процессов совладания со стрессом и процессов переработки информации (их не оптимальность), он отметил важность развития навыков решения проблем. Данным направлением также занимались Д.Майхенбаум и Т.Д'Зуриллу.

В 1960г. начинает развиваться когнитивно ориентированная модель, в которой понятие патологии рассматривается как дисфункциональная система убеждений, особые когнитивные структуры или когнитивные схемы. В основе лежит теория Ж.Пиаже, Дж. Келли, развивал теорию нормы и патологии в данном направлении А.Бек и А.Эллис, далее М.Махони, Дж.Лиотти и В.Гвидано. Они соединили мысли психодинамического подхода о значимости когнитивных структур и раннего опыта, с идеями когнитивно-бихевиорального подхода о важности поведения и процессов переработки информации.

Г.Айзенк (теория личностных черт) отмечал патологию как разные личностные предрасположенности или параметры, наблюдаемые черты: специфика поведения и эмоциональных реакций, образуют определенные группы.

С точки зрения теории оперантного обуславливания Б.Скиннера, патология — неправильное научение и дефицит адаптивных реакций. Редкая регуляция поведения ребенка при оперантном подкреплении, приводит к дефициту социальных навыков и трудностям в адаптации.

Дж.Доллард, Н.Миллер и К.Халл рассматривали концепцию психической патологии, основанную на первичных (врожденных: голод, боль и т.д.) и вторичных (основаны на научении, связаны с первичными) драйвах — стимулах, способных вызывать определенное поведение. Например, тревога является стимулом в поведении — избегании. Конфликт между двумя драйвами лежит в основе образования психической патологии.

А.Бандура рассматривает формирование отклоняющегося поведения как нарушение саморегуляции, основанные на стандартах и уровне притязания. Отсутствие как самоподкрепления, так и недостаточность внешнего подкрепления, что является основой самоэффективности.

А.Лазарус рассматривает патологию развития психики как недостаточность в переработке информации, которая затрудняет эффективность решения жизненных задач.

А.Бек определяет психическую патологию как многообразные ошибки мышления, которые приводят к искажению реальности.

А.Эллис в своей концепции рационально — эмотивной терапии выделяет важность в формировании патологии чрезмерно сильных деструктивных чувств, в основе которых лежат иррациональные представления. Например, такие как иррациональные долженствования: «Я никогда не должен ошибаться»

и т. д.

1.3. Экзистенциально — гуманистическая концепция

Представители экзистенциального подхода определяют психическую патологию как отказ от роста и развития. По их мнению человек — свободен и несет ответственность за осуществление своего бытия в мире.

Основатель экзистенциальной психологии Л.Бинцвангер определял патологию как существование в неподлинном мире, они не видят своей свободы и утрачивают перспективу будущего. Он подчеркивает важность не подлинных отношений с другим людьми в происхождении психической патологии.

В.Франкл отмечает основой развития патологии — экзистенциальный вакуум (духовная пустота), неблагополучие из-за лишения смысла жизни.

Представители гуманистической психологии определяют патологическое развитие как отсутствие или не полную интеграции опыта и автономности. Не способность иметь собственное мнение, отличное от социальных стереотипов, принимать решения и нести за них ответственность.

К.Роджерс — по его мнению психическая патология возникает из-за несоответствия «Я-концепции» с реальным опытом.

1.4 Отечественная психологическая концепция

Московская и Ленинградская психологические школы.

Основатель московской психологической школы — Л.С.Выгодский, создатель культурной, исторической или инструментальной теории. Ядром которой является мысль о развитии человеческой психики методом интериоризации. Далее разрабатывали концепцию клинической психологии: А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник, В.В. Лебединский, С.Я. Рубинштейн, А.С. Спиваковская и др.

Л.С. Выгодский определял психическую патологию как нарушение высших психических функций (бедность их осознанности, опосредованности и произвольности).

Зейгарник Б.В., Рубинштейн С.Я., Лурия А.Р. Понимали нарушение психики как нарушение психической деятельности, отмечали специфику нарушений при различных расстройствах. Выделили важность мотивационного компонента в развитии психической патологии.

Б.В. Зейгарник на основе теории деятельности Леонтьева А.Н. выделяет модели различных форм психической патологии — нарушение преимущественно одного из аспектов деятельности: операционального, мотивационного, личностного.

Поляков Ю.Ф., Мелешко Т.К., Критская — конкретизировали структуру психики, систематизировали признаки различных психических аномалий, экстрагировали патопсихологические синдромы.

Братусь Б.С. видит причиной возникновения психической патологии — формирование патологических потребностей и мотивов.

Основателем Ленинградской психологической школы считают В.М.Бехтерева, также она связана с такими именами как А.Ф.Лазурский, Б.Г.Ананьев, В.Н.Мясищев, Л.И.Вассерман, Б.Д.Корвасарский, И.Л.Исурина и др.

В.Н.Мясищев первый заговорил о биопсихосоциальном подходе в отечественной психиатрии и психологии, он основал свою концепцию на взаимосвязи процесса деятельности психиатров и психологической помощи психически больным. Он также отмечал важность стиля родительского воспитания в патологическом развитии личности. С точки зрения В.Н.Мясищева — главным в возникновении психической патологии являются конфликты и противоречия в системе отношений личности с окружающей средой.

Б.Г.Анааев занимался разработкой нормального развития психики в онтогенезе.

2.Патопсихологическое исследование

2.1 Цели и задачи патопсихологического исследования

Содержание исследования патопсихолога определяются целью (задачами), которую ставит перед ним врач (клиент, его родственники). Основные задачи:

- помощь в дифференциальной диагностике, т. е. в сложных случаях с целью получения дополнительных данных о состоянии психики пациента;
- проведение экспертизы (судебной, трудовой и военной);
- выявление динамики психики при различных видах лечения (медикаментозном, терапии, комплексном и т. д.);
- помощь в выборе профессиональной деятельности для реабилитации больных, их трудоспособности;
- оценка и анализ интеллекта, с целью подбора учебных заведений, улучшения адаптации, развития и профилактики больных детей и подростков;
- психологический анализ нарушений психики при различных заболеваниях, его структура и особенности (стрессов, интоксикаций и т. д.).

Также возникают задачи, связанные с ближайшим окружением больного (друзья, родственники, коллеги). Например, психокоррекция отношений, диагностика семейных отношений, участие родных в «поддержке неадаптивных форм поведения» больного и т. д.

Перед началом обследования патопсихолог проводит сбор биографических данных, которые помогают ему уточнить поставленную задачу и определиться с предварительным планом обследования (подобрать методы, которые соответствуют поставленной задаче, а также подходят для испытуемого).

При выборе методик для обследования необходимо учесть возраст, особенности заболевания, культуральные особенности, образование, семейное положение. Порядок проведения методик может изменяться психологом в зависимости от хода исследования.

Методики исследования разделяют на стандартизированные (тесты, стандартные наборы заданий, с которыми работает обследуемый) и не стандартизированные (проективные методы). Основными в работе психолога — являются не стандартизированные методики, которые уточняются и дополняются стандартизированными. При использовании методик, также необходимо обращать внимание на их валидность и надежность. Преимуществом тестов — объективность, возможность соотнесения с нормативными данными, полученными как в норме, так и для различных психологических групп, что дает видеть как отклоняющиеся моменты, так и сохраненные стороны психики.

Проективные методы основаны на мысли о том, что в речи человека, продуктах его творчества, желаниях и т. д. проявляются скрытые переживания и конфликты.

Акцент ставится на качественную интерпретацию количественных результатов, соотнесение с наблюдаемым поведением, эмоциями во время проведения исследования. Выдвижение гипотез, и их дальнейшая проверка.

Также необходимо учесть внешние и внутренние условия, которые могут повлиять на результат и ход исследования (время суток, шум, прием лекарственных препаратов и т. д.), и постараться оценить смогут ли они повлиять на исследование и на сколько сильно.

Если интенсивность вышеперечисленных влияний не велика, можно упомянуть об этом при описании результатов. При сильном влиянии рекомендуется отложить исследование.

Перед началом тестирования необходимо установить контакт, который влияет на ход обследования, собрать психологический анамнез.

2.2 Вопросы, необходимые при сборе психологического анамнеза

1. Семейный анамнез

- сколько лет было родителям на момент рождения
- кто родители по образованию
- братья, сестры, разница в возрасте
- родители в браке или нет
- отношения с мамой и папой
- какие родители по характеру
- участвовали ли в воспитании бабушки и дедушки
- бытовые условия, материальное благополучие

2. Акушерский анамнез

- какие были роды

3. Внесемейные влияния

- ходил ли в детский сад, были ли сложности с адаптацией, с воспитателями, детьми

- школа, в каком возрасте пошел и как адаптировался в 1 классе (отношения с одноклассниками и учителями)
- как учился, какие предметы давались лучше, какие хуже, отношение к оценке

- старшие классы 9-11 и 5 класс (межличностные отношения, формирование групп, к какой относился)
- кружки, дополнительные занятия
- 4. Выбор профессии и профессиональный выбор
 - продолжил ли учиться, как выбрал профессию
 - учился, доучился или нет
 - как выбирал работу
- 5. Нагрузочные ситуации
 - что воспринимает как особо трудное
 - переезд, развод, смерть и т.д.
 - Перенесенные в прошлом болезни и реакции на них
- 6. Вредные привычки
 - курите? Курили?
 - Алкоголь, ваше отношение к алкоголю
 - если много, то сколько, в каких дозах и как часто
 - наркотики (я должен узнать какие у вас отношения к наркотикам)
- 7. Сексуальная сфера
 - отношения с противоположным полом
 - со школы и как это было
 - когда завязались серьезные отношения и был ли интим
 - приятные или неприятные отношения, до настоящего момента отношения?
 - по каким причинам вступил в брак?
 - Конфликты, трудности, измены, разводы
 - дети, запланированные или нет
 - есть ли сейчас сложности?

ЕСТЬ ли что-то такое, что я у вас не спросил(а), что было бы важно знать?

Необходимо также отметить особенности внешнего вида больного, интенсивность эмоциональных реакций, что желательно делать незаметно для обследуемого.

После сбора психологического анамнеза начинается «вторая часть» беседы с больным, которая совершается во время эксперимента. Перед началом работы является важным настроить больного на работу, выполнение заданий.

Каждую методику, необходимо начинать с предъявления инструкции, которая должна быть четкой, понятно и определенной формы. При не понимании либо не правильном понимании инструкции, результаты исследования могут быть искажены. Возможны варианты пояснения инструкции на примерах.

Важно отмечать как в ходе исследования больной принимает помощь, (советы о том какой способ следует применить и т.д.), реагирует на критические замечания, возражения, похвалу («хорошо», «дальше», является это для него дальнейшей стимуляцией или нет), обучение как необходимо выполнять задание. Для каждой патопсихологической методики дается описание какие виды помощи целесообразны, а какой из них применить в данном случае,

выбирает психолог, что является тяжелой задачей и приходит с опытом работы. Все виды помощи следует отражать в протоколах, помощь не должна быть слишком активной и обычно начинают с простых видов помощи по пути усложнения. Если испытуемый переоценивает свои результаты деятельности, стоит ему это показать (можно при помощи наводящих вопросов, либо используя мимику, замечания и т.д.)

Протоколировать необходимо все моменты в проведении исследования, реакции на определенные задания, темы, вопросы. Наличие установочных форм поведения:

- аггравация (от лат. *aggravatio* отягощение, утяжеление) — преувеличение обследуемым имеющихся симптомов, состояний, их интенсивности. Например, при истерии с целью привлечения к себе внимания;
- симуляция (*simulation* притворство) — придумывание не существующих жалоб, симптомов, имитация болезни. Например, при военной экспертизе для определения пригодности службы в армии;
- диссимуляция (от лат. *dissimulatio* сокрытие) — сознательное преуменьшение имеющейся симптоматики. Например, при страхе попасть в больницу или при желании быстрее выйти из нее.

Желательно создать непринужденную обстановку во время обследования, что поможет вызвать интерес к обследованию. По результатам проведения обследования психолог пишет заключение, которое зависит от поставленных задач.

2.3 Примерный план психологического заключения

- Ф.И.О, возраст испытуемого, дата обследования;
- цель обследования и использованные методики;
- жалобы испытуемого (на состояние внимания, памяти, мышления, утомляемости и т. д. Если больной жалуется на соматические проявления, объяснить, что психолог не вмешивается в тактику лечащего врача, если жалобы не прекращаются можем сделать предположение о нарушении критичности обследуемого);
- подробный анамнез;
- поведение во время исследования (восприятие инструкций, отношение к выполнению заданий, эмоциональное состояние, речь, мимика, контакт (формальный, затрудненный и т. д.), реакции на помощь, критику;
- отношение к исследованию, сформированность мотива экспертизы, наличие или отсутствие установочных форм поведения;

Все вышеперечисленные данные могут быть описаны как подробно, так и кратко, они дают возможность судить о личности больного. Эту часть можно дополнить результатами проективных методик или клинического интервью (специально организованной беседы).

- результаты психологического обследования;

Следующая часть заключения содержит сведения о познавательной деятельности больного, и эмоционально — личностной сфере, где важно не только обнаружить, а также учесть измененные, и сохранные стороны

психической деятельности. Необходимо описывать результаты в виде тезисов, которые обязательно аргументируются примерами, полученными в ходе исследования. Необходимо сопоставление с нормативными данными полученных особенностей психических процессов испытуемого. Иллюстрацию примерами из протоколов обследования необходимо приводить в краткой формулировке и выбирать наиболее яркие примеры, которые отражают основные отклонения или сохранность психики пациента. При избыточном количестве примеров, также при их громоздкой формулировке, можно ввести в заблуждение врача и сделать заключение расплывчатым («не ясным»).

- выводы по итогам обследования.

В конце делается резюме, которое отражает наиболее важные данные, полученные при исследовании, которые отражают структуру основного психологического синдрома, выявившегося при исследовании. Только то, что приведено в заключении, коротко и главное.

Заключение это наше независимое мнение и не важно, что в истории болезни отражает врач.

2.4 Пример патопсихологического заключения

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования Ф... А... 18 лет от 18.06.2008

Во время проведения экспериментально-психологического исследования контакт с испытуемым затруднен, испытуемый чрезвычайно молчалив, пассивен, избегает зрительного контакта «глаза в глаза», поза скованная, сторбленная, голова преимущественно опущена, жестикуляция практически отсутствует, голос тихий, речь недостаточно внятная, экспериментатору приходилось просить повторить сказанное испытуемым, так как не всегда с первого раза удавалось разобрать слова. Чувствовалось эмоциональное напряжение испытуемого, но эмоции не проявлялись во время исследования. Отношение к исследованию адекватное, мотив экспертизы сформирован.

Целью экспериментально-психологического обследования явилось определение особенностей протекания психических процессов и личностных характеристик испытуемого.

Для решения поставленных задач были использованы следующие методики:

- Для исследования психических процессов: счет по Крепелину (внимание), заучивание 10 слов, пиктограммы (память), исключение лишнего, классификация предметов, ассоциативный эксперимент, выделение существенных признаков (мышление).
- Для исследования эмоционально-личностной сферы: Многопрофильный личностный опросник ММРІ

Результаты экспериментально-психологического исследования:

Внимание: психомоторный темп в норме 15 сложений (при норме 12-15). Объем внимания в норме - 7 единиц. Концентрация внимания не нарушена, выявлена некоторая неустойчивость внимания. Истощаемость внимания не выявлена (коэффициент вработываемости = 1).

Память: Непосредственная память несколько неустойчива (кривая

запоминания: 7, 4, 8, 8, 9, 8, 9, 9, 8, 9). Непосредственная память снижена, испытуемый не воспроизводит 10 слов (в норме к 3-4 предъявлению). Испытуемый воспроизводит «лишние» слова (стол и нож), в том числе и при отсроченном воспроизведении, не входившие в стимульный материал, что является одним из признаков наличия органических нарушений г.м. Отсроченное воспроизведение (ретенция) не нарушена, испытуемый воспроизводит 80% слов через час.

Опосредованное запоминание значительно снижено КОЗ = 36%, при норме от 76%. Пиктограммы конкретные, встречается 1 атрибутивный образ, метафорические и геометрические образы отсутствуют. Пиктограммы маленькие, упорядоченные, чрезвычайно стереотипные (типическая стереотипия – повторение человеческих фигур), встречаются прямые персеверации, изображения людей чрезвычайно схематизированы. Стандартный образ 1. Объяснения к выбранным образам адекватные, но рисунки недостаточно дифференцированные. Например: «печаль» испытуемый комментирует рисунок: «человек идет, плачет», воспроизводит: «человек плачет»; стимульное слово «сомнение» комментируется: «человек говорит и задумался о чем-то когда говорит», воспроизводит: «человек думает». Два раза испытуемый затруднялся с выбором образа, важно отметить, что затруднения возникли в начале исследования с простым понятием «вкусный ужин» и с сложным «сомнение».

Мышление:

Операциональная сторона мышления в целом сохранна, динамическая сторона не нарушена. Выявлены нарушения мотивационно-личностного компонента мышления. При исключении лишнего испытуемый чередует адекватные признаки (высокий уровень обобщения), конкретные признаки и латентные признаки (например: темный, светлый, голубой, ясный, испытуемый исключает тусклый, объясняя это тем, что «это унылый, а остальные – цвета»; молоток, гвоздь, клещи, топор, долото, исключает клещи: «клещи это клешни, остальные – инструменты» (ассоциация по созвучию). В ассоциативном эксперименте испытуемый отвечает обще-конкретными и абстрактными ассоциациями (высокий уровень обобщения), ассоциации адекватные. На третьем этапе ассоциативного эксперимента испытуемый «теряет» инструкцию, вместо слов антонимов, испытуемый начинает называет просто слова-ассоциации. Экспериментатор после окончания задания убедился, что название антонимов доступно испытуемому, следовательно, нарушение инструкции не было связано с интеллектуальными затруднениями. В классификации предметов обращает на себе внимание разный уровень обобщения. В одну группу «вещи, которые необходимы дома» сразу были объединены предметы мебели, одежда, учебные принадлежности, инструменты, измерительные приборы и в то же время животные были разделены на подгруппы (птицы, рыбы, насекомые). Также как и в других методиках признаками классификации служили то конкретные признаки, то латентные. Таким образом, можно сделать вывод о наличии разноплановости мышления испытуемого.

Эмоционально-личностная сфера:

Профиль личности, полученный по методике ММРІ, представляется сомнительным (шкала F = 78 T-баллам), но может быть интерпретирован (индекс F-K= 7). Код профиля 2, 8, 0, 7, 9 (шкалы тревоги, аутизации, интроверсии, тревоги и ограничительного поведения, гипоманиакальные тенденции). Наклон профиля психотический, что свидетельствует о сложностях скорее в сфере поведения, чем в эмоциональной сфере.

Для испытуемого характерны сложности в межличностных контактах, которые вызывают тревогу, и одновременная ранимость, неудовлетворенность текущей ситуацией, которая компенсируется за счет аутизации. «Вторжение» во внутренний мир является источником тревоги, напряженности, длительных отрицательных эмоций. Трудности в межличностных контактах выражаются в невербальных и в вербальных проявлениях (недостаточно адекватная мимика, скованность, дискордантность и склонность к неопределенным, расплывчатым формулировкам, что создает у окружающих впечатление двусмысленности, недостаточной понятности). Отрицательные эмоции обычно не проникают через «скорлупу» аутистического восприятия, но в случае если событие вызывает у них эмоциональный отклик, испытуемый обнаруживает неожиданную ранимость. Повышение по шкалам тревоги и интроверсии подтверждают и несколько дополняют данные описанные выше. Испытуемый замкнут, молчалив, избегает межличностных контактов, несколько апатичен. Высока необходимость в прочных, глубоких межличностных связях. Характерны интропунитивные реакции, агрессия направляется на себя, ощущение вины.

Обобщая результаты экспериментально-психологического исследования можно сделать вывод о наличии шизофренического патопсихологического симптомокомплекса, выраженных шизоидных чертах личности. Рекомендуются консультация психиатра.

3. Нарушение психических процессов

3.1 Внимание

Внимание — направленность и сосредоточенность деятельности субъекта в данный момент времени на каком-либо реальном или идеальном объекте.

Многие авторы относят внимание к «сквозному» психическому процессу, который является предвестником мышления и описывается как «динамическая сторона мышления».

Формы внимания по связи с волей:

Непроизвольное внимание — не обусловлено волей человека и является реакцией на какой либо внешний либо внутренний раздражитель.

Произвольное внимание — имеет тесную связь с волевым аспектом деятельности, активно регулируется сознанием и целью.

Послепроизвольное внимание — после произвольного внимания удерживается на объекте уже без волевых усилий. Высший уровень профессионализма (развивается в области профессионализма), не требуется специальных усилий для совершения определённых (сложных) действий.

В патопсихологии все методики направлены на измерение свойств произвольного внимания.

3.2 Свойства внимания

- **Объём внимания** – количество объектов, которые могут быть отчетливо восприняты в короткий временной промежуток (5 ± 2 , если более, это свидетельствует о применении специальных техник).

Объем внимания сильно зависит от темпа предъявления стимулов, речи, разнообразия деятельности. Он важен при любом обучении, т.к. позволяет удерживать, объединять и совмещать несколько объектов одновременно, что также определяет эффективность деятельности.

- **Избирательность внимания** – способность человека постоянно выделять какие-либо объекты находящиеся в сенсорно-перцептивной зоне, а не выделенные объекты используются им как фон.

Количественным параметром избирательности внимания является скорость осуществления выбора стимула из множества других.

Качественным параметром является точность выделения стимулов.

- **Устойчивость внимания** - способность человека не отклоняться от направленности психической активности и сохранять сосредоточенность на объекте внимания.

Характеристикой устойчивости внимания является длительность сохранения направленности внимания без отклонения от исходного уровня, что необходимо для продуктивной работы. Например, в методике «Корректирующая проба» отмечаем уровень выполнения за определенное время (к примеру 1с), затем смотрим как испытуемый отклоняется или поддерживает данный уровень выполнения задания. Устойчивость внимания необходима для изучения любой деятельности, ее сохранения, интеллектуальной работы, это возможность «удержаться» (не «соскальзывать») на второстепенные, не значимые объекты).

- **Концентрация внимания** – способность человека сохранять сосредоточенность при наличии помех.

- **Переключаемость внимания** - способность перемещать направленность и сосредоточенность внимания с одного объекта на другой, с одного вида деятельности на другой. Это динамическая характеристика внимания.

Оно связано с разрушением стереотипов, их увеличением, объединением нескольких стереотипов в одно целое.

Переключение внимания - одно из проявлений психофизиологических характеристик, зависит от типа высшей нервной деятельности, происходит

активная реконструкция психической деятельности, объединяющей выделение и удержание новых частей и обнаружение иных способов деятельности. Есть определенные категории больных, например, эпилептики, у которых наблюдается патологические изменения именно этого свойства внимания.

• **Распределение внимания** – это способность направлять и сосредотачивать внимание на нескольких объектах одновременно.

Возможность выполнять несколько действий одновременно с распределением внимания между ними.

Все функциональные свойства составляют единство и большинство методик исследуют несколько свойств внимания. Выделение отдельных свойств – условно.

Факторы, наиболее сильно влияющие на свойства внимания:

- **качество стимулов** - чем более они однообразны, монотонны, тем сильнее это сказывается на характеристиках устойчивости внимания (отрицательно);

- **наличие помех** - чем больше отвлекающих стимулов, тем больше это сказывается на устойчивости и концентрации внимания (отрицательно);

- **личностные особенности испытуемых** – врожденные качества, черты характера, сформированность мотивов.

3.3 Классификация нарушений внимания по В.Д. Менделевичу

Количественные нарушения внимания:

• **Рассеянность** – нарушение способности длительно сохранять целенаправленность внимания (легкая переключаемость при слабой концентрации).

Трудности в удержании произвольно внимания на каком либо объекте или действии, часто для этого рассеянному человеку требуются значительные волевые усилия. Что затрудняет любой вид целенаправленной деятельности. Встречается при всех видах астенических состояний, начиная с соматического профиля, инфекционного и заканчивая нервно-психическими заболеваниями.

При данном нарушении затрачивается гораздо большее время на «таблицах Шульте», пропуске большого количества букв и строк в «корректирующей пробе» и т. д.

Невнимательность – слабая концентрация при сниженной переключаемости, что связано с временным или постоянным нарушением подвижности нервных процессов. Наиболее часто – при церебральном атеросклерозе (ЦА), хроническом алкоголизме и наркомании.

Истощаемость внимания – прогрессирующее (в течении опыта) ослабление интенсивности внимания, быстрый переход произвольного внимания в непроизвольное, активного в пассивное. В большинстве случаев истощаемость является сквозным процессом и обозначается: «Истощаемость психической деятельности» - так как касается общей психической деятельности, умственной интеллектуальной деятельности. **Выделяют два вида истощаемости внимания:**

1) **гиперстенический вариант** — смена быстрого темпа выполнения задания (работоспособности), снижением, далее вновь увеличение темпа, попытки вернуться к исходным показателям, но они кратковременны. Данный вид

истощаемости характеризуется зигзагообразным характером (например, в методике 10 слов 8-4-9-6-5-10). Он является клинически более благоприятным, т.к. в большинстве случаев диагностируется на начальных стадиях заболеваний.

2) **гипостенический вариант** - снижение темпа и качества выполнения задания (работоспособности) с течением времени, преимущественно к концу обследования, также при длительной интеллектуальной нагрузке. Данный вид истощаемости свидетельствует о прогрессивном течении заболевания. Часто при гиперстенической истощаемости также присутствуют нарушения речи:

парафазии — замена букв, звуков, слов в речи на не правильные;

персеверации — повторение слов, звуков, мыслей, часто поперек сознанию;

интерферирующий эффект (наложение на основную деятельность побочно-отвлекающей деятельности, которая препятствует достижению цели).

Отвлекаемость – (**гиперметоморфоз** по В.Д.Менделевичу) повышенная подвижность, быстрое изменение направленности, сосредоточенности, интенсивности внимания. Постоянный переход от одного вида деятельности к другому. Выделяют внешнюю и внутреннюю отвлекаемость:

- внешней способствуют действия внешних раздражителей;

- внутренней — сильные эмоции (как отрицательные, так и положительные).

Встречается при гиперактивности (СДВГ), при маниях.

Тугоподвижность – инертность, патологическая фиксированность внимания, связанная с затруднениями переключаемости.

Встречается при паранойяльных, бредовых состояниях.

Качественные нарушения внимания – в психологии не исследуются, относятся к вопросам психиатрии.

Парапрозексия – нарушение внимания, которое характеризуется напряженным ожиданием поиска необходимого объекта внимания. Наблюдается при психотических состояниях. Сосредоточение внимания на объектах патологической природы (галлюцинации и бред).

Апрозексия – полное выключения внимания, как произвольного так и непроизвольного, полное отсутствие интереса к происходящего, невозможность пробудить этот интерес. Наблюдается при психотических состояниях.

3.3 Методики для диагностики внимания

3.3.1. Методика «Корректирующая проба»

Данная методика первоначально использовалась в психологии труда с 1895г. и называлась «проба Бурдона». В настоящее время имеет широкое применение в клинике.

Она позволяет **измерять следующие свойства внимания:**

- концентрация;

- устойчивость;

- психомоторный темп и выявлять истощаемость (утомляемость);

- вработываемость;

- устойчивость или колебание внимания по отношению к однообразным, монотонным стимулам при условии длительной нагрузки (зрительного анализатора).

Для ее проведения необходимо иметь бланк (существует множество

вариантов бланков), ручку (карандаш) и секундомер. Также необходимо хорошее освещение, тишина. Если у испытуемого слабое зрение, необходимо оснащение его очками. Испытуемому дают ручку (карандаш), бланк и предупреждают, что он работает на время, исследуется его внимание.

Далее зачитывается инструкция:

«Вы должны просматривать эти буквы строчка за строчкой, слева направо и вычеркивать все буквы «К» и «Р». Вычеркивать нужно вот так (экспериментатор показывает, вычеркивая буквы на первой строчке вертикальной черточкой). Иногда я сам буду ставить на вашем листке черточки — это будет отметка времени, на это вы не должны обращать внимания. Старайтесь просматривать строчки и вычеркивать буквы как можно быстрее, но самое главное в этом задании — работать без ошибок, внимательно, ни одной буквы «К» или «Р» не пропустить и ни одной лишней не вычеркнуть. Первая строчка для пробы. Понятно? Работать на время начнем со второй строчки».

Далее включаем секундомер, даем сигнал испытуемому о начале работы, по истечении минуты, либо 30 секунд (на усмотрение экспериментатора) либо экспериментатор сам ставит знак там, где испытуемый в данный момент остановился, либо испытуемый отмечает это место.

Экспериментатор может по желанию менять зачеркиваемые буквы, желательно выбирать визуально схожие буквы.

Обработка результатов

Результаты выполнения пробы обследуемым производятся методом сопоставления с ключом (на котором отмечены все буквы, которые необходимо было вычеркнуть). Экспериментатор определяет количество ошибок и скорость (время) выполнения задания, темп:

- равномерный;
- хуже сначала лучше к концу задания — свидетельствует о снижении вработываемости;
- лучше сначала — хуже к концу или «лучше-хуже» и т.д. — наличие истощаемости.

Важным является распределение ошибок в течении опыта — как они распределены (равномерно, больше в начале или в конце). Также качество ошибок: пропуски букв, зачеркивание других букв, которые находятся рядом с нужными, либо имеют сходства с ними, пропуски строк.

В некоторых случаях необходимо повторное тестирование, например, для исследования влияния отношения больного к исследованию или к экспериментатору, для выяснения мотивационного компонента.

С.Я.Рубенштейн предлагает отображать результаты графически:

- первая кривая — скорость работы — количество просмотренных букв в равные временные интервалы;
- вторая кривая — количество ошибок за равные интервалы времени;

По графикам легко определить такие параметры внимания как:

- вработываемость;
- устойчивость (неустойчивость);
- утомляемость.

Нормативные показатели.

Считается, что здоровые испытуемые выполняют задание (на стандартном бланке звчеркивают две буквы) за 6-8 минут, при этом допускают менее 15 ошибок (до 15).

Патология.

1. **Отклонения в показателе скорости** любопытны только при чрезмерно быстром темпе и большом количестве ошибок (при маниакальных состояниях), также при снижении темпа (депрессивные состояния). В других случаях изменение скорости выполнения методики могут являться следствием личностных установок больного и не иметь клинического значения.

2. **Точность работы** — этот показатель имеет большое значение, т. к. с его помощью можно определить «отношение к исследованию». Если человек заинтересован в результатах, то способен вдвое улучшить свои результаты (исследования Т.И. Тепеницыной). Это показатель точности, который показывает положение общей психической работоспособности испытуемого, уровень его утомляемости и устойчивости. Например, при очаговых, сосудистых и других поражениях головного мозга могут допускать до 40-60 ошибок, что не получается исправить при повторных исследованиях.

Также важно как распределены ошибки во времени (по ходу задания), увеличивается ли оно к концу по степени усталости или преобладает в начале. При некоторых видах психических расстройств отмечается неравномерное распределение ошибок: при практически безошибочном выполнении вдруг появляется скопление ошибок, затем опять безошибочно и т. д.

Данную методику можно проводить повторно большое количество раз — к ней привыкнуть практически невозможно.

3.3. 2. Методика «таблицы Шульте»

С помощью данной методики **можно измерить следующие компоненты внимания:**

- психомоторный темп;
- скорость ориентировочно-поисковых движений взора;
- объем внимания (к зрительным раздражителям);
- скорость переключения внимания;
- работоспособность;
- вработываемость (упражняемость).

Проведение методики.

Для проведения данной методики необходимо иметь пять стандартных таблиц (размер 50 на 50см либо 60 на 60см), на которых хаотично расположены числа от 1 до 25 (на каждой таблице расположение чисел отличное от других). Также необходимо иметь тетрадь (лист для ведения протокола), секундомер, указку, ручку (карандаш), обследуемому с нарушениями зрения необходимо предоставить очки. Стараться работать в тишине и в хорошо освещенном помещении.

Испытуемому предъявляют таблицу и говорят: «Вот на этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по порядку», затем закрывают таблицу и зачитывают инструкцию: «Вам будет необходимо показывать числа указкой и

называть вслух все числа по порядку от 1 до 25. Постарайтесь делать это как можно быстрее, т. к. работаете на время, и при этом не делать ошибок. Понятно?» После чего экспериментатор вновь показывает таблицу, говорит: «Начинайте», и засекает время.

Экспериментатор в ходе работы отслеживает правильность нахождения цифр и их названия, в случае промедления названия какого-либо числа — экспериментатор отмечает это (можно проставлять точки в протоколе — по точке в секунду). Когда испытуемый называет цифру «25», экспериментатор останавливает секундомер и записывает время, затраченное испытуемым на каждую таблицу. После первой таблицы, испытуемому предлагают аналогичным образом выполнить следующие. Можно также отмечать какое количество цифр больной нашел в каждые 5 секунд, либо за какое время он находит каждые пять чисел и т.д.

Результаты можно отображать графически, что поможет отследить равномерность отыскания чисел на таблицах.

Нормативные показатели.

Время выполнения каждой таблицы в норме лежит в диапазоне от 30 до 50 секунд, наиболее часто 42-40 секунд.

Обработка результатов.

Сопоставление времени, затраченного испытуемым на каждую таблицу с нормативными показателями.

Далее рассчитывают следующие показатели:

- 1) Эффективность работоспособности — среднее время работы на всех таблицах. Складывают результаты каждой таблицы и сумму делят на пять $T_{эф} = (T_1 + T_2 + T_3 + T_4 + T_5)/5$ — нормативный диапазон 30-40 секунд.
- 2) Степень вработываемости — время работы на первой таблице T_1 делим на эффективность работоспособности $T_{эф}$. Сопоставляем с нормой — если меньше 1, то вработываемость «хорошая», если больше 1, то вработываемость снижена.
- 3) Определяем «психическую устойчивость»: для этого время работы на четвертой таблице T_4 делим на эффективность работоспособности $T_{эф}$. Нормой считается до 1, если больше — это говорит о плохой психической устойчивости.
- 4) равномерность темпа выполнения задания — нормой считается относительно равномерное выполнение задания, либо ускорение в последних таблицах. При неравномерности выполнения методики необходимо проанализировать вид неравномерности (это является утомляемостью или снижением вработываемости). При увеличении времени на последних таблицах можно сделать вывод об истощаемости, при увеличении темпа по ходу работы — о снижении вработываемости. При графическом изображении результатов («кривой истощаемости») в случае гиперстенического варианта кривая будет иметь зигзагообразный характер, при гипостеническом типе — в начале более высокий результат, затем постепенное снижение эффективности.

5) Пропуск чисел больным, показывание неправильных чисел (сходных, например вместо «3» показывает «8»), свидетельствуют о нарушении активного внимания. При сочетании с повышенной истощаемостью, количество ошибок нарастает к концу эксперимента.

6) Возможно замена однозначного числа двузначным, в состав которого оно входит. Например, вместо числа 4, испытуемый показывает 4 в числе 24 или 14. Что часто встречается при умственной отсталости в следствии плохого понимания или не понимания инструкции. Что иногда можно поправить объяснив вновь инструкцию. При демонстративном поведении (либо при негативизме) указание на ошибку, либо новое пояснение инструкции вызывает возражение у испытуемого: «Вы же просили меня находить 4, я и нахожу, это что не 4?».

При атеросклерозе время работы на одной таблице увеличивается до 2-3 минут на каждую таблицу (исследования В.А. Васильевой), что связано с затруднением нахождения отдельных цифр (например, все показывает быстро, а 17 найти долго не может). Отмечается неравномерность психомоторного темпа, характерное больным данной нозологии.

Больные эпилепсией находят числа равномерно медленно, в среднем за 2,5 минуты.

3.3.3. Методика «черно-красные таблицы Горбова — Шульте»

Используется для определения переключения и распределения внимания.

Порядок проведения.

Для проведения данной методики необходимо иметь стандартный бланк с изображением сорока девяти ячеек (7на7), в которых в хаотичном порядке находятся черные числа от 1 до 25 и красные от 1 до 24. Также необходим секундомер, ручка (карандаш), очки (при плохом зрении), тишина, хорошее освещение, бланк для фиксации результатов.

Инструкция дается в три этапа:

«Посмотрите, в таблице расположены черные и красные числа, черные от 1 до 25 и красные от 1 до 24. Вам необходимо найти, показать и назвать черные числа по возрастанию от 1 до 25»

«Теперь Вам необходимо найти красные числа в убывающем порядке от 24 до 1»

«Сейчас Вам нужно находить попеременно черные в возрастающем порядке, а красные в убывающем. Например, 1 — черная, 24 — красная. Понятно?»

Фиксируется время отыскания черных чисел, красных чисел и черных и красных попеременно.

Обработка результатов.

Подсчитывается показатель переключения внимания:

T_1 — время нахождения черных чисел;

T_2 — время нахождения красных чисел;

T_3 — время нахождения черных и красных чисел попеременно.

$T_3 - T_1 + T_2 = T_{пер}$ чем меньше данный показатель, тем лучше переключение внимания. Очевидно, что время попеременного отыскания чисел отличается от

суммы времени затраченного на нахождение цифр каждого цвета в отдельности. Это увеличение связано с переключением внимания (удержание в голове названных чисел и переключение на другой ряд), т. е. разница этих времен и есть время, затраченное на переключение с черного ряда на красный и наоборот.

Нормы:

Распределение внимания: черные числа — 49 сек., красные — 51 сек.

Переключение внимания: 90-140 сек.

Ошибки (характер возможных ошибок)

Замена порядка названия цифр - испытуемый при названии цифр в возрастающем порядке, вдруг начинает называть цифры в убывающем порядке, либо, наоборот;

Неправильное название и нахождение цифры, например, вместо 24 обследуемый называет 21;

Ошибка в цвете: например, испытуемый вместо черной называет и показывает такую же цифру красного цвета.

3.3.4. Методика «счет по Крепелину»

Первоначально использовалась для исследования работоспособности. Впервые разработана Э.Крепелиным в 1895г.

Позволяет измерять следующие характеристики:

- вработываемость;
- утомляемость (истощаемость);
- психомоторный темп;
- устойчивость (колебания) внимания;
- переключаемость внимания.

Р.Шульте дополнил и внес изменения в вариант, предложенный Э.Крепеленом, которым активно пользуются в настоящее время. Для проведения обследования необходимо иметь специальный бланк, на котором изображены по два ряда чисел, секундомер, ручку (карандаш), очки (при слабом зрении), тишина и хорошее освещение.

Далее дается инструкция, существует два варианта проведения данной методики.

Вариант 1: выполнять сложение чисел в столбцах, при этом либо испытуемый по команде экспериментатора отмечает где он закончил, либо экспериментатор сам отмечает место, где обследуемый остановился через 1 минуту или 30 секунд.

Далее подсчитываются ошибки и количество правильных вариантов ответа в каждом интервале (Блейхер и Крук). Также возможна графическая интерпретация полученных в ходе эксперимента данных, которые помогут оценить истощаемость, вработываемость и колебания внимания.

Второй вариант: обследуемый производит арифметические действия до тех пор, пока экспериментатор не скажет: «Стоп!», тогда он переходит на следующую строку (на 1 строку дается 15 секунд).

В данном варианте также отмечается количество правильно выполненных действий и количество ошибок, допущенных испытуемым. Можно построить

график работоспособности — отмечая количество выполненных операций на каждой строке или количество ошибок.

Н.И.Курочкин дополнил методику, добавив операцию «вычитание», тем самым позволяя измерять переключение внимания с одной арифметической операции на другую (со сложения на вычитание). Одну строчку испытуемый складывает, далее вычитает и т. д.

Обработка результатов.

Строим кривую утомляемости и оцениваем ее наличие (либо отсутствие) и вид (гиперстенический либо гипостенический). При гипостеническом варианте количество пиков отражает количество волевых усилий.

Подсчитываем коэффициент работоспособности по формуле

$$K_{\text{раб}} = S_2 : S_1$$

S_1 - сумма правильных вычислений в первых четырех строках;

S_2 - сумма правильно выполненных вычислений в последних четырех строках;

При $K = 1$ — утомляемость отсутствует;

При $K \ll 1$ — запаздывание вработываемости;

При $K \gg 1$ — истощаемость.

Анализ количества ошибок:

- нарастание ошибок к концу задания — истощаемость;
- при неравномерности ошибок — колебания внимания;
- к концу задания ошибки пропадают — хорошая вработываемость (упражняемость).

Психомоторный темп - норма — 12-15 сложений за 15 секунд.

На результатах методики могут отражаться профессиональные навыки обследуемых, например, люди работающие с числами, счетными операциями (бухгалтера, экономисты и т. д.) могут выполнять пробу отлично, при этом испытывая дефекты внимания, которые можно выявить (например, с корректурной пробой).

3.3.5. Методика «Отсчитывание»

Была разработана Э.Крепеленым. Позволяет измерять:

- возможность совершения счетных операций;
- устойчивость (колебания внимания);
- уровень интеллектуальных процессов (его затруднения) обследуемых.

Порядок проведения:

Испытуемому предлагают отсчитывать (вычитать) одно и то же число от 100 или 200. При этом обязательно учитывать уровень образования, психическое состояние, в зависимости от этого ему предлагают один из вариантов:

- вычитать из 200 по 17;
- вычитать из 200 по 13;
- отнимать от 100 по 7;
- отнимать от 30 по 3 и т. д.

При этом вычитать обследуемый должен про себя, а произносить лишь полученный результат.

Экспериментатор протоколирует все названные испытуемым результаты, нарушения инструкций (к примеру вычисления вслух), эмоциональные реакции и т.д.

Обработка результатов.

1) снижение темпа при переходе через десятку (к примеру 93.....86 при вычитании от 100 по 7) при общем равномерном темпе, могут быть говорить о трудностях умственной деятельности (интеллектуальной недостаточности);

2) замедление темпа к концу задания может являться следствием истощаемости (утомляемости) испытуемого;

3) пропуски десятков (86.....69 вместо 79 при отнимании от 100 по 7) показывают на колебания (неустойчивость), ослабление внимания;

4) Отношение обследуемого к допущенным ошибкам:

В норме свойственно отмечать эмоциональные реакции экспериментатора, надеясь проверить правильно ли названное число. Если экспериментатор переспрашивает сколько он назвал, то обычно поправляются. Либо спрашивают, правильно ли они назвали число.

При снижении критики:

Производя вычитание вопреки правил, и при указании на ошибку, продолжают так же. Например при вычитании от 100 по 7 - 100, 93, 86, 76, 66, 56..., когда испытуемого спрашивают: «Вы по сколько отнимаете?», он отвечает: «по 7» и далее: 56...46...36...26 и т.д.

Методику можно проводить многократно изменяя исходные данные и анализировать динамику состояний испытуемых. Возможно засекают время на выполнение аналогичных проб на отсчитывание.

3.3.6. Методика «Лебединского»

Предназначена для измерения переключения внимания.

Порядок проведения:

Обследуемого просят называть попарно слова, которые называют одушевленные и неодушевленные предметы. Отмечая при этом слова, которые назвал испытуемый и время между названием пар слов.

Пример протокола: корова-жираф 1,5 стол-шкаф 1,7 собака-кот и т.д.

Обработка результатов.

1) данные, подтверждающие инертность психических процессов:

- нарушение чередования;

- слова ограничены определенной сферой понятий (к примеру — неодушевленные — транспорт, или то, что находится вокруг, одушевленные - птицы);

- повторение названных слов.

Модификация данной методики — название синонимов и антонимов.

Используется для определения инертности психических процессов при органических заболеваниях с церебральной патологией при интеллектуально-мнестической сохранности (на первичных этапах заболевания).

Для этого необходимо заранее подготовить список слов, к которым испытуемый будет подбирать пары (слова необходимо подбирать таким

образом, чтобы здоровый испытуемый мог к ним подобрать пару без особых усилий). Например: «Друг — (товарищ, приятель, - враг) печаль — (грусть, тоска — радость, веселье) храбрый — (смелый, неустрашимый — трусливый, боязливый) могучий — (сильный, мощный — слабый, хилый).

3.4 Нарушения внимания при различных заболеваниях

Расстройство внимания у больных с церебральным атеросклерозом или других сосудистых поражениях головного мозга.

При данном виде расстройств характерна астения, которая выявляется в виде повышенной истощаемости психических функций.

На начальных стадиях заболеваний отмечается гиперстенический вариант, т. е. начинают работать в быстром темпе, однако довольно быстро появляется истощаемость, страдает скорость и качество выполнения заданий (увеличение количества ошибок в «корректирующей пробе», времени на «таблицах Шульте» и т. д.). Затем опять показатели улучшаются, но кратковременно и снова спад.

При прогрессировании заболевания отмечается нарушение внимания (и остальных психических процессов) по гипостеническому варианту. Постепенное (с момента начала работы) ухудшение показателей внимания, попытки улучшить показатели — тщетны, что свидетельствует о невозможности компенсации сформировавшегося дефекта.

На начальных этапах заболевания отмечается повышенная отвлекаемость, с развитием болезни появляется инертность.

Нарушение внимания при черепно – мозговых травмах (ЧМТ).

Б.В. Зейгарник отмечает, что посттравматическая астения – центральный признак любой черепно-мозговой травмы. Выделяют два вида последствий ЧМТ: непосредственные и отдаленные. Непосредственные последствия возникают сразу после получения травмы, например: головокружение, нарушение сна, травматическая астения, снижение работоспособности, появление рассеянности, заторможенность реакций и т. д. Данные симптомы могут быть не продолжительными и проходить с течением времени (ненадолго «выводят из строя»), например, травма, полученная в детском возрасте никак не сказывается на особенностях внимания взрослого.

Отдаленные последствия (по статистике они составляют 5% случаев) в большинстве случаев возникают при открытых ЧМТ, при поражении лобных и височных долей головного мозга. Развиваются по прошествии времени, либо с течением времени, отмечаются как у взрослых, так и у детей. Такие больные как правило имеют низкий интеллект (снижение интеллекта), снижение активности (работоспособности, заторможенности и т. д.), снижение критики, расторможенность влечений. Вероятность проявления данных симптомов увеличивается (практически до 100%) при употреблении алкоголя или других ПАВ.

Астения также развивается при тяжелых травмах, которые сопровождаются рекуррентными последствиями (возвращающимися, с тенденцией к повторению, усилению симптоматики). Например, при алкоголизме, наркомании (воздействия, которые напрямую оказывают влияние на головной

мозг) и т. д. Что часто приводит к «травматическому слабоумию», которое отмечается в 5% случаев ЧМТ при разрушении височных и лобных долей головного мозга.

Нарушение внимания при эпилепсии.

При данном заболевании отмечается значительное снижение переключения внимания, что связано с замедлением темпа психических процессов, их инертностью. Например, выполняют «таблицы Шульте» в среднем за 2,5 минуты на каждую таблицу, при норме до 50 секунд, в большинстве случаев выполняют ровно (одинаковое количество времени на каждую таблицу). В методике «Корректирующая проба с переключением» - путаются какую букву зачеркивать, а какую обводить в кружок, либо какие буквы были в первой и во второй половине задания. Также отмечается сужение объема внимания, отсутствие истощаемости при высокой сосредоточенности на эмоционально значимых объектах.

Расстройство внимания при соматических заболеваниях

Данные расстройства в большинстве случаев сопровождаются постоянными или проходящими астеническими синдромами.

- инфекционные заболевания;
- артериальная гипертония;
- эндокринные заболевания.

Если соматическое заболевание влияет на головной мозг – то происходит снижение внимания (устойчивость и концентрация).

Отдельно говорят о больных туберкулезом – у них отмечается повышенная отвлекаемость внимания. Например, методику Корректирующая проба выполняют в очень быстром темпе, однако при этом допускают большое количество ошибок (до пропуска строк) – в патогенетическом плане это связано с тем, что туберкулез влияет на головной мозг, вызывает эйфорическое состояние (схоже с маниакальным синдромом).

Нарушения внимания при расстройствах настроения

Рассмотрим две фазы заболевания (маниакальная и депрессивная)

Маниакальная фаза характеризуется: повышенной отвлекаемостью, легкостью переключения с одного вида деятельности на другой, суетливостью, активностью, возбуждением. Если стадия психотического состояния – диагностика невозможна. Испытуемые при обследовании допускают большое количество ошибок, при высоком темпе, одновременно занимаются несколькими видами деятельности (аналогично больным туберкулезом). Например, в методике «Корректирующая проба» пропуски строк, зачеркивание других букв, «таблицы Шульте» - пропуск, перескакивают через числа, быстро, но не правильно.

Депрессивная фаза характеризуется: запаздывающей вработываемостью, низким темпом. Начинают не очень хорошо, но с течением времени — результат улучшается. Отмечаются различия при классической депрессии и невротической. При классической депрессии в большинстве случаев утром результаты хуже, чем вечером. При невротической депрессии — картина противоположная — утром результаты лучше, нежели вечером.

При исследовании больных с нарушениями настроения патопсихолог оценивает как колебания настроения влияют (не влияют) на протекание психических процессов.

Нарушение внимания при шизофрении

При шизофрении внимание как таковое не нарушается, больным характерно нарушение свойств внимания как следствие эмоционально — волевого снижения, т. е. нарушение мотивации («хочу — делаю, не хочу — не делаю»), а не внимания. При этом присуще нарушение избирательности внимания (соотношения фигуры и фона) — сосредотачивают внимание на чем угодно. Часто при обследовании больных данной нозологической группы отмечается неравномерность выполнения заданий, что не связано со сложностью заданий. Например, «10 слов Лурия» - воспроизводят все слова с третьего предъявления в том же порядке, что и экспериментатор, затем один раз хорошо, второй плохо.

Нарушение внимания при неврозах

При невротических расстройствах функциональные состояния не нарушаются, следовательно и нарушения внимания зависят от эмоционального состояния пациента.

Рассмотрим три типа невротического расстройств:

- тревожные;
- соматоформные;
- диссациативные расстройства.

При тревожных расстройствах отмечается истощаемость психических процессов (внимания) по гиперстеническому или гипостеническому в зависимости от вида расстройства, снижение работоспособности. При этом в отличие от других заболеваний — если больного замотивировать, он выполняет пробы на внимание с отличным результатом. При неврозах навязчивых состояний отмечаются трудности в переключении внимания, что также заметно в их поведении.

Соматоформные расстройства — данные пациенты считают себя соматическими больными. При этом результаты исследования зависят от того какую болезнь они в данный момент изображают. Следовательно, результаты обследования с высокой вероятностью будут различными при разных обследованиях. А само внимание как таковое не нарушено.

При диссоциативном расстройстве также нарушается не само внимание, а изменения (если есть) зависят от личности, которая в данный момент присутствует.

4 Нарушение восприятия

Восприятие — психическое отражение предметов и явлений в целостности, в совокупности их свойств.

Нарушениями восприятия преимущественно занимаются психиатры. При различных психических патологиях происходит искажение процесса отражения в головном мозге, которое влияет в разной мере на все психические процессы.

Расстройства восприятия могут проявляться при трудностях узнавания предметов, не правильном узнавании предметов, ложных чувствах, искажении в восприятии материала и т. д.

В патопсихологии выделяют следующие нарушения восприятия:

- агнозии;
- псевдоагнозии;
- обманы чувств;
- нарушения мотивационной составляющей восприятия.

4.1. Агнозии

Агнозия — расстройство восприятия, при котором нарушается узнавание звуков и предметов. Они являются следствием нарушения коры головного мозга, у человека чувствительность сохранна, при этом нарушено обобщение (синтез) полученных данных. В результате он испытывает трудности в формировании реальности, построении целостных образов. В большинстве случаев агнозии достаточно длительны по продолжительности (могут исчисляться как месяцами, так и годами).

Отмечают:

- **слуховые агнозии** — нарушения фонематического слуха, который обуславливает дифференцировку звуков речи человека (например, амузия — неузнавание музыкальных звуков, ритмию, нарушение интонационной стороны речи и т.д.);
- **зрительные агнозии** — при сохранности зрения испытуемый не может узнать объекты и их рисунки (например, **агнозия цвета:** цвета различает, но не узнает цвета предметов, **агнозия шрифтов:** пишет, но не может прочитать, **пространственная агнозия:** нарушение у обследуемого ориентировки в пространственных признаках изображения, **лицевая агнозия:** не распознавание лиц и т.д.)
- **тактильные агнозии** — нарушение распознавания знакомых предметов на ощупь (астереогноз) либо частей своего тела, расстройство схемы тела (соматоагнозия). Они часто приводят к ослаблению «тактильных образов» предметов.

При органических заболеваниях больные отмечают то один признак предмета, то другой, но при этом затрудняются назвать его, т. е. осуществить синтез.

В патопсихологическом исследовании выявляют нарушения обобщающей функции восприятия. У обследуемых часто присутствует склонность к поэтапному распознаванию предметов и изображений, но при ответах часто сомневаются в достоверности своих выборов. Иногда они могут описать подробно объект, но назвать не могут, или нарисовать не называя.

4.2. Псевдоагнозии

При псевдоагнозиях происходит деструкция восприятия в которой главным образом страдает осмысленность и обобщенность при любом восприятии действительности.

Например, рассматривая картины больные отмечают наиболее яркие или большие объекты не отмечая смысл изображаемого, т. е. восприятие становится

рассредоточенным. Например, рассматривая торчащие уши лошади (отдельно от всей лошади) делают вывод, что это птица. Таким образом второстепенные признаки становятся главными, что является причиной ложного узнавания.

Описание единичных предметов происходит аналогичным образом и является следствием того, на что обратил внимание испытуемый (какую деталь предмета), диффузное восприятие признаков. Например, называет треугольник - «клин трех клиньев».

При демонстрации предметов в перевернутом виде, больные их не узнают. Например, при перевернутом показе кошки, испытуемый говорит: «памятник какой-то», однако перевернув картинку он узнает кошку.

Наиболее часто данные нарушения отмечаются при деменциях.

4.3. Обманы чувств

К данной категории относят:

- иллюзии;
- галлюцинации.

4.4 Иллюзии

Иллюзии (от лат. *illusio* — обман, заблуждение) — ложное, искаженное восприятие, представление реально существующего объекта.

Факторы, которые являются мотиваторами иллюзий:

- сумерки, темнота;
- высокий уровень тревожности;
- нарушения сна (хроническое недосыпание);
- повышенная утомляемость.

Классификация иллюзий по органам чувств:

- **слуховые иллюзии:** восприятие реально произносимой речи, звуков вокруг совершенно в другом контексте, например в виде угроз;
- **зрительные иллюзии:** обманы зрения, ошибки в восприятии действительности органами зрения, несоответствие видимого — реальности. К примеру паредолические иллюзии — больные видят сказки, движения силуэтов на обоях, разукрашенных морозом окнах и т. д. Воспринимают ветку дерева как чудовище;
- **обонятельные иллюзии:** ложное восприятие запаха, например, духи или пища с запахом яда;
- **тактильные иллюзии:** нарушения в определении источника раздражения, например гладкое кажется шершавым, сухое - мокрым, холодное - горячим и т. д.
- **вкусовые иллюзии:** ошибочное восприятие предметов на вкус, искажение вкуса. Например, сладкое кажется — соленым или безвкусным, везде чувствуется вкус яда и т. д.

Физические иллюзии к патологии отношения не имеют!!!!!!
Например, радуга, преломление при нахождении предмета в средах с разными плотностями, миражи и т. д.

4.5 Галлюцинации

Галлюцинации - (лат. *hallucinatio* — бред) — обман восприятия, при котором воспринимаются предметы, которые в настоящее время не

воздействуют на органы чувств субъекта. Они являются признаком многих психических патологий.

Классические виды галлюцинаций:

- **зрительные галлюцинации** — простые (фотопии), искры, дым и т. д. И сложные (видения) — целостные, оформленные образы (люди, голоса) и т.д.
- **слуховые галлюцинации** — простые — акоазмы (греч. akusma – слышимое) — грохот, шорох, звон, выстрелы и т. д., сложные — голоса («приятные голоса» — хвалят, «нейтральные голоса» — говорят о своем, отвлеченном от больного, «неприятные голоса» - ругают, угрожают, «комментирующие голоса» - комментируют любое действие и намерение больного, в большинстве случаев в негативной окраске, «императивные голоса» - приказывают).
- **обонятельные галлюцинации** — чувствуют не существующие запахи (в большинстве случаев — неприятные или угрожающие). К примеру, больной при органическом поражении головного мозга чувствует запах яда из розетки — это соседи его травят.
- **тактильные галлюцинации** — ощущение, что кто-то ползает под или на коже, кто-то прикасается к коже, жжения на коже и т. д.
- **вкусовые галлюцинации** — ощущение, что пища имеет неприятный вкус, от нее остается металлический запах в полости рта и т. д.
- **галлюцинации общего чувства (висцеральные)** — ощущение внутри себя кого-либо или чего-либо. Например, больной рассказывает, что внутри него живет его сосед и сообщает о его перемещениях внутри его тела.

Истинные и ложные (псевдо) галлюцинации.

Критерии В.Х.Кандинского:

Название критерия	Истинные галлюцинации	Псевдогаллюцинации
Проекций	Проецируются в окружающее пространство	Проецируются внутрь больного
Яркости реальности	Яркие и реальные	Не яркие, нереальные (размытые границы, полупрозрачные, если голос — тихий, без тембра, нельзя определить чей он)
Сделанности	Сделанность отсутствует	Присутствует сделанность. За голосом, видеяними стоит кто-то или что-то и их «делают» - внедряют, колдуют и т.д.
Достижимости анализатора	В пределах достижимости анализатора	За пределами анализатора (другая галактика, другой город и т.д.)
Критичности (в настоящее время от данного)	Критика отсутствует	Критика присутствует

критерия
отказались)

4.6 Нарушение мотивационного компонента восприятия

Восприятие есть функция многих переменных, она включает и личностные особенные, которые влияют на его деятельность. Например, какие мотивы доминируют в личности испытуемого. При исследовании больных различных нозологических групп, выяснилось, что существуют разные мотивы как в перцептивной деятельности здоровых и больных, так и различаются в зависимости от заболевания. Это связано с нарушением воли, подконтрольности (не возможности сравнения результатов своей деятельности с предполагаемым результатом), с спонтанностью и многими другими факторами.

А.Н. Леонтьев отмечал ведущую роль в восприятии — пристрастность, определяется мотивами человека. Что можно отследить насколько у испытуемого сформирован мотив экспертизы при патопсихологическом исследовании. Например, у больных шизофренией страдает мотив смыслообразования, в следствии чего не сформирован мотив экспертизы (деятельности). Они формально выполняют задания, описывают картины односложно вне зависимости от предлагаемой им инструкции. Больные эпилепсией, наоборот, у них отмечается преувеличение смысловых образований.

4.7 Нарушения восприятия при различных психических заболеваниях

Нарушение восприятия при шизофрении.

У пациентов, больных шизофренией отмечают снижение мотивационного компонента восприятия, что проявляется в не заинтересованности к заданиям, безразличие к допускаемым ошибкам, к похвале или критике экспериметатора. Отклонения, трансформация индивидуального значения отдельных частей реальности являются следствием нереальности их восприятия, сказочности, фантастичности, мифичности, ограниченности. Что можно обнаружить с помощью проективных методик, например, ТАТ, «пятна Роршаха» и т.д.

Также у больных проявляется расщепление (диссоциация) восприятия — они отмечают частичные, отрывочные, не полные образы. Например, в метолике «чернильные пятна Роршаха»: частичные образы - «пальто без рукавов», «заяц без головы и передней лапы», «человеческое колено»; расщепленные образы - «органы человека, размазанные по асфальту», «расколоченный енот»; абстрактные, символические образы: «печаль», «жизнь и смерть», «зима в наказание» и т. д. Данные особенности восприятия коррелируют с нарушениями мышления и личности характерными для данных больных.

Нарушение восприятия при аффективно — эндогенных расстройствах.

Рассмотрим две фазы: маниакальную и депрессивную. При депрессивной фазе отмечается значительное снижение объема восприятия, «узость

восприятия» (туннельное видение). Восприятие имеет внутреннюю направленность, концентрация на «идеи самообвинения».

При маниакальном состоянии отмечается хаотичностью, случайностью — что привлекло внимание, увеличением объема — отмечают все, что происходит вокруг, уменьшением дифференцированности восприятия — оно становится поверхностным, не фиксируется на деталях, является расплывчатым (размазанным «вижу все и ничего»).

Нарушение восприятия при умственной отсталости.

При умственной отсталости отмечается сужение объема восприятия и слабая дифференцированность, испытывают трудности при выделении деталей (что может проявляться в нет различии похожих объектов, цветов, при выраженности дефекта). Из — за расплывчатости восприятия сам процесс растягивается во времени. Также выделяют слабую активность восприятия, его поверхностность. Не могут передать смысл при описании «Сюжетных картин», перечисляют увиденное на изображении без смысловых связей. Общая недоразвитость процесса восприятия.

Нарушение восприятия при эпилепсии.

При эпилепсии отмечают чрезмерную детализацию при восприятии, при этом испытывает трудности в описании целого, уходит в мельчайшие подробности, детали, трудности в выделении главного — «все главное». При просьбе законспектировать статью — переписывает все и еще дополнит из других источников. В связи с вязкостью, детализацией восприятия в методике «чернильные пятна Роршаха» присутствует малое количество стандартных ответов и целостных восприятий пятен, бедность и стереотипность ответов. Описывают мельчайшие детали, при этом тратят много времени на каждую картинку, важно «все описать, не упустить ничего». Например, везде видит дерево, большое, маленькое, «такое у мамы в саду растет, но мне оно не нравится». В восприятии выражен эгоцентризм.

Нарушение восприятия при личностных расстройствах и неврозах.

При данных психических расстройствах восприятие, не страдает или его нарушения не связаны со спецификой заболевания.

5. Нарушения памяти

"Память – процессы организации и сохранения прошлого опыта, делающие возможным его повторное использование в деятельности или возвращение в сферу сознания".

При анализе памяти в патопсихологии рассматривают:

структуру мнестической деятельности — непосредственное, опосредованное запоминание;

динамика мнестической деятельности;

мотивационная составляющая памяти.

На основании этого выделяют следующие виды нарушений памяти:

- нарушение непосредственной памяти;
- нарушение опосредованной памяти;

- нарушения динамики мнестической деятельности;
- нарушение мотивационного компонента памяти.

5.1 Нарушение непосредственной памяти

Непосредственная память — запоминание без опоры на любые виды дополнительных приемов (без содействия мышления).

Корсаковский синдром — нарушение памяти на настоящие, текущие (данные) события. При данном виде расстройства относительно неповрежденной остается память на отдаленное прошлое (помнят то, что было много лет назад). Например, помнит школьные обиды, даты рождения, поступления в ВУЗ и т.д. и не помнит завтракал ли он сейчас, видел кого-то или нет. Также часто отмечается при корсаковском синдроме конфабуляции на текущие события (больным свойственно заполнять образовавшиеся пробелы в памяти фантазиями, вымыслами и т.д.), и дезориентировка во времени, пространстве (местонахождении).

Название заболевания носит фамилию С.С.Корсакова, психиатра, который открыл данное расстройство памяти при сильных алкогольных интоксикациях.

Дальнейшее изучение этого синдрома выявило, что он возникает также при органических поражениях головного мозга, нехватке тиамина в организме и других рассеянных (диффузных) нарушениях (исследования Ю. Грюнталя, Б. Милнера, И. Делей, К. Гампфа, В.М.Бехтерева).

Изучался вопрос о том какой из процессов памяти нарушается при Корсаковском синдроме это не способность удерживать материал или воспроизводить его. Э. Клапаред (1911г) здоровался с больными и при этом колот их иголкой (прятал ее в руке, так, что внешне иголки не было видно) в течении нескольких дней, в последствии эти больные не узнавали врача, но перестали протягивать руку при встрече, сам факт укола тоже не могли вспомнить. А.Н.Леонтьев (1935г.) ставил эксперименты по выработыванию условного рефлекса на различные раздражители, рефлексы проявлялись, а сам процесс они не помнили.

5.2 Прогрессирующая амнезия

Прогрессирующая амнезия [от лат. pro - вперед и gressus — движение] — нарушения памяти, которые распространяются как на текущие события, так и на прошедшие события. Распад памяти происходит от настоящего к прошлому: первоначально ухудшается способность в воспоминании текущих событий, затем последние годы жизни и т.д. Данные расстройства наиболее часто встречаются в преклонном возрасте при деструкции коры головного мозга. Особенностью заболевания является то, что события дальнего прошлого актуализируются и больные живут ими в настоящем (в тех действиях, которые были в прошлом). Эта дезориентировка происходит как во времени, пространстве, так и в близких людях (ложное узнавание окружающих), родственниках, собственной личности. Например, считают себя участниками военных действий, принимают внуков за своих маленьких детей и т.д. Поведение больных соответствует их представлениям о реальности. Развитие заболевания происходит постепенно. Бывают «причудливые формы»

проявления данного расстройства, например, думают, что живут в средневековье и т. д.

Также отмечается низкая прочность запоминания. При проведении методики «10 слов» при отсроченном воспроизведении в большинстве случаев не вспоминают ни слова, а любой внешний раздражитель способствует забыванию информации при воспроизведении, например, при воспроизведении рассказов.

5.3 Нарушение опосредованного запоминания

Опосредованная память — память при содействии мышления, основана на сопоставлении новой информации с прошлым опытом (содержит логическую и ассоциативную память).

В норме опосредование облегчает запоминание, способствует ему. Однако при различных психических патологиях напротив «мешает» процессу запоминания. Соотнесение словесного понятия с каким либо конкретным возможно в тех случаях, когда испытуемый способен абстрагироваться от множества конкретных значений, содержащихся в непосредственном понятии обозначенном словом, т. е. операция опосредования доступна при достаточном уровне абстрагирования и обобщения. И дает возможность сделать вывод о уровне обобщенности и содержании смысловых связей обследуемых (о мыслительных операциях испытуемого).

В большинстве случаев здоровые обследуемые справляются с заданием, имея лишь не полное среднее образование, а при возникновении трудностей, им достаточно показать на примерах и они продолжают правильно выполнять задание.

Процесс установления условной связи при опосредованном запоминании труден, т. к. содержит условность, которая требует достаточной произвольности мыслительных операций и может стать широкой и беспредметной настолько, что перестанет отражать истинное содержание слова. Людям с психической патологией трудно уловить главное в называемом слове и передать «это главное» с помощью рисунка или картины.

При различных психических заболеваниях больные часто не улавливают основной смысл предлагаемых слов, в следствии чего смысл изображений расходится со смыслом слова и влечет неправильное воспроизведение. По изображениям можно отметить какие свойства предметов обследуемый отмечает.

Рассмотрим схему А.Н.Леонтьева для опосредования:

А–Х–А (при норме), где

«А» — слово которое дал экспериментатор для воспроизведения;

«Х» — связь, которую установил испытуемый при опосредовании слова «А»;

Приведем примеры.

При эпилепсии причинами трудностей в опосредовании являются инертность, ригидность психических процессов, чрезмерная обстоятельность, детализация в рисунках «отобразить все мелочи». Например, на «тяжелую работу» рисует ботинок с лопатой, при этом прорисовывает всю шнуровку на

ботинках и т. д.

При эпилепсии схема А.Н.Леонтьева принимает вид: А-Х-Х, т. е. ошибкой при воспроизведении слов и словосочетаний было то, что они воспроизводили само «связывающее звено» вместо исходного слова.

Например, на «веселый праздник» рисует стол, сервированный на двенадцать персон с прорисовкой всех столовых предметов и блюд и воспроизводит «застолье».

Также при шизофрении опосредование препятствует запоминанию т. к. больные устанавливают чрезмерно формальные (слабые, чрезмерно обобщенные) связи, по форме, количеству слов, созвучию, цвету и т.д. (например, к словосочетанию «веселый праздник» ставит две черточки, объясняя — два слова, две черты; «Тяжелая работа — крест, объясняя — это две буквы Т совмещенные и т.д.)

5.4 Нарушение динамики мнестической деятельности

Нарушение динамики мнестической деятельности проявляется в том, что в один отрезок времени испытуемые хорошо запоминают предоставляемую информацию, а в последующий промежуток времени очень затруднено воспроизведение материала (методика «10 слов», воспроизведение цифр субтест Векслера и др.) Например, кривая воспроизведения слов в методике «10 слов» имеет вид: 4-5-6-2-3-7-8-4-3-7.

Таким образом мнестическая деятельность не стабильна, прерывна. Обычно нарушение динамического компонента памяти не изолированно, а сочетается с другими психическими процессами и называется «колебания умственной работоспособности» (истощаемости). К работоспособности относят набор характеристик, которые показывают отношение испытуемого к самому себе, окружающему миру, способы управления поведением, целеполагание, усилия прилагаемые при истощаемости.

Данные нарушения характерны при сосудистых заболеваниях, органических поражениях головного мозга, после перенесенных инфекционных заболеваниях. Помогает справиться с нестабильностью мнестической деятельности — процесс опосредования, использование различных мнемотехник. Встречаются случаи чрезмерного опосредования, тогда испытуемые из-за страха не воспроизвести (воспроизвести не правильно) рисуют рисунки очень детально и воспроизведение получается менее дифференцированным.

Также данный вид нарушения памяти встречается при аффективно-эмоциональной лабильности. Что может проявляться в забывчивости, ошибках усвоения и воспроизведения информации, т. к. эмоции влияют на мнестические процессы. При сильных аффективных состояниях снижается дифференцированность восприятия и удержание информации.

5.5 Нарушение мотивационного компонента памяти

В мнестической деятельности также важной является мотивационная составляющая, при нарушении которой у больных изменяется отношение к

окружающей действительности, к миру. Наиболее характерны данные изменения для больных шизофренией. В отличие от здоровых людей, которые запоминают основные особенности объектов (их суть), например, что кастрюля — это посуда, а уборщица — человек, они используют слабые (латентные) признаки, например и кастрюля и уборщица — имеют красный цвет (уборщица одета в красное). В следствии чего происходит диссоциация (распад) психической деятельности.

Б.В.Зейгарник исследовала мотивационный аспект памяти.

Исследование проводилось на четырех группах:

- здоровые;
- больные шизофренией;
- больные эпилепсией;
- больные с астеническим синдромом.

Исследовали воспроизведение количества завершенных действий к незавершенным. Оказалось что:

- здоровые испытуемые помнили больше незавершенных действий, чем завершенных $VH / VZ = 1.9$ (на девяносто процентов запомнили лучше незавершенные действия);
- больные эпилепсией также помнили лучше незавершенные действия $VH / VZ = 1.8$;
- больные шизофренией помнили как завершенные, так и не завершенные $VH / VZ = 1.1$ (отсутствует эффект лучшего воспроизведения незавершенных действий);
- больные астеническим синдромом также помнили как те, так и другие достаточно плохо $VH / VZ = 1.2$ (астеника замотивировать практически не возможно).

Следовательно, для больных шизофренией и астеников ситуация «незавершенности» не вызывает недовольства, не «обременяет чувством долга», а эксперимент как возможность проверить свои возможности.

не получали эффекта лучшего воспроизведения незавершенных действий.

5.6 Методики для диагностики памяти

Непосредственное запоминание.

5.6.1 «10 слов» А.Р. Лурия

Данная методика разработана советским психологом, основателем нейропсихологии А.Р.Лурия.

Применяется для диагностики:

- состояния памяти испытуемых с различными заболеваниями;
- процесс запоминания, сохранения и воспроизведения информации;
- кратковременной памяти;
- для измерения произвольного внимания (объем внимания);
- истощаемости;
- динамики мнестической деятельности.

Проведение методики.

Для проведения методики необходим бланк с набором простых

односложных слов (желательно стандартных). Слова обязательно должны быть простыми и не иметь друг с другом смысловых связей. При повторном проведении методики для достоверности результатов желательно использовать другой набор слов.

Инструкция предполагает два этапа (С.Я.Рубинштейн считает необходимым точность в произнесении инструкции).

Первый этап инструкции:

«Сейчас я прочту 10 слов. Слушать надо внимательно. Когда окончу читать, сразу же повторите столько, сколько запомните. Повторять можно в любом порядке, порядок роли не играет. Понятно?»

После чего экспериментатор зачитывает четко и медленно слова, при воспроизведении обследуемым слов, он отмечает в бланке названные слова.

Второй этап инструкции:

«Сейчас я снова прочту вам те же самые слова, и вы опять должны повторить их — и те, которые вы уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили, — все вместе, в любом порядке».

Разные авторы считают необходимым разное количество проведения повторов: В.М. Блейхер и И.В. Крук считают что необходимо повторять слова десять раз, С.Я.Рубинштейн, что достаточно и пяти. Исходить надо из каждого конкретного случая и на месте определять необходимое количество раз.

Экспериментатор отмечает как количество названных слов, так и правильность их воспроизведения. Желательно отмечать порядок воспроизводимых слов (отмечать цифрами - «1» - первое воспроизведенное и т. д.). Также обязательно фиксировать лишние слова при воспроизведении, и воспроизведение одного и того же слова по нескольку раз в одном повторении.

Разговоры во время проведения методики не допускаются, также необходима тишина.

По прошествии 50-60 минут (С.Я.Рубинштейн), 20-30 минут (В.М.Блейхер, И.В.Крук), если у больного присутствуют сильные нарушения памяти, по отсроченное воспроизведение рекомендуется проводить через 10-15 минут необходимо снова попросить испытуемого воспроизвести слова, только уже без зачитывания. Также рекомендуют в данном отрезке времени не проводить методик на запоминание информации.

Нормативные диапазоны:

С.Я.Рубинштейн приводит следующие нормы:

здоровый испытуемый к третьему воспроизведению должен воспроизвести 9-10 слов;

В.М.Блейхер, И.В.Крук:

здоровые испытуемые после третьего, четвертого воспроизведения должны воспроизводить все 10 слов, для людей с патологией памяти воспроизведение 10 слов возможно только с 8-10 повторения.

Отсроченное воспроизведение от 7 слов.

Обработка результатов:

Построение кривой запоминания:

- по горизонтальной оси отмечают номера повторения слов,

- по вертикальной оси — количество правильно названных слов.

Далее по виду кривой описывают особенности непосредственного запоминания испытуемых. Анализируем:

- присутствует ли ослабление активного внимания, истощаемость (если присутствует, определяем вид истощаемости);

- колебания внимания (работоспособности) — гиперстенический вариант, неустойчивость памяти и активного внимания;

- обследуемые воспроизводят одни и те же слова (одно и то же количество), кривая в форме «плато», т. е. количество называемых слов «застревает», не увеличивается, что может свидетельствовать об эмоциональной вялости, отсутствии мотивации запоминания;

- воспроизведение малого количества слов без нарастания («плато» расположено довольно низко), отмечается часто при паралитических синдромах (вялый паралич, бульбарные порезы и др.);

- первое воспроизведение — объем кратковременной памяти и объем внимания (норма 5 ± 2);

- данная методика позволяет определять сужение объема внимания: при повторениях слов обследуемый называя новые слова, не производит слова которые произносил в предыдущие повторы, но при этом общее количество слов практически не отличается от повтора к повтору;

- Называние «лишних» слов встречается в следующих случаях:

1) при органических заболеваниях головного мозга;

2) при шизофрении во время интенсивного приема лекарств;

3) у детей при расторможенности.

Также А.Р.Лурия предлагает соотносить результаты методики с «уровнем притязаний» испытуемого. До проведения эксперимента спрашивать испытуемого какое количество слов он сможет запомнить, после чего сравнить данные. Например, при органических поражениях головного мозга при нарушении критичности данные значительно расходятся.

5.6.2 Методики для исследования опосредованного запоминания

Была разработана А.Р.Лурия, для исследования опосредованного запоминания.

Позволяет исследовать:

- особенности протекания опосредованного запоминания и его эффективность;

- характер мыслительной деятельности;

- уровень развития понятийного мышления.

Порядок проведения:

Для проведения методики необходимо иметь стандартный набор (несколько наборов, для случая уже знания испытуемых «правильности выполнения»). Несколько листов бумаги, на случай, если одного листа будет недостаточно, простой карандаш твердо-мягкий, чтобы посмотреть нажим.

Инструкция:

«Сейчас мы проверим Вашу память другим способом. Я буду Вам называть слова и словосочетания, которые нужно запомнить. С целью облегчения

запоминания на каждое названное слово Вам необходимо нарисовать рисунок, все равно какой, но так, чтобы он помог Вам вспомнить данное слово. Качество рисунка не имеет никакого значения, важно только то, чтобы он помог Вам при запоминании и воспроизведении слов. Нельзя писать ни слов, ни букв»

Далее экспериментатор отчетливо читает слова, наблюдает за рисованием испытуемого, по окончании (можно в течении рисования) рисования он задает вопрос: «Что изображено? Как это поможет Вам вспомнить исходное слово?». Все сказанное испытуемым экспериментатор заносит в протокол, также он отмечает все фразы испытуемого во время проведения обследования, его эмоциональные реакции.

По прошествии 40-60 минут экспериментатор показывает испытуемому рисунки в хаотичном порядке, а тот называет слова.

Порядок обработки и интерпретации данных методики.

1) Проведение качественного анализа каждого рисунка с формализованной оценкой;

2) Подсчет количества и анализ полученных результатов (преобладание того или иного типа образов);

– 3) Анализ графических особенностей рисунка, «особых феноменов» и т.д.

– 4) Интегрирование полученных сведений в заключение.

Рассмотрим подробнее каждый этап:

1. Качественный анализ рисунка.

Он включает:

- **фактор абстрактности: конкретные образы** (обозначаются К) — соотнесены с какой — либо конкретной ситуацией, фотографическое изображение (например, человек сидящий с пустым чемоданом от денег «обман», или поезд уезжающий вдаль - «разлука»). В преобладающем большинстве содержат человеческий образ, все индивидуально значимые образы — конкретные.

К конкретным также могут относиться конкретные конфабуляторные (обозначаются Кф), не имеют существенных связей с данным словом, например, на слово «сомнение» изображает «шкаф», дает объяснение: «Я сомневаюсь из какого материала он сделан из дуба или из березы».

Атрибутивные образы (обозначаются Ат) — соотнесены с какой-либо атрибутикой. Например, на «болезнь» рисуют крест, «веселый праздник» - флаг, шарик и т. д.

Метафорические образы (обозначаются М) - рисунки, в которых ассоциация выражается абстрактно через предмет (эта связь имеет метафоричный характер). Например, на слово «счастье» рисует перечеркнутый циферблат и объясняет: «счастливые часов не наблюдают», на «богатство» рисует деревья - «лес наше богатство» и т.д.

Геометрические образы (обозначаются Г) — абстрактное содержание с изображено с помощью символов, которые могут быть как общепринятыми, так и индивидуальными. Например, «разлука» - две стрелки в противоположных направлениях. Конфабуляторный геометрический — на понятие «сомнение» рисует квадрат, половина которого заштрихована, объясняя: «я не могу понять

какого он цвета....»).

- **фактор индивидуальной значимости (обозначается Инд.).** Присутствие образов из личного опыта испытуемого. Персонифицированные индивидуально значимые (обозначается Инд. Пс.) - такие рисунки, в которых присутствует сам обследуемый. Индивидуально — значимые образы — стимулы (обозначаются Инд. С.) - рисунки, в которых не присутствует человек, субъективно значимое воспоминание какого — то события, образа, объекта, например, на «вкусный ужин» рисует плов — «я очень люблю есть плов».

Формальные образы — образ без какой -либо значимости для испытуемого.

- **фактор частоты выбора.** Этот критерий отражает среднестатистические данные, какие образы наиболее часто встречаются в рисунках здоровых людей.

Выделили три категории:

Стандартные образы (обозначаются - Ст) — образы которые встречаются чаще, чем в 20 из 100 протоколов. Все стандартные образы есть в таблицах.

Оригинальные образы (обозначаются Ориг) — встречаются реже, чем в 2-х из 100 протоколов.

Повторяющиеся образы находятся между «стандартными» и «оригинальными». Если рисунок не «стандартный» (его нет в таблице), но и не «оригинальный», то не ставим никакого обозначения, относим его к «повторяющимся». Буквенного обозначения не имеют.

- **фактор адекватности.** Под «адекватностью» подразумевается качественная оценка экспериментатором соответствия содержания изображения и приведенного слова, достаточно выраженную абстрактность, при лаконичности объяснений и изображений. Адекватные изображения обозначаются «+», неадекватные «-».

- **формализованная оценка образов.**

Далее по всем вышеперечисленным показателям делают общую оценку. Например, на слово «любовь» рисует целующихся влюбленных, образ конкретный (К), не имеющий индивидуальной значимости (Ф), стандартный (Ст), адекватный «+». На понятие «болезнь» рисует дом — «когда болеют — сидят дома»— (Ат.Ф. Ориг.-). При первоначальной оценке лучше использовать вспомогательные таблицы.

2. Подсчет количественных показателей и соотношений.

Записываем структуру «пиктограммы» по фактору абстрактности:

ГС : М : Ат : К. Данное соотношение позволяет анализировать как особенности мышления обследуемого, так и мотивационную составляющую. Суть нормы составляют конкретные и атрибутивные образы. О увеличении мотивации у обследуемых с высоким интеллектом свидетельствует рост конкретных, фотографических изображений (К-Фт).

Далее подсчитываем количество индивидуально значимых изображений и анализируем их содержание, являются они персонифицированные (свидетельствуют о преобладании у испытуемого конкретного мышления).

Либо доминируют личные, индивидуальные образы-стимулы, которые свидетельствуют о эгоцентризме обследуемого и его демонстративности.

Смотрим количество адекватных изображений (показывают реалистичность), затем подсчитываем количество стандартных изображений, что свидетельствует о степени выраженности конформизма испытуемого. При шизофрении отмечается снижение адекватности, практически до нуля.

Затем отмечаем как часто встречается изображение человека в рисунках, присутствуют ли стереотипии в изображениях, они показывают склонность к ригидности мышления, однотипности в решении задач. Отметить присутствует ли атипичная стереотипия, присутствие каких — либо повторяющихся объектов в изображениях, например книга - «веселый праздник» - «люблю когда дарят книги», «разрука» - «книга» - «разлука с книгой для меня трудно». Когда повторяется один и тот же предмет несколько раз — это персеверация, что в большинстве случаев говорит о патологии.

3. Наличие особых феноменов.

«Особые феномены» - особенности в эмоциональных и в поведенческих реакциях испытуемого, при выполнении данной методики, неформализованные данные для анализа, специфичные.

К ним относят:

1. Шоковые реакции обследуемого.

При шоковых реакциях отмечается:

- увеличении латентного времени,
- смена типа изображений,
- особые выраженности рисунка, либо обратная реакция,
- отказные реакции -локальные — отказывается изображать какое-то понятие, при остальной нормальной работе, парадоксальные отказы -на трудные понятия рисует, на простые — отказывается (что указывает на трудности в этой сфере).

2. Неформализуемые изображения.

К ним относят:

- изображения по-созвучию, например, на понятие «дружба» рисует плавленый сырок «дружба»;
- образы — ребусы, в них испытуемые составляют изображение из предметов, обозначающих первые буквы исходного понятия;
- многочисленные выборы — обследуемые рисуют несколько предметов, которые не связаны общим смыслом (сами по себе), значим в том случае, когда испытуемый теряет логические связи при объяснении;
- выхолощенные символы;
- недифференцируемые изображения — не понятно что изображено в рисунке обследуемого и он сам объяснить не может.

3. Использование испытуемыми слов и букв в рисунках.

Это действие запрещается инструкцией методики, следовательно ее нарушение может быть в следующих случаях:

- неполноте внимания;
- негативных тенденциях и установках;

- при шизофрении прячут буквы в рисунках и ими не пользуются для запоминания.

4. Самопроизвольные высказывания испытуемых.

В большинстве случаев свидетельствует о тревожности испытуемых, может являться следствием трудностей, связанных с предъявляемым понятием, самокритикой. Либо интеллектуальной недостаточностью. При эпилептоидном типе личности — это будут детальные замечания с морально — этическими наклонностями и выраженном эгоцентризмом. Могут критиковать экспериментатора, указывать на не правильность в методике, на их взгляд.

5. Персеверации, стереотипии и т. д.

Сюда же относят «феномен единой системы», обследуемый либо копирует предыдущий рисунок и добавляет что-то в него, либо все изображает на одном рисунке, при новом понятии пририсовывая дополнительный элемент.

6. Фрагментаризация.

Феномен при котором обследуемый рисует только часть изображения, остальное рассказывает экспериментатору, ссылаясь на невозможность его изобразить.

7. Дублирование. Когда обследуемый изображает на одно слово несколько одинаковых изображений.

8. Феномен замены образа.

При котором испытуемый нарисовав что-либо, зачеркивает и рисует вновь и т. д., что может являться следствием повышенной тревожности, либо трудностях в проектировании.

9. Возврат.

Обследуемый при предоставлении следующего слова для опосредования возвращается к предыдущему и дорисовывает, исправляет его. Либо при рисовании следующего изображения, возвращается к предыдущим.

10. Добавление цвета.

Рисую простым карандашом испытуемый проговаривает цвета изображаемых предметов, их качества.

11. Нумерация изображений.

Проставление испытуемым номеров на всех рисунках или выборочно.

12. Пунктуация рисунков.

Разделение рисунков знаками препинания.

4. Графический анализ рисунков

При графическом анализе обращают внимание:

- размеры рисунков (черезмерно большие «макрография» либо черезмерно маленькие «микрография»);
- насколько устойчив размер рисунков (колебания размеров - «осцилляция», увеличение, расширение, сжатие всех или нескольких изображений);
- каким образом расположены на листе (сверху — вниз, снизу -вверх, по порядку, порядок черезмерно выделяется испытуемым, хаотично расположены и т. д.
- нажим линии (имеет различную степень выраженности от еле заметного до слишком сильного до разрыва листа), если в одном исследовании такие

колебания нажима, это может свидетельствовать о импульсивности обследуемого, значимости какой-то предложенной сферы.

- чрезмерная упорядоченность изображений свидетельствует о умении планировать и контролировать себя.

- нарушение построения рисунка (композиции) может свидетельствовать о выраженных свойствах характера испытуемого либо о действительном психотическом состоянии обследуемого.

- при органических заболеваниях отмечают наклон изображений превышающий 5 градусов от вертикали, обрывчатость линии («дрожащая, клочкообразная» линия).

5. Особенности пиктограммы психически здоровых испытуемых.

- понимают инструкцию в большинстве случаев с первого предъявления, выполняют все требования методики;

- оценка уровня интеллекта испытуемых заключается в выборе изображения при опосредовании понятия, присутствие и выраженность стереотипий, эффективность опосредования, присутствие большого числа конкретных образов. При высоком интеллекте и высокой мотивации присутствует большое количество метафоричных и геометрических образов, их оригинальности, высокая эффективность опосредованного запоминания.

При преобладании у обследуемого индивидуально-значимых изображений можно отметить следующие качества: эгоцентризм, трудности в планировании и прогнозировании, лабильность характера. Такие испытуемые часто проецируют в рисунках свои потребности и асоциальные манеры. В воспроизведении отмечается снижение эффективности, в большинстве случаев воспроизводят близкие по смыслу слова.

При навязчивостях обследуемые в следствии неуверенности в себе используют преимущественно стандартные образы (избегают всего оригинального), что обеспечивает хорошее воспроизведение.

У испытуемых с демонстративными чертами характера отмечаются «особые феномены» с целью привлечения внимания своей вычурностью.

При шоковых реакциях можно сделать выводы об эмоциональной сфере испытуемых, значимости некоторых понятий в жизни испытуемых, уровне тревожности. Что может быть дополнено высказываниями со стороны обследуемых. При намеренном использовании букв в рисунках можно сделать выводы о негативной тенденции со стороны испытуемого. Размеры, стабильность, упорядоченность — показывают особенности характера испытуемого.

Основные моменты в рисунках здоровых испытуемых:

- способны опосредовать большинство предлагаемых понятий;

- доминируют атрибутивные и конкретные изображения без индивидуальной значимости. Присутствие метафорических и геометрических образов не обязательно.

- большинство изображений — адекватны, кроме того присутствуют несколько стандартных изображений.

- высокая эффективность при воспроизведении понятий;
- «особые феномены» встречаются достаточно редко, преимущественно в виде отказов, а высказывания обследуемых эпизодичны.
- стереотипия присутствует в виде человеческого облика, не характерны прямые персеверации.
- рисунки упорядочены, расположены на одном листе, нажим достаточно однороден, размеры одинаковые.

6. Особенности «пиктограммы» больных с органическими поражениями головного мозга.

Наиболее сильно в проявляются «пиктограмме» при данном заболевании нарушения интеллекта, они проявляются в:

- трудности (до не понимания) в осознании смысла задания;
- затруднения при опосредовании сложных абстрактных понятий (например, справедливость, развитие и др.);
- в рисунках дефицит геометрических, метафорических, атрибутивных изображений, адекватных оригинальных образов, преобладание примитивных образов;
- в конкретных изображениях доминируют фотографические (с обрывчатостью, эпизодичностью);
- сильно проявляется стереотипия и прямые персеверации (повтор образов на различные понятия);
- в силу не понимания исходных понятий (слабого понимания) изображение «недифференцируемых» и «выхолощенных» образов;
- обрывчатость, разрывность линий, «дрожащая линия», наклон более 5 градусов от вертикали, повтор линий.

У больных с органическими нарушениями характерны следующие проявления тревожно-депрессивного настроения на исследование:

- сильные «шоковые» реакции при предъявлении эмоционально значимых слов для испытуемого, которые обостряют интеллектуальные нарушения.
- характерны самопроизвольные высказывания обследуемых, которые в большинстве случаев, обращены на себя (усталость, слабость, немощность и т.д.)
- часто ищут знаки, оценки со стороны экспериментатора, его комментарием их деятельности;
- присутствие феноменов «возврата» и «замены».

7. Особенности «пиктограммы» при неврозах.

Отмечаются следующие особенности в выполнении «пиктограммы»:

- малое количество (до полного отсутствия) геометрических изображений;
- нечеткость и шаблонность в метафорических образах, например, «лес», «море», «гроза» и т.д.
- уменьшение количества атрибутивных изображений;
- увеличение количества индивидуально-значимых образов, большую часть из которых занимают образы-стимулы;
- выражение внутреннего конфликта в изображениях;

- эффективность воспроизведения и адекватность опосредования соответствуют нижней границе нормы;

- при эмоционально значимых понятиях возможны «шоковые реакции», которые не скрываются испытуемыми, а мотивируют и обуславливают отказ от выполнения.

- присутствуют самопроизвольные высказывания испытуемых;

- хаотичное расположение рисунков (при истерии и неврастении), при обсессиях — рисунки чрезмерно упорядочены.

8. Особенности «пиктограммы» при шизофрении (параноидной форме).

Выделяют три группы больных параноидной формой шизофрении, у которых особенности выполнения «пиктограммы» довольно сильно различаются.

Первая — больные в остром состоянии (психоз):

- не полное понимание инструкции;

- сильное уменьшение количества атрибутивных изображений;

- уменьшение количества стандартных изображений (до полного отсутствия);

- присутствие атипической стереотипии, прямых персевераций и феномена «единой системы»;

- уменьшение количества адекватных изображений;

- малая эффективность запоминания, затрудняется в воспроизведении понятий, к которым соответствуют адекватные изображения;

- причудливость в использовании букв;

- произвольное расположение изображений, также размет и т.д.

- не соблюдение пропорций в изображениях;

Вторая группа — больные с депрессивно — параноидным синдромом:

- увеличение времени для опосредования;

- уменьшение степени «интеллектуальных» характеристик методики;

- достаточно много стандартных и адекватных изображений;

- средняя эффективность запоминания;

- присутствие отказных реакций на эмоционально значимые стимулы;

- сильно проявляется типическая стереотипия;

- «микрография», чрезмерная упорядоченность изображений, также имеет место «краевого расположения изображений»

- слабый нажим при рисовании, не полностью, эпизодичность изображений, чрезмерная детализация или недостаточная детализация.

Третья группа — больные шизофренией в состоянии ремиссии (их сложно отличить от «пиктограммы» здоровых и больных неврозами, при этом выделили следующие особенности:

- уменьшение числа стандартных изображений (до отсутствия), при преобладании «адекватных» изображений»

- при высоких показателях «интеллекта» в «пиктограмме» присутствие персевераций в рисунках;

- отказные реакции не связанные со сложностью понятий (парадоксальные отказы);

- малая эффективность при воспроизведении, не воспроизведение адекватно выбранных изображений;

При апатико — обулическом синдроме в добавок отмечают:

- отказные реакции при приближении к концу выполнения методики, не зависящие от уровня сложности;

- присутствие выхолощенных изображений, особенно на последние предъявляемые понятия-стимулы;

- беспорядочность расположения рисунков, со слабым нажимом при рисовании;

9. Написание заключения по результатам проведения «пиктограммы».

Патопсихолог при написании заключения по данным «пиктограммы» может изложить следующие параметры:

- эффективность опосредованного запоминания: начисляя по 1 баллу за каждое правильно воспроизведенное слово, по 0,5 балла за воспроизведение понятия, близкого с исходным по смыслу, например, вместо «вкусный ужин» - «ужин», «девочке холодно» - «девочка замерзла» и т.д.

- определение особенностей операциональной сферы мышления. При использовании испытуемыми атрибутивных образов для опосредования говорит и способности категориального обобщения.

- определение количества стандартных изображений путем соотнесения изображенных испытуемым с таблицами;

- наличие или отсутствие стереотипий, персевераций в рисунках;

- наличие и количество оригинальных изображений (Ориг. +), что может свидетельствовать о высоком уровне интеллекта;

- если испытуемый хорошо понимает инструкцию, в большинстве случаев подбирает адекватные образы (не менее восьми) то можно сделать выводы о сохранности интеллекта;

- при преобладании конкретных изображений в «пиктограмме», типической стереотипии (человек наиболее частый мотив рисунков), но при этом достаточной продуктивности запоминания можно заключить, что интеллект соответствует «низкой норме». (снижение интеллекта могут вызвать нарушения в аффективной сфере, например, при неврозах, шизофрении, личностных расстройствах. При этом в других исследованиях интеллект сохранен, необходимо отметить в этом случае влияние аффекта.

При присутствии более двух оригинальных образов, доминировании атрибутивных изображений над конкретными, с максимальной эффективностью — свидетельствуют о том, что интеллект «выше среднего».

- присутствие трех и более индивидуально — значимых образа — стимула свидетельствует о демонстративности и эгоцентризме обследуемого. Следует описать какие наклонности, желания проецирует испытуемый в рисунках, дополнить самопроизвольными высказываниями испытуемого.

- имеются ли признаки депрессии (смотрите депрессивно - параноидная

форма шизофрении);

- имеются ли признаки, которые отражают уровень самоконтроля и умение планировать свое поведение — это графические факторы (степень упорядоченности рисунка). Диагностически важными являются выраженные формы. Черезмерность при обсессиях и похожие при депрессивных тенденциях.

- признаки эмоциональной лабильности подобны симптомам эгоцентризма и демонстративности, вспомогательно можно отметить нечеткие метафорические образы, отказные реакции;

- по типу самопроизвольных высказываний можно определить тип реакции испытуемого в ситуации фрустрации (интра или экстрапунитивная) и по характеру поведения во время исследования;

- о склонности к негативизму можно судить по изображениям антисоциального характера. Например, нарушение правильности выполнения методики.

Опосредованное запоминание (по А.Н. Леонтьеву).

Данная методика впервые была представлена совместно А.Р.Лурия и Л.С.Выгодским, доработана и адаптирована А.Н. Леонтьевым.

Используется для исследования:

- опосредованной памяти;
- особенностей ассоциаций обследуемых;
- особенностей мышления испытуемых.

Является более простой и доступной по сравнению с «пиктограммой».

Порядок проведения методики:

Для проведения методики нужен стандартный набор состоящий из 30 карточек (картинок) и к каждому набору соответствует определенный набор слов. В клинике применяют третью и четвертую серии. Изменять слова соответствующие каждому набору не допустимо.

Перед обследуемым выкладывают все 30 картинок в произвольном порядке, главное, чтобы он видел все изображения.

Набор слов для запоминания к третьей серии: свет, обед, молоток, одежда, поле, игра, птица, лошадь, урок, ночь, мышь, молоко, стул, дорога.

Набор слов для запоминания к четвертой серии: дождь, собрание, пожар, день, драка, отряд, театр, ошибка, сила, встреча, ответ, горе, праздник, сосед, труд.

Инструкция: «Вам будет необходимо запомнить слова. Чтобы облегчить запоминание нужно будет для каждого слова выбрать одну из карточек, которая потом поможет Вам вспомнить это слово. К примеру, первое слово - «дождь», его изображения нет на карточках, нужно подобрать картинку так, чтобы она помогла Вам вспомнить слово «дождь».

После того как испытуемый выбрал карточку, ее убирают (переворачивают изображением вниз) и спрашивают: «Как эта картинка поможет Вам вспомнить слово «дождь?».

По прошествии 40-60 минут, испытуемому предъявляют картинки по одной в хаотичном порядке, спрашивают: «Какое слово соответствует данной

карточке?» и каким образом данная карточка помогла ему вспомнить исходное слово.

Для ведения протокола предлагается следующая форма:

Слова	Выбираемая карточка	Объяснение связи для запоминания	Воспроизведение	Объяснение связи

Обработка и интерпретация данных.

- анализируем насколько выбранная обследуемым карточка имеет смысловую связь с исходным словом;
- каков характер предложенной испытуемым связи (конкретный, абстрактный и т. д.);
- насколько отражаются личные мотивы испытуемого;

Например, на слово «театр» - можно выбрать — зеркало т. к. в театре много зеркал, «расческу» - в театре все с красивыми прическами, «стакан» - я всегда в театре в буфет хожу и т. д. Самое главное, чтобы обследуемый отразил основное содержание предъявляемого слова.

При умственной отсталости испытуемые затрудняются в установлении связи для трудных понятий, например, «ночь», «ошибка» и т. д. При воспроизведении слов они часто называют слово, изображенное на картинке или близкое к нему.

При корсаковском синдроме испытуемые адекватно устанавливают связи с исходным словом, но не могут воспроизвести в следствии забывания.

При шизофрении отмечается неадекватность ассоциаций, например, по созвучию (на слово «дождь» — «доска», объясняя что оба слова начинаются на букву «д»). На слово - «горе» выбирает тарелку — объясняя «для слез», на «дождь» выбирает - «перья» - похожи по форме с каплями дождя. Испытуемые выбирают бессодержательные, слабые связи, без эмоционального наполнения (выхолощенные образы). Продуктивность при воспроизведении очень низкая, т. к. называют уже новые слова.

5.7 Нарушения памяти при разных психических заболеваниях

Шизофрения.

При шизофрении в большей степени страдает мотивационный компонент мнестической деятельности. Причем проявляться это может как на непосредственной памяти, уменьшаться объем, нарушаться динамический компонент памяти. В большинстве случаев отмечается своеобразное «плато» (например, воспроизведение «10 слов» 4-3-6-6-6-3).

Так и на опосредованном запоминании, причем нарушения опосредованного запоминания часто выражены гораздо сильнее. Так как нарушается ассоциативный процесс, ассоциации носят «случайный» и формальный характер.

Нарушение памяти при аффективно — эндогенных расстройствах.

В депрессивной фазе отмечается уменьшение объема оперативной и

кратковременной памяти. Также отмечают постконтактное торможение следов кратковременной памяти. Опосредованное запоминание сохранно (практически не страдает).

В маниакальной фазе память отличается гипермнзией (помнят практически все). Непосредственное запоминание нарушается только при сильных дефектах (выраженных расстройствах). Опосредованное запоминание сохранно.

Нарушения памяти при умственной отсталости.

Нарушаются: операционный, мотивационный и динамический компоненты памяти. Непосредственное запоминание гораздо продуктивнее опосредованного. При этом для продуктивности запоминания необходимы множественные повторения. Отсроченное воспроизведение в методике «10 слов» слабое (очень мало слов). Испытывают трудности при освоении новой информации, быстро забывают, затрудняются в приложении полученных знаний в практике. Запоминают преимущественно внешние характеристики объектов, а логические связи затруднены (в связи с непониманием). Выраженность перечисленных симптомов зависит от степени дефекта. При легкой степени умственной отсталости нет различий в опосредованном и непосредственном запоминании. Однако при выраженной степени умственной отсталости нарушения непосредственной памяти гораздо меньше, чем логической.

Нарушения памяти при эпилепсии.

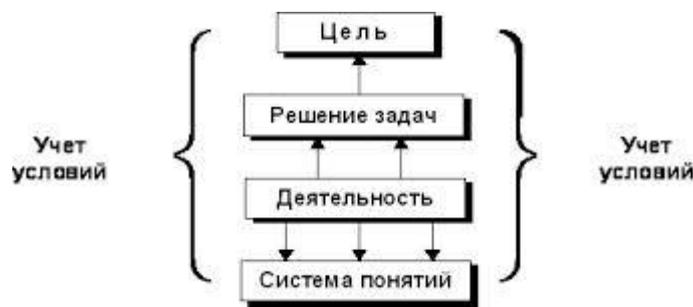
Наиболее сохранен — мотивационный компонент памяти. Не явно выражены нарушения произвольного (непосредственного) воспроизведения, выделяют и удерживают в памяти какой-либо объект, что ухудшает способность целенаправленного воспроизведения).

Опосредованное воспроизведение более сохранно, чем непосредственное. Долговременная память нарушается редко. В истоке заболевания снижается произвольное воспроизведение запоминание, с течением заболевания отмечается рост дефектов памяти. Далее начинают нарушаться процессы удержания информации и запоминания. Например, в методике «10 слов» кривая запоминания отличается тем, что количество воспроизводимых слов либо увеличивается с каждым разом, либо остается неизменным. При более выраженном дефекте количество воспроизводимых слов становится меньше, но характер воспроизведения остается прежним.

6 Нарушения мышления

"**Мышление** – это деятельность, опирающаяся на систему понятий, направленная на решение задач, подчиненная цели, учитывающая условия, в которых эта задача осуществляется". Б.В.Зейгарник.

Данное определение можно схематично изобразить следующим образом:



Нарушения мышления имеют самые разнообразные проявления и встречаются наиболее часто из всех видов симптомов, соответствующих различным психическим расстройствам. Основываясь на выше приведенном определении (опираясь на структуру мышления), выделяют следующие виды нарушений мышления:

- нарушения операциональной стороны мышления;
- нарушения динамик мыслительной деятельности;
- нарушения мотивационного компонента мышления.

Нарушение операциональной стороны мышления.

Основные мыслительные операции: анализ, синтез, обобщение, абстрагирование (отвлечение).

Обобщение является результатом анализа, который выявляет существенные связи между объектами и явлениями.

Выделяют четыре уровня процесса обобщения:

1. Категориальный уровень обобщения — отношение объектов к классу на основе главных, существенных признаков (например, «спирт и дерево — содержат углерод», «маленькая девочка и большая кукла — имеют человеческий облик»);
2. Функциональный уровень обобщения - отношение объектов к классу на основе функциональных признаков (спирт — древесина (горят), ботинок и карандаш (ими можно рисовать), ночь и плащ (накрывают));
3. Конкретный уровень обобщения - отношение объектов к классу на основании конкретных признаков (Дождь и снег (мокрые), методика «Исключение предметов» (ботинок, туфля, сапог и нога) : «здесь только один ботинок, один туфель, один сапог, пары нет, как же их одеть? Их нужно отбросить, а ногу оставить надо»);
4. Нулевой уровень обобщения (нет операции) – перечисление предметов либо их функций без попытки обобщить (утка и лодка — утка с перьями, а лодка деревянная).

Первоначально выделяли следующие типы нарушений мышления:

- снижение уровня обобщения;
- искажение процесса обобщения.

В настоящее время выделяют недостаточность уровня обобщения, которое включает в себя: снижение уровня обобщения и недоразвитие процесса обобщения. И искажение процесса обобщения.

6.1. Недостаточность процесса обобщения

При недостаточности уровня обобщения у больных преобладают непосредственные представления о предметах и явлениях, они отмечают в большинстве случаев конкретные признаки, очевидные, а не существенные.

Например, в методике классификация предметов: кастрюля, морковь, лук,

весы, свекла» - группа «готовка». В методике «исключение предметов — исключает солнце, оставляет лампочку, керосиновую лампу и свечу» - объясняя: «солнце далеко, я его не могу потрогать, а это все могу потрогать».

При толковании пословиц и метафор видят только буквальный смысл. «Нечего на зеркало пенять коли рожа кривая», объясняет: «вот если у человека ноги кривые, а он этого не видит и говорит, что зеркало не так висит», «золотые руки» - «это если у человека много золота на руках, колец, браслетов одето, еще бывают такие, которые любят много сережек носить».

Бывают случаи, когда смысл понимают, но не могут отклониться от конкретной ситуации, например, толкует пословицу «шило в мешке не утаишь», «Бывает в жизни по-разному, иногда и можно скрыться после кражи, а иногда и ловят, я всякие случаи могу рассказать». Смысл понимают, но не могут обобщить на все ситуации.

Также испытывают трудности (в зависимости от выраженности дефекта) в установлении логических, причинно-следственных связей. Например, при описании сюжетных картин трудно отвлечься от конкретных действий и изображений и увидеть общий смысл происходящего.

Недоразвитие уровня обобщения отмечается при умственной отсталости. У них высокого уровня обобщения никогда не было, при этом в большинстве случаев психические процессы развиваются неравномерно (что-то больше развито, что-то меньше развито). Например, память на 16 лет, мышление на 8 лет.

Часто испытывают трудности в понимании инструкций к заданиям, например, в «классификации предметов» начинают считать карточки вместо раскладывания их по группам.

Обычно мало говорят, не отмечают в речи (устной и письменной) знаков препинания, ударения ставят не правильно. Также характерны персеверации в речи и контаминации (ошибка в произношении слов — объединение слогов, которые относятся к разным словам в одно, к примеру, «банан» и «ананас» - «бананас»).

Не понимают сложные абстрактные понятия: «справедливость», «сомнение», «развитие» и т.д.

В ассоциативном эксперименте часто посторяют слова — стоимулы, либо называют его характеристики, например, «шкаф» - «большой», «лошадь» - «конь», «сражение» - «сражение» и т. д. Ассоциативный рад очень ограничен.

Снижение уровня обобщения.

Отмечается при деменции, т. е. определенный уровень обобщения был и в следствии болезни он снизился. Отличить снижение уровня обобщения от недоразвития уровня обобщения можно не во всех случаях, обычно отличают по большему словарному запасу.

6. 2. Искажение процесса обобщения

Является противоположностью недостаточности процесса обобщения. В преимущественном большинстве случаев наблюдается у больных шизофренией. Оно проявляется в «отлете» от конкретных связей, выражении случайных связей между объектами и явлениями, то что имеет место быть, но здоровые люди в силу «экономичности мышления» не обращают на это внимание. Уход от содержательной стороны, «соскальзывание» по формальным, случайным ассоциациям.

Например, в методике «Классификация предметов» больной объединяет группы «транспорт» и «измерительные приборы»: «они когда едут измерят расстояние». Объединяет в одну группу «самолет, бокал, моряк, цветок, собака» - «все для дома», объясняя: «моряк привез что-то для дома, на самолете прилетели домой, бокал стоит дома и т.д.», далее при проведении методики называет эту группу «труд», объясняя принадлежность всех карточек, что отражает «слабые» связи.

При изображении с легкостью устанавливают связи, которые в основном формальны, широки и беспредметны. Например, на понятие «девочке холодно» изображает точки и треугольник, объясняя «Точки — снег, а треугольник пускай будет девочка»

При описании сюжетных картин не проникают в явное, реальное содержание картин, а описывают их исходя из общих, формальных положений. Например, изображение картины с женщиной, которая колет дрова описывает: «Маленькая теория о назначении жизненных условий», «Здесь изображено все для человека — это называется его жизненный путь».

6.3 Нарушение динамики мыслительной деятельности

Мышление — процесс, который включает последовательность умозаключений и выливается в рассуждение. Нарушение динамики мыслительной деятельности в отличие от нарушения операциональной стороны мышления — отражает в большинстве случаев только динамическую составляющую и не сводится к деструкции понятий.

Выделяют следующие нарушения динамического компонента мышления:

- лабильность мышления;
- инертность мышления.

6.4 Лабильность мышления

Лабильность (от лат. *labilis* — скользящий, неустойчивый) мышления — неустойчивость в способе реализации задания, при котором меняется способ выполнения задания с адекватного на не адекватный.

При этом в большинстве случаев уровень обобщения не нарушается, а соответствует образованию и жизненному опыту испытуемых. Они при правильном выполнении заданий (правильно выполненное обобщение), начинают проявлять случайные решения, конкретные обобщения и т. д. Реагируют на все внешние раздражители, отвлекаются, в следствии чего теряют целенаправленность ассоциаций и действий.

Проявляется лабильность мышления у больных биполярным аффективным

расстройством в стадии мании. Им очень трудно сосредоточиться на чем-либо, например, понимая смысл задания, начинают делать и отвлекаются на что-то еще (внешнее, либо что-то внутри задания, слово, изображение), очень высокая скорость мыслей, до скачки идей. Они постоянно говорят, что-то выкрикивают, их ассоциации носят хаотичный характер, вплетают в беседу слова, не имеющие отношение к данному заданию, что-то из окружения.

Также лабильность мышления отмечается при церебральном атеросклерозе при гиперстеническом типе реагирования. У больных чередуются правильные и неправильные решения заданий в силу приходящей истощаемости, они критичны к допущенным ошибкам, исправляет при обнаружении. Синдром колебания является сквозным и отражается на всей деятельности испытуемых.

Инертность мышления (от лат. *inertia* – неподвижность, бездеятельность) - выраженная тугоподвижность переключения с одного вида деятельности на другой, затрудненность изменения избранного способа своей работы.

При любых изменениях условий деятельности у испытуемых возникают трудности, в новом стиле выполнения задания, например, в методике «название 60 слов», они не могут оторваться от стереотипа и перейти к новому «гнезду», называют: «вишня», «малина», «смородина», «крыжовник», «земляника» и т. д., когда в норме: «вишня», «малина», «варенье», «торт», «сахар», «магазин» и т. д. Что часто приводит к трудностям в обобщении и абстрагировании (не могут отвлечься от конкретных признаков). Например, в методике «классификация предметов», не может создать группу «грибы» т. к. один из грибов мухомор (не съедобный), а второй подберезовик (съедобный). Испытывают трудности в усвоении нового опыта, чрезмерный эгоцентризм и переоценка собственного опыта.

Данные нарушения встречаются при эпилепсии, и при органических поражениях головного мозга.

Для исследования динамики мыслительной деятельности используют те же методики, что и для операциональной сферы мышления, при этом отмечают: переключение вида деятельности обследуемого (смена заданий, методики на переключение);

склонность к чрезмерной обстоятельности суждений и детализации ассоциаций;

неспособность удерживать целенаправленность ассоциаций.

6.5 Нарушения мотивационного компонента мышления

Мышление обуславливается целью и поставленной задачей. Важной фазой в мышлении является соотнесение результатов с данными задачи и с предполагаемыми результатами. При потери целенаправленности мышления действия человека перестают регулироваться мышлением, а его рассуждения становятся поверхностными.

В жизни мы исходим из каких-либо конкретных задач, и наша деятельность направлена на реализацию этих целей и задач, они в свою очередь корректируются и регулируются мышлением. Потребности побуждают мысли,

которые управляют нашей деятельностью. Для этого наше мышление должно быть личностно-мотивированным, целенаправленным и критичным.

Нарушения мотивационного компонента мышления проявляется в искажении уровня обобщения. Для человека главное то, что приобрело смысл в течении его жизни, какую именно роль сыграл тот или иной объект, а не как часто он появлялся, такой смысл и приобретает он для него. В различных ситуациях предметы и явления могут принимать разнообразный смысл, но знания о них при этом не изменяются. При сильных эмоциональных состояниях свойства предметов могут изменяться (например посуда использоваться для бросания и т. д.), но при психологическом эксперименте они всегда сохраняют свою основную характеристику (посуда — это посуда, а животные — это животные).

К нарушениям мотивационного компонента мышления относят:

- разноплановость мышления;
- резонерство;
- нарушение критичности мышления;
- нарушение саморегуляции мышления.

Критичность мышления.

Критичность мышления — сопоставление получаемых результатов с исходными условиями задачи и с предполагаемыми итогами.

Больные с психическими патологиями часто актуализируют неподобающие, несоответствующие связи и отношения, которые важны для них в силу измененных, смещенных установок при шизофрении. Рисуя образы в «пиктограмме» начинает писать стихи. И в следствии не понимания, трудностей при уяснении заданий при умственной отсталости. Например, в методике «классификация предметов» начинают считать карточки, вместо раскладывания по группам.

Разноплановость мышления.

Разноплановость мышления - суждения о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях.

При этом обследуемые правильно понимают инструкцию, способны к обобщению материала, актуализируемые ими знания достаточно адекватные, выделяют в предметах главные, существенные признаки, однако отклоняются от нужного направления выполнения задания: их рассуждения проходят в разных плоскостях.

Например, в методике «классификация предметов» - «Слон, лошадь, медведь, бабочка, жук и другие животные -животные, Самолет, бабочка — группа летающих, Цветок, кастрюля, кровать, уборщица, пила, вишня — предметы, окрашенные в синий цвет, Слон, лыжник — предметы для зрелищ, Шкаф, стол, этажерка, уборщица, лопата - Мебель Это — группа выметающих плохое из жизни Лопата — эмблема труда, а труд не совместим с жульничеством». «Классификация предметов» при таком выполнении не имеет однозначного характера, а протекает в разных плоскостях (имеет много планов — создают группы и на основе свойств предметов, и личных отношений, установок,

взглядов). Они часто выполняют задание основываясь на субъективном отношении к предметам и явлениям, что приводит к изменению структуры деятельности.

Разноплановость может проявляться при не возможности выбрать одного правильного решения из множества предлагаемых обследуемым. Например, в методике «сравнение понятий» больная выделяет общее у пары «золото-серебро» - «драгоценные металлы, мне оба нравятся, стоят дорого», отличаются - «цветом, электрическим сопротивлением, массой и ценой». В тесте Розенцвейга не может дать однозначного ответа ни на одну ситуацию: «это смотря с какой стороны посмотреть, здесь все зависит от обстоятельств, если...».

Резонерство.

Резонерство - склонность к "бесплодному мудрствованию", непродуктивные многоречивые рассуждения. При резонерстве интеллектуальная сфера сохранна, а повышается аффективность (которая выражается в способе высказывания, его форме: претензионно-оценочная позиция, пафосность, многозначность), желанием из любой мелочи создать некую концепцию.

Например, в методике «сравнение понятий» - "стакан, петух" — "Общее — это жизнь! Потому что, если бы не было петуха, не было бы и курицы; если бы не было курицы, не было бы и яйца! Выдуть яйцо — будет скорлупа, будет стакан, в него можно налить!".

Классическое резонерство, наблюдается преимущественно при шизофрении.

Отмечают также своеобразное эпилептическое резонерство, возникающее в следствие чрезмерной детализации, нельзя упустить ничего, используя постоянные уточнения, всевозможные варианты.

Эпилептическое резонерство — обстоятельность мышления, чрезмерная детализация, вязкость.

Например, на просьбу в «пиктограмме» изобразить «веселый праздник»: «Как же его изобразить? Ведь веселиться-то можно по-разному. Один любит в праздник в кино сходить — это для него веселье. Ну, другой — выпить... Это, конечно, нехорошо... Ну, немного со знакомыми, приятелями так... для другого веселье в том, что он погуляет в кругу своей семьи, с детками там, или в цирк с ними сходит. Как же это изобразить? Ну, а можно иначе подойти, с точки зрения общественной. Есть всенародные праздники, для всех, ну, например, Первое мая. Демонстрацию изобразить, тогда надо много флагов (больной рисует флаг, но не удовлетворяется). Один флаг недостаточно, надо много флагов, толпу, но я не умею рисовать...»

Нарушение саморегуляции.

Нарушение саморегуляции мышления - невозможность целенаправленной организации своих мыслительных действий.

Больным могут быть формально доступны мыслительные операции, однако в следствии неопределенности, расплывчатости мышления, утратой его целенаправленности они не могут правильно решать задачи.

При шизофрении отмечается снижение побудительной функции мотива,

при эпилепсии саморегуляция нарушается в следствие ригидности, чрезмерной детализации, вязкости мышления.

6.6 Методики для диагностики мышления

6.6.1 Классификация предметов

Данная методика впервые предложена К.Гольдштейном, доработана Л.С.Выгодским и Б.В.Зейгарник. Считается одной из основных в патопсихологии.

Исследует следующие характеристики:

- процессы обобщения и абстрагирования;
- анализ последовательности умозаключений;
- критичность и обдуманность действий испытуемых;
- особенности памяти;
- устойчивость и объем внимания;
- реакции обследуемых на критику, достижения и неудачи.

Порядок проведения методики.

Необходимо иметь стандартный набор (разработанный институтом психиатрии), состоящий из 68 карточек с изображениями растений, животных и различных предметов. Методику можно применять для исследования как взрослых, так и детей (для тестирования дошкольников используют не все карточки).

Инструкция проходит в три этапа.

Первый этап «глухой». Экспериментатор выборочно достает 6-7 карточек, раскладывает перед обследуемым, после чего отдает ему карточки (рисунками вверх) и говорит: «Разложите эти карточки на столе — что к чему подходит». При возникновении у обследуемого вопросов о том как надо правильно раскладывать, следует сказать чтобы он делал как считает нужным. Экспериментатор фиксирует как от справляется с заданием, насколько быстро в нем ориентируется.

Второй этап начинается когда обследуемый разложил 15-20 карточек. Он заключается в коррекции неправильной работы испытуемого или похвалы. При неправильной работе следует сначала отметить положительные аспекты выполнения, затем обратить внимание на недостатки. Если он правильно раскладывает карточки можно не уточнять названия групп, а при замечании ошибок нужно спросить у испытуемого как называются его группы.

Можно и не обращать внимания на ошибки обследуемого, проверить заметит ли он их сам. Если испытуемый спросит собирать крупные или мелкие группы, необходимо отвечать уклончиво, что нужно собирать так как он считает нужным.

Если обследуемый перебирает карточки в руках, отбирая в определенные группы, необходимо ему сказать, что этого делать нельзя, в случае если он украдкой все же продолжает просматривать картинки, нужно отметить это в протоколе. Второй этап заканчивается при разложении всех карточек.

Третий этап начинается когда испытуемый собрал и назвал все группы

(разложил все карточки). Стоит сказать что с предыдущим заданием он справился хорошо и теперь необходимо соединить группу с группой так, чтобы их осталось как можно меньше, но чтобы каждой из групп можно было дать общее название. Если испытуемый затрудняется, то можно объединить 1 или пары групп, простые (растения) или сложные (неодушевленные предметы). При трудностях следует похвалить испытуемого, отметить что у него хорошо получается.

Правильно собранные группы в протоколах отмечают знаком «+» и не перечисляют входящие предметы, даже при не полной группе.

При неправильном сборе групп записывают входящие предметы и обоснование такого объединения.

Обработка и интерпретация данных.

При обработке данных необходимо отмечать на каком этапе она допущена, т. к. это имеет разное значение при интерпретации.

При допущении ошибок на первом этапе можно предположить не полное понимание инструкции, если наоборот с испытуемый с малым образованием быстро образует группы (правильно), можно сделать вывод о быстрой обучаемости, хорошей ориентировки в новом.

Если обследуемый делает ошибки при обобщении на втором этапе, то это свидетельствует о выраженной умственной отсталости. Если испытуемый самостоятельно объединил группу «измерительные приборы» и ее назвал, то можно сделать вывод, что ему доступен высокий уровень обобщения.

При объединении на втором этапе предметы в группы по конкретно-ситуационным связям (например, стакан со столом «стакан стоит на столе», ребенка с доктором - «это его папа» и т. д.) - это говорит о том, что у обследуемого преобладает конкретное мышление.

Если испытуемые определяют очень мелкие группы (к примеру, «посуда кухонная» и «посуда чайная», «домашние животные» и «дикие животные»), можно выделить чрезмерную детализацию, вязкость мышления, проявляющуюся при эпилепсии и иногда при ремиссии шизофрении. На предложение укрупнить группы они реагируют бурным отказом с объяснением невозможности данной операции.

Если присутствуют сходные группы (например животные, потом опять животные), то это говорит о невнимательности испытуемого, его рассеянности (создал группу и забыл, не видит ее), сужении объема внимания. Это характерно при сосудистых заболеваниях и при органических поражениях головного мозга. Если испытуемые устанавливают группы как чрезмерно обобщенные, так и конкретные, детальные, то это может быть при шизофрении (разноплановость, к примеру собирает группы «измерительные приборы», «посуда», «мебель» и группа «остроконечных», «нарисованного серым», что свидетельствует о расплывчатости мышления, неэкономичности), они их не исправляют даже при замечаниях экспериментатора, также иногда при органических поражениях головного мозга.

При обсуждении результатов на втором этапе можно отследить как испытуемый реагирует на критические замечания, исправляет ли ошибки,

обучается.

При умственной отсталости часто затрудняются дать названия полученным группам (даже если она ими правильно собрана). При шизофрении названия групп часто носят вычурный характер, например вместо «посуда» - «средства для помещения объемов», «транспорт» - «дополнительные средства передвижения».

Мало образованные испытуемые с личностным расстройством, которые хотят произвести впечатление на экспериментатора называют группы с претенциозностью, например «посуду» - «принадлежность культурного быта для принятия пищи».

Анализ третьего этапа выполнения методики позволяет понять насколько испытуемому доступно понимание сложных обобщений. Важно обращать внимание на следующие особенности выполнения:

Если испытуемый с незначительной помощью либо самостоятельно оставляет только 2-3 группы («живые существа», «растения» и «неодушевленные предметы», либо «одушевленные предметы» и «неодушевленные предметы»), то можно сделать вывод, что испытуемому доступно сложное обобщение. Если у испытуемого есть высшее образование и он при этом устанавливает конкретные группы, то можно предположить интеллектуальное снижение. Если конкретные группы создал человек мало образованный, можно это пропустить.

При астеническом синдроме (с интеллектуальной сохранностью) испытуемые затрудняются в выполнении классификации на втором этапе, их затрудняет большое количество карточек, и легко выполняют третий этап, т. к. материала не много, главное в умении абстрагироваться.

При шизофрении множество карточек, их деталей служат источником для возникновения вычурных, причудливых ассоциаций, разноплановости мышления, а сложные обобщения третьего этапа их обычно не затрудняет (они достаточно часто на первом этапе собирают 2 группы «живое» и «не живое»).

Важным для анализа является реакция на помощь экспериментатора - если при неправильном раскладе карточек на вопрос экспериментатора «какие предметы в данной группе?» или «как группа называется?»:

- замечает ошибки, сразу их исправляет, то это ошибки внимания, а не умозаключения испытуемого;
- не исправляет допущенных ошибок, а обосновывает свои выборы, следовательно, это ошибка в рассуждениях испытуемого;
- спорит с экспериментатором, отстаивает свою точку зрения — говорит о нарушении критичности мышления (в большинстве случаев при шизофрении);
- исправляет ошибки при указании на нее экспериментатором, но тут же делает подобную (нет мотива правильно выполнять задание), отмечается при паралитических синдромах и органических поражениях головного мозга.

Если обследуемый при похвале экспериментатора начинает хуже выполнять задание, делать нелепые ошибки, то это может свидетельствовать об аггравации (например, класть не подходящие карточки в правильно собранные

группы, переворачивать карточки изображениями вниз и т. д.).

При личностных расстройствах похвала может мобилизовать внутренние ресурсы больных.

6.6.2. Исключение предметов

Предназначена для исследования:

– аналитико — синтетической деятельности (навыки в построении обобщений).

Отличается от классификации предметов тем, что требует меньшее количество времени для проведения, не так явно показывает работоспособность и устойчивость внимания, но при этом более требовательна к правильности, четкости формулировок, их обоснованности.

Порядок проведения методики.

Для проведения методики необходимо иметь стандартный набор карточек, которые имеют различный уровень сложности. На каждой карточке изображены четыре предмета. Их раскладывают от самой простой, по мере усложнения, до самой сложной. Обследуемому предъявляют карточки по одной и говорят (**инструкция**): «На карточке изображены четыре предмета, из которых три близки (имеют общее), их можно назвать одним названием, четвертый к ним не подходит. Вам нужно определить этот лишний предмет и назвать одним названием оставшиеся три. Понятно?».

Можно разобрать с испытуемым первую карточку. Экспериментатор в протоколе отмечает какой предмет обследуемый исключает, название для трех оставшихся и объяснения своего выбора. При ошибочном выборе испытуемого экспериментатор задает наводящие вопросы с целью приблизить обследуемого к верному решению.

Форма протокола «исключение предметов»

Название карточки, вопросы и возражения экспериментатора	Исключенный предмет	Объяснение больного (его поведение)

Обработка и интерпретация данных.

Если испытуемый не может справиться с методикой (совсем не понимает инструкцию), либо выполняет первые 3-4 карточек, это свидетельствует о выраженной степени умственной отсталости либо о расстройстве сознания.

Отмечаем карточку, которую испытуемый первую делает не правильно и задаем наводящие вопросы:

если он быстро исправляется, дальше продолжает правильно, это ошибка внимания;

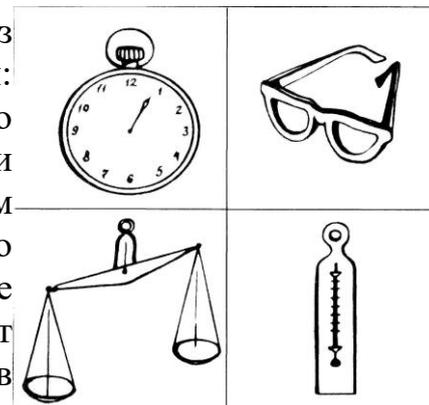
– если по мере усложнения не справляется с задачами, то это свидетельствует об уровне интеллектуального развития испытуемого (иногда они могут правильно выбрать, но обосновать выбор не могут);

если продолжает отстаивать свою точку зрения, можно предположить негативное отношение к исследованию, (пытается логически обосновать свое

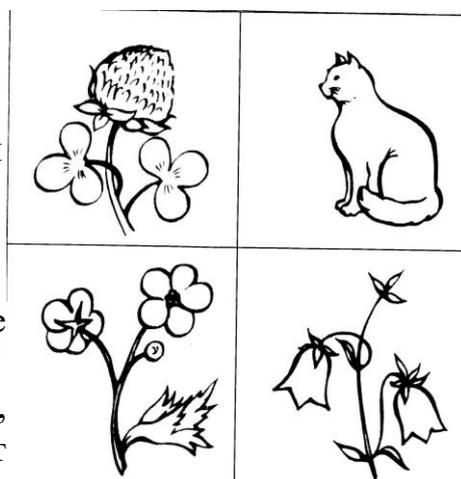
решение) снижении критичности испытуемого;

Анализируем критерии (уровни обобщения), на которые обследуемый опирается при решении заданий.

Конкретный — например, не исключает ничего из карточки (очки, термометр, весы и секундомер), объясняя: «если не одеть очки, то можно не разглядеть что показывают термометр, весы и секундомер», или (воздушный шар, теплоход, машина и самолет) - «убираем воздушный шар т.к. он сделан из ткани, остальное сделано из железа». Свидетельствует о конкретности мышления, не понимания абстрактности, не умения отвлечься от конкретных признаков, использования предметов, вязнут в этом.



При шизофрении испытуемые (при достаточном образовании) могут правильно производить и сложные обобщения, но сбиваются на слабые признаки, например, (машина, самолет, корабль и воздушный шар) — «убираем машину, т. к. остальное летит, а машина ездит, корабль — летит по воде»; (кошка и три цветка) - «убираем клевер, т. к. у него нет усов, у остальных есть усики».



Для повторного использования методики лучше пользоваться другим набором карточек.

Также существует вербальный вариант методики, в котором испытуемому зачитывают слова, он выбирает лишнее.

6.6.3 Ассоциативный (словесный) эксперимент

Впервые предложена в конце XIX века В.М.Бехтеревым, далее дорабатывалась и видоизменялась многими исследователями (М.И.Аствацатуров и др), данный вариант предложен А.Г.Ивановым — Смоленским.

Целью исследования является:

- анализ характера ассоциаций;
- скорость образования ассоциаций (динамика мыслительной деятельности);

Порядок проведения методики.

Для проведения методики необходимо заранее подготовить 30-60 слов, которые не имеют друг с другом никаких логических связей. Обследуемому называют слова и просят ответить любым словом (что первое приходит в голову) как можно быстрее.

Инструкция:

«Я буду вам говорить слова, а вы отвечайте мне на каждое слово любым другим, первым пришедшим в голову словом. Старайтесь отвечать быстрее, не раздумывая, одним каким угодно словом. Понятно?».

Если испытуемый отвечает не словами, а фразами, то его нужно

остановить и напомнить, что необходимо называть отдельные слова. В случае, если он продолжает отвечать фразами, записывать все, что говорит испытуемый.

В протоколе фиксируем латентное время и содержание ответов испытуемого.

слова	время в секундах	ответ

Можно провести повторно опыт с тем же набором слов для определения устойчивости ассоциаций (воспроизведения прежних реакций). В норме совпадает 92-100% первоначальных ответов.

Обработка и интерпретация результатов.

Определение характера ассоциаций. Для этого используют классификацию А.Г. Иванова-Смоленского.

Высшие речевые реакции:

- **общеконкретные** — в ответе присутствует качественная характеристика объекта, явления (диван — мягкий, вода — мокрая, снег — холодный), либо составлено по контрасту (белое-черное, друг — враг), по смежности (расческа-волосы, машина — дорога), либо с помощью другой конкретной связи;
- **индивидуально-конкретные** — обследуемый называет собственное имя при ответе (сыр — российский, город — Новосибирск), либо притяжательное местоимение (дом — мой, книга — Ваша);
- **абстрактные** — испытуемый при ответе называет слово, являющееся родовым понятием для исходного (автобус — транспорт, молоко — напиток, яблоко — фрукты).

Низшие речевые реакции.

- **ориентировочные** — испытуемый взамен ответа начинает задавать вопросы: земля - «какая?», «где?»
- **отказные** - «не понимаю», «нет», «не хочу», «не могу» и др.
- **созвучные** — испытуемый подбирает слова в рифму исходным: «ось — оса», «соль — сом», «овес — пес» и т. д.
- **экстрасигнальные** — отвечает словом, которое не имеет никакой связи с предлагаемым словом, но которое актуализируется в восприятии в данный момент, например, открывается дверь и он на слово «фонтан» говорит - «дверь»;
- **междометные** в ответ произносит: «ну», «ах», ну», ох» и т.д.
- **персеверирующие** — испытуемый отвечает на несколько слов одним и тем же словом: «мать — сад», «гриб — сад», «город — сад»;
- **эхолалаические** — испытуемый отвечает на слово — раздражитель его повторением: «трава — трава», либо дополняя исходное слово каким — то еще: «город — город красивый»;

Атактические словесные реакции.

Образуются без логической, смысловой связи с исходным словом: «мать — елот», «друг — ботинок» и т. д. Наблюдаются у больных шизофренией в

следствии диссоциации мышления.

Далее подсчитываем количество:

- высших речевых реакций;
- низших речевых реакций;
- атактических ответов;
- многословных ответов.

Анализируем насколько ответные ассоциации соответствуют исходным словам.

Нормативные показатели.

Подсчитывают среднее латентное время (норма 0,5-1,5сек), время первых пяти ответов и последних пяти ответов.

Количество высших речевых реакций в норме — 98-100%, из них:

общеконкретные — 68-72%;

индивидуально-конкретные — 8-12%;

абстрактные — 20%;

низшие речевые реакции, атактические и многословные — отсутствуют.

Патология.

Увеличение латентного времени.

Возможно в следующих вариантах:

- если исходное слово является неиндифферентным для испытуемого;
- при умственной отсталости, т.к. понимание условий трудно для испытуемого в силу условности задания;
- увеличение латентного времени в последней части задания (либо попеременно) свидетельствует о истощаемости.

Многословные речевые реакции возможны в следующих случаях:

- при правильности ответов на большинство стимулов (одним словом) на неиндифферентное для испытуемого понятие;
- больные шизофренией;
- больные эпилепсией.

Преобладание в ответах испытуемого абстрактных ответов говорит о доминировании у него абстрактно-логического мышления.

Уменьшение в ответах испытуемого количества абстрактных ассоциаций, возможно появление низших речевых реакций, свидетельствует о снижении аналитико — синтетической деятельности головного мозга.

Присутствие атактических речевых реакций наблюдается при шизофрении, также для них характерны эхологические и персеверирющие ответы.

6.6.4 Методика «Сравнение понятий»

Применяется для исследования:

- мыслительных операций (анализа, синтеза, обобщения и абстрагирования).

Проведение методики:

Для проведения методики необходим бланк содержащий 15-30 пар понятий,

которые обладают следующими условиями:

– их можно объединить одним родовым понятием (более общим) и пары слов варьируют по степени сложности от простых (автобус и трамвай — транспорт) до сложных — (голод и жажда — потребности организма);

- содержат пары не сравнимых понятий: корзина и сова, очки и деньги, соль и ветер и т. д. При сравнении которых необходимо определить несопоставимость объектов, что отражает критичность мышления.

Испытуемому зачитывают пару слов и просят назвать что у них общего и чем они отличаются.

Если испытуемый затрудняется в выполнении задания, можно показать ему на 1-2 примерах. При первой паре несравнимых понятий экспериментатор не информирует обследуемого о их существовании и отмечает особенности его поведения и все высказывания. Если испытуемый затрудняется, он ему сообщает, что присутствуют такие пары слов, которые являются несравнимыми, тогда Вам нужно сказать, что их сравнивать нельзя. Больше это не повторяют, просто фиксируют поведение и реплики больного при сравнении несравнимых понятий.

Если же обследуемый легко сравнивает несравнимые понятия, то можно не говорить о их существовании, можно сказать, что таковые присутствуют и посмотреть продолжит он их также сравнивать или начнет выделять как несравнимые.

Обработка и интерпретация данных.

Оцениваем насколько испытуемому доступны операции сравнения и обобщения. Отмечаем:

- насколько самостоятельно испытуемый справился с заданием;

- если требовалась помощь экспериментатора, смог ли он использовать ее для дальнейшей работы;

- определяем по каким признакам испытуемый сравнивает пары (категориальный, функциональный, конкретный, нулевой);

- присутствуют ли слабые признаки при сравнении понятий (коньки и лыжи — дополнительные средства передвижения);

- сравнивает ли несравнимые понятия («стакан и петух сделаны из атомов»)

- используя чрезмерное обобщение, либо слабые признаки («стакан и петух — их можно наполнить» - «в стакан можно налить воду и петух если попьет воду, тоже ей наполнится»);

- если испытуемый отмечает при появлении несравнимых понятий, что они отличаются от предыдущих — это свидетельствует о критичности мышления;

Нормативный диапазон:

Дети с 12-14 лет должны уметь сравнивать предложенные методикой понятия с выделением несравнимых.

Патология.

Преобладание конкретных ответов у испытуемого (трамвай и автобус — железные, дуб и береза — растут в лесу, пейзаж и портрет — висят на стене и т.д.) свидетельствует о снижении уровня обобщения, преобладании конкретного мышления у обследуемого. Часто не могут подобрать критерий для сравнения более сложных понятий. Отмечается при органических заболеваниях головного

мозга различного генеза. Больные часто критичны к ошибкам, просят о помощи.

При шизофрении испытуемые используют слабые, латентные признаки для сравнения: «очки и деньги — имеют одинаковую форму», «кошка и яблоко — съедобные», «корзина и сова — охотники, корзина охотится за мусором, сова за мышами» и т. д. Проявляется разноплановость в ответах, сложные понятия сравнивают правильно: «маленькая девочка и большая кукла — имеют человеческий облик», а простые сравнивают по конкретным признакам: «летчик и танкист — мужчины», «вода и молоко» - мокрые и т. д. Дают на одну пару слов несколько вариантов ответов, не выбирая одного.

При пограничных расстройствах сравнение приобретает личностную окраску, испытуемые исходят из своих вкусов: «коньки и лыжи» - «не нравится мне ни на лыжах ни на коньках, той зимой ногу на них сломала».

6.6.5 Проба Эббингауза (заполнение пропусков в тексте)

Применяется для исследования:

- уровня развития речи;
- продуктивности ассоциаций;
- критичности мышления.

Существует несколько различных вариантов методики, используют фразы с пропусками, рассказы различного уровня сложности.

В лаборатории Института психиатрии применяют следующий вариант методики.

Над городом низко повисли снеговые..... Вечером началась..... Снег повалил большими..... Холодный ветер вылетел как.....дикий..... На конце пустынной и глухой..... вдруг показалась какая-то девочка. Она медленно и с.....пробиралась по..... Она была худа и бедно..... Она подвигалась медленно вперед, валенки хляпали и.....ей идти. На ней было плохое с узкими рукавами, а на плечах..... Вдруг девочка.....и, наклонившись, начала что-то..... у себя под ногами. Наконец она стала на и своими посиневшими от.....ручонками стала по сугробу.

Порядок проведения методики.

Для проведения необходимо, чтобы у испытуемого было образование не менее 8 классов. Обследуемому дают бланк с пропусками в тексте и просят заполнить пропуски вписывая только одно слово, таким образом чтобы в итоге получился логичный, связанный рассказ.

Оценка и интерпретация результатов.

Отмечают с какой скоростью испытуемый находит слова к пропускам, в каких местах испытывает трудности (легких или сложных). Также насколько он соотносит результаты уже проделанной работы (вставленных слов) и тем что собирается сделать — критичность мышления. Одни испытуемые ищут совета у экспериментатора, на что следует уклончиво отвечать: «делайте так, как считаете нужным, главное, чтобы в итоге получился связанный рассказ», другие

исправляют, зачеркивают. Некоторые беспечно заполняют, не соотносят результаты, отдают и даже при вопросе экспериментатора: «Вы проверили?», не пытаются просмотреть полученный результат, что свидетельствует о снижении критичности. Например, «Наконец, она стала на **ноги** и своими посиневшими от **краски** ручонками стала **ходить** по сугробу».

6.7 Нарушения мышления при различных психических заболеваниях

Нарушение мышления при шизофрении.

Нарушение операциональной сферы мышления - искажение процесса обобщения. Личностного компонента мышления - разноплановость (чередование правильно и не правильно выполненных заданий, имеют разный уровень обобщения, ошибки не зависят от сложности задания), резонерство — причудливость, замысловатость, рассуждений, стремление к пустому, бесплодному размышлению, снижение критичности мышления. Отмечаются наплывы мыслей индифферентного содержания, которые больной не может прервать, иногда внезапные обрывы («Голова становится пустой»).

Нарушение мышления при аффективных расстройствах.

Депрессивная фаза. Страдает динамический компонент мышления, характерно «замедленное мышление» (долго выполняют задания, медленно усваивает инструкцию, легче выполняет небольшие задания и затрудняется в объемных с изменяющейся инструкцией), инертность (испытывают затруднения, раздумья при переходе к новому заданию), однотипность в выполнении заданий. В операциональной сфере мышления отмечается некоторое снижение уровня обобщения, бедность ассоциаций. Однако при мотивации они способны к категориальному обобщению. Целенаправленность суждений сохранна, больные часто чрезмерно критичны к оценке своих результатов.

В маниакальной фазе.

В большей степени страдает динамический компонент мышления — ускорение темпа мыслительной деятельности, лабильность мышления. Также возникают «сверхценные идеи», «мания величия», «всемогущества» - все знают, все могут. Ассоциативный процесс чрезмерно оживлением, мысли прыгают «одна», «другая», «третья»...в результате «скачка идей», повышенная отвлекаемость, сбивчивость. При более легких проявлениях — характерны постоянные отвлечения от заданной темы, но способен вернуться к первоначальной теме, что не происходит в тяжелых случаях заболевания.

Нарушение мышления при умственной отсталости.

Нарушение операциональной стороны: снижение уровня обобщения, характер мышления — конкретно - ситуационный, операция абстрагирования затруднена или не доступна (не могут выделить главные, существенные признаки, установить логические связи). Например, в методике «Сравнение

понятий» акцентируются на внешних признаках, а существенные не понимают, в следствии чего игнорируют (дождь и снег — мокрые, корова и лошадь — ходят). Нарушение динамики мыслительных процессов — снижение темпа протекания мыслительных операций (инертность), нарушение личностного компонента мышления: нарушение критичности. В динамике мыслительного процесса характерна инертность, тугоподвижность. Ослабление мотивационного компонента мышления — слабость регулирующей роли мышления. Интересы не проявляют даже если что-либо получается. Нарушение критичности, отстаивают свой даже неправильный вариант ответа. В методике «классификация предметов» формируют группы на основе личного опыта: «готовка» - овощи, посуда, весы и т.д.

Нарушение мышления при органических заболеваниях.

Отмечается снижение темпа протекания мыслительных процессов, образования ассоциаций, их шаблонность. В операциональной сфере мышления отмечается снижение уровня обобщения, больные актуализируют конкретно — ситуационные свойства явлений и предметов (методика «Сравнение понятий»: «коньки и лыжи» - «на них можно кататься»). Значительно нарушены операции анализа, синтеза и абстрагирования (наиболее выражено при освоении нового). Нарушения динамического компонента мышления отмечают двух видов: инертный и лабильный. При инертном отмечается замедленность темпа, тенденция к персеверациям. При лабильном типе проявляется отсутствие оформленной стратегии выполнения заданий.

Иногда проявляется нарушение мотивационного компонента мышления в виде разноплановости, снижении критичности мышления.

Нарушения мышления при эпилепсии.

Нарушения операциональной сферы мышления — снижение уровня обобщения, опора на конкретно-ситуационные признаки, также на личностно — значимые особенности явлений и предметов («у меня вот шкаф деревянный, там вазочки красивые стоят, еще у него дверцы красивее, чем у этого...мне такой не нравится»; «Семь раз отмерь — один раз отрежь» - «Если сразу резать начать, то можно ткань испортить, я вот так делать не стану, если конечное завязки нужны, тогда другое дело...»). Заметное снижение абстрагирования, трудно отвлечься от деталей (от второстепенного) и выделить главное, существенное в объекте (в классификации предметов образуют множество мелких групп т. к. учитывают все детали изображенных объектов). Выполняют задания в эгоцентричной манере (все через себя и свое отношение).

Нарушения динамического компонента мышления: выраженная инертность мыслительных процессов (они не сдвигаются с места, «ходят по кругу», все про одно и то же, хотят учесть все детали, ничего не упустить), обстоятельность, чрезмерная детализация, персеверации (например, при повторях одних и тех же вопросов, фраз), при этом целенаправленность сохранна. При проведении ассоциативного эксперимента отмечается значительное увеличение латентного времени, эхололические, персеверирующие и запаздывающие ответы. Также их ответы стереотипны, шаблонны, могут указывать качества называемого экспериментатором предмета

(«дождь» - «мокрый» и т. д.), либо употребляют слова из своего привычного лексикона (рабочего, домашнего и т.д.).

Нарушения личностного компонента мышления: снижение критичности мышления, эгоцентризм в суждениях, речи. Отмечается характерное резонерство, которое в большинстве случаев происходит на бытовых либо личностно-значимых основаниях с оттенком морализации и поучений (особенно хорошо проявляется при пересказе рассказов, либо при описании сюжетных картин).

Испытывают значительные трудности в понимании юмора, что сильно зависит от выраженности дефекта и связано с «тугодумием», не возможностью отвлечения от второстепенного и выделения главного.

Нарушения мышления при личностных расстройствах.

Мышление при личностных расстройствах нарушается незначительно, либо сохранно. Как правило сохранен категориальный ряд, испытуемым (в зависимости от уровня образования) доступны сложные обобщения, однако отмечаются нарушения уровня обобщения при актуализации личностно-значимых (не существенных) признаков явлений и предметов (в классификации предметов наряду с правильно собранными группами, создает группу «все красивое»).

В динамике мыслительной деятельности возможны колебания, укоторые отражаются в импульсивности в работе (бурными эмоциональными реакциями), в неожиданных отказах и т. д.

Отмечается нарушение критичности мышления, его сильная аффективная детерминированность.

Нарушения мышления при неврозах.

При неврозах мышление не нарушается, и соответствует образовательному уровню испытуемого. Испытуемым свойственно жаловаться на проблемы, связанные с мышлением (и другими психическими процессами), что как правило не подтверждается в ходе обследования.

7. Нарушения личности

Нарушения личности носят разнообразный характер, может проявляться в:

- изменении иерархии мотивов, их строения;
- нарушении смыслообразования;
- нарушении уровня притязаний и самооценки;
- проблемах общения;
- нарушении саморегуляции и самоконтроля.

При проведении патопсихологического обследования, полученные данные необходимо сопоставлять с особенностями жизни испытуемого т.к. мы обследуем конкретного человека.

При проведении эксперимента мы формируем его таким образом, чтобы выработать специальную форму деятельности, в которую включены важные

индикаторы деятельности:

- мотивация деятельности;
- целенаправленность действий;
- возможность контроля действий;
- регуляция;
- критичность.

С помощью патопсихологического исследования мы можем определить следующие нарушения:

- нарушение опосредствования и иерархии мотивов;
- формирование патологических мотивов и потребностей;
- нарушения смыслообразования;
- нарушение контроля за поведением.

Нарушение опосредствования и иерархии мотивов.

При психических патологиях у больных в большинстве случаев отмечаются «изменения мотивов».

Мотивы у людей усложняются, простые мотивы, подчиняются более сложным, таким образом образуется «иерархия мотивов». Этот процесс начинается в детстве (дошкольный период) и продолжается во всем существовании человека. По мере взросления мотивы становятся опосредствованными (управляются сознательной целью), одни, подчиняют себе другие. К примеру, чтобы поехать в путешествие (общий мотив), необходимо работать, планировать время и т. д. Полученные цели содержат еще более мелкие и т. д., таким образом, деятельность человека соответствует сразу нескольким потребностям (мотивам). При этом всегда существует ведущий мотив, без которого деятельность человека становится бессмысленной. Он дает возможность создание иерархии мотивов, которая является устойчивой, что обеспечивает устойчивость личности (ценности, взгляды, установки, интересы и др.).

С помощью собранных в ходе исследования данных патопсихолог отслеживает закономерности изменения мотивов испытуемого, которые запускают смену его интересов, ценностей, взглядов и т. д. При психических патологиях такие изменения происходят достаточно полно, детально. У них может появляться импульсивность, раздражительность, негативизм и т. д. Происходит формирование новых мотивов, которые побуждают их деятельность «мотив сдвигается на цель), что означает и изменениям в их личности (неустойчивость).

7.1 Формирование патологических потребностей и мотивов

При искаженном отражении осознания своей личности могут возникать изменения в восприятии своего образа, физического, духовного, что часто приводит ко многим психическим расстройствам.

Нарушение смыслообразования.

Многие люди осознают свои потребности (знают чего они хотят), некоторые добиваются этих желаний (они побуждают к действию), а некоторые так и остаются только в состоянии знания. Например, женщина в 32 года знает,

что надо работать, чтобы обеспечить себя, но не смотря на это у нее нет побудительной силы мотива реализовать это в жизнь (сидит и мечтает как она будет работать).

У некоторых людей побуждающие мотивы отсутствуют и известные мотивы так остаются без реализации. Происходит формирование мировоззрения (например у нашей испытуемой: папа должен дать мне денег), формируются моральные обязанности, (например, я должен работать или я буду брать деньги у родителей и не буду работать). Ослабление либо искажение смыслообразующей и побуждающей функций мотива приводит к нарушению деятельности. Если мотив только известный (например, испытуемая знает, что ей надо похудеть) он утрачивает побудительную и смыслообразующую функции (ничего не делает для того, чтобы сбросить лишний вес, нет воплощения знания в действия). Диссоциация знания и действия приводит к нарушению деятельности человека.

7.2 Нарушение подконтрольности поведения

Нарушение подконтрольности (экритичности) поведения проявляется наиболее ярко, оно принимает различные формы, наблюдается в разных психических процессах (например, в мышлении). Люди перестают адекватно оценивать себя, свою личность, переживания, действия, эмоции и т. д. Как отмечает И.И.Кожуховская, критичность стоит во главе всех личностных качеств и приводит к нарушению деятельности. С.Я.Рубинштейн отмечает, что при органических поражениях головного мозга (лобные доли) нарушено критическое отношение к себе, они не могут отслеживать и корректировать внутренние действия, что затрудняет усвоение профессиональных навыков. Отсутствие прочной, осознанной мотивации приводит к нарушению целенаправленности действий и рассуждений (умозаключений).

Нарушения критичности может быть связано как с инертностью психических процессов (персеверации), так и с нарушением регуляции (ситуационное, неустойчивое выполнение заданий). В первом случае больной не может оторваться от текущего выполнения задания (например, задает одни и те же вопросы, возвращается к предыдущим рисункам, в выраженных случаях обводит нарисованное изображение до дыр и т. д.). Во втором случае испытуемый начинает правильно выполнять задание, затем сбивается с правильного хода и актуализирует случайные связи (например, начинает собирать группы в классификации по геометрическим формам). Нарушается произвольность, испытуемый не способен управлять собственными действиями, выполнение заданий не регулируется личностными целями, действия им не подчинены.

7.3 Патология характера

Характер — это совокупность относительно устойчивых черт личности, типичных для данного человека и систематически проявляющихся в его действиях и поступках.

В детском и подростковом возрасте происходит интенсивное как

физиологическое, так и личностное развитие. Формируются интересы, наклонности, ценности и многие другие компоненты личности, происходит формирование характера, проявляются основные его черты.

Акцентуации характера — крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усиливаются, из-за чего возникает избирательная уязвимость по отношению некоторых психогенных воздействий.

Психогенные воздействия являются разнообразными, в большинстве случаев отмечают межличностные отношения, с помощью которых определяется социальная активность подростков, что влияет на их самооценку.

Краткое описание типов акцентуаций характера А.Е. Личко.

1. Гипертимный тип. У него отмечается хорошее настроение, активность, общительность, «море энергии». Любят все новое, однако быстро теряют интерес, не разборчивы в знакомствах, из-за чего могут попасть в «дурную компанию» (пробовать наркотики, алкоголь, и другие ПАВ, но привычки обычно не возникает). Отмечается хорошая мимика, аппетит, сон. Половое влечение начинается довольно рано, выражено достаточно сильно, однако продолжается не долго. Слабое место — монотонность, однообразие, строгий дисциплинарный режим, подавление инициативы и активности. Довольно плохо совмещаются с сенситивами, психастениками, шизоидами и эпилептоидами.

2. Циклоидный тип. Отмечается две фазы: гипертимная и субдепрессивная (между ними возможны длительные интермиссии). Фазы продолжаются 1-2 недели. Гипертимная фаза идентична гипертимному типу. В субдепрессивной фазе снижается работоспособность, интерес (во всех сферах деятельности). Тяжело переживают трудности и неудачи, упреки, если задето самолюбие — возможны мысли о суицидах. Также в этой фазе плохо переносят ломку любого стереотипа (переезд, смена школы и т. д.). Увеличивается время сна, снижается половое влечение. Возможен только в виде акцентуации.

3. Астено-невротический тип. Относятся раздражительная слабость, утомляемость, капризность, склонность к жалобам на самочувствие, состояние здоровья. Отмечаются вспышки гнева при самом незначительном поводе, особенно при повышенной истощаемости.

4. Сенситивный тип. Наиболее выражены следующие черты: чувство неполноценности, впечатлительность. Очень самокритичны, особенно критичны к морально-этическим качествам и собственной внешности. Они робки, застенчивы, замкнуты, трудно устанавливают любые контакты (поверхностные, формальные, тем более глубокие отношения). Но с тем, кого знают могут быть достаточно откровенны и довольно общительны. Не склонны ни к алкоголизации, ни к делинквентности. Слабое место — несправедливые обвинения или когда страдает репутация (оказывается в «плохом свете среди окружающих»). Самооценка достаточно объективна. Достаточно часто встречается гиперкомпенсация — стать успешным там, где чувствуют дефектность (например, стать моделью, чтобы компенсировать дефект внешности). С детских лет можно заметить боязнь незнакомых людей, застенчивость, робость, но выраженными чертами личности этого типа

становятся в 16-18 лет.

5. Психастенический тип. Для них характерны: тревожная мнительность, нерешительность, что часто проявляется как опасения за будущее (как свое, так и своих близких). Склонны к навязчивостям (мыслям, движениям), ритуалам, которые помогают снимать тревогу. Испытывают трудности при выборе, принятии решения в случае не важных, повседневных проблем. При этом принимают быстро решения при важных, фундаментальных вопросах. В подростковом возрасте они не склонны ни к делинквентности, ни к алкоголизации, однако во взрослом возрасте понимают, что с их помощью можно снимать тревогу и могут привыкнуть. Характерен выраженный педантизм, мелочность в которых они могут доходить до деспотизма, поэтому они плохо уживаются практически со всеми остальными типами за исключением шизоидов.

6. Шизоидный тип. Главная черта — замкнутость, сложно устанавливают контакты (особенно эмоциональные, неформальные). Живут «в себе», своем «внутреннем мире», отмечает недостаток интуиции, эмпатии, не способны понять других (их чувства, переживания). Их внутренний мир наполнен фантазией, и закрыт для других. Они постоянны в своих увлечениях, которые часто необычны и изысканны. Внешне выглядят асексуально, при этом отмечают богатые внутренние фантазии. Им не свойственна алкоголизация и делинквентность. Слабым местом является вторжение в их внутренний мир, также ситуации, в которых нужно быстро устанавливать неформальные контакты. При решении задач часто находят нешаблонные способы решения.

7. Эпилептоидный тип. Отмечают дисфорию — склонность к тоскливо-злобно-мрачному настроению, с повышением раздражения и злости. При этом они ищут объект для эмоциональной (и возможно физической) разрядки. Всплески агрессивности часто происходят во время алкогольного опьянения. Их аффекты протекают продолжительно и с большой яркостью. При дисциплинарном режиме (например, армия) адаптируются хорошо путем подобоострастия к начальству, тем самым обеспечивая себе выгодные условия и получая власть над другими (где могут реализовывать свои потребности). Характерна вязкость, инертность всех психических процессов. Речь — равномерная, веская, без суеты, очень осмотрительны, не упускают ни одной возможности для личной выгоды. Злопамятны, могут долго вынашивать обиды и строить планы мести (например, записывать все в деталях несколько лет, а потом накопив достаточно ярости жестоко убить). Также отмечается мелочная аккуратность во всем, в одежде, правилах, прическе и т. д.

8. Истерический тип. Главной особенностью является безграничный эгоцентризм, вождеделение внимания к своей персоне, желание восхищения ими — остальные особенности их личности исходят из этих. Им характерно фантазирование, ложь, с целью приукрасить себя, охотно рассказывают о своих подвигах, похождениях, во что могут сами и поверить. Внешне выглядят очень эмоциональными, с живой мимикой, что на самом деле является поверхностным, театральным и глубоко не переживается. Слабым местом является неудовлетворенный эгоцентризм, который может привести к ярким

аффективным вспышкам.

9. Неустойчивый тип. Отличительной особенностью является отсутствие воли, не желание заниматься какой-либо деятельностью кроме развлечений, получения гедонистического удовольствия. Однако в силу своей трусости в строгом режиме, под непрерывным контролем они подчиняются, при этом ищут любой повод избежать каких-либо усилий. Им характерна ранняя алкоголизация и делинквентность, употребление ПАВ, дурные компании. В контактах, отношениях всегда поверхностны, влюбленность не характерна, секс служит только источником удовольствия. О будущем не задумываются.

10. Конформный тип. Основной чертой является выраженная конформность ко всему: «жить как все», «думать как все», «поступать как все», чтобы все у них было «как у всех». Могут спиться «за компанию», но если попадают в хорошую компанию — хорошо учатся, многого достигают. Отмечается выраженная не критичность: все, что исходит из привычного им канала информации принимается на веру, без критики и переубедить их в этом невозможно («по телевизору сказали»). Трудно переносят любые новшества, перемены. При этом самооценка может быть достаточно высокой.

8. Нарушения интеллекта

В психологии интеллект — система познавательных способностей индивида, а именно — способность познания и решения проблем, которые определяют успешность любой деятельности.

Отмечают следующие формы интеллекта:

- вербальный интеллект (эрудиция, словарный запас, понимание текста);
- способность решения проблем;
- практический интеллект (способность адаптации).

В патопсихологии наиболее важна последняя составляющая — практический интеллект, т. к. он способен изменить поведение индивида и нарушать его адаптацию. В его структуру входят следующие составляющие:

- процессы адекватного восприятия и понимания происходящего;
- адекватная самооценка;
- способность действовать рационально в новой, непривычной обстановке.

Однако ошибочно считать интеллект суммой этих познавательных процессов. Его источниками являются память и внимание, но при этом понимание интеллекта ими не ограничивается т. к. ее нельзя заменить на мыслительную деятельность.

Три формы организации интеллекта, которые отражают три способа познания реальности:

- здравый смысл — процесс адекватного отражения реальности, основывается на анализе сущностных мотивов поведения и использует рациональный способ мышления;

- рассудок — процесс познания реальности, также способ деятельности участников коммуникаций;

- разум — высшая форма организации интеллекта, мыслительный процесс содействует выработке и развитию теоретических знаний и творческому преобразованию реальности (логика, защита от произвола, интуитивных и импульсивных моментов).

Выделяют рациональный и иррациональный — способы познания с помощью интеллекта.

Рациональный — при помощи формально-логических правил, гипотез.

Иррациональный — основывается на неосознаваемых факторах, отсутствует определенная, заданная последовательность.

К наиболее выраженным симптомам и синдромам интеллектуальной деятельности относят:

- деменцию — психопатологический синдром, при котором интеллект нарушается в силу высших корковых функций (внимание, память, мышление) и выражается в нарушении способности к обучению и ориентировки;
- умственная отсталость — неполное или задержанное развитие психики, при котором характерны нарушения когнитивных, моторных, речевых и социальных способностей.

9. Нарушение эмоций

Эмоции – "интегральное выражение измененного тонуса нервно-психической деятельности, отражающееся на всех сторонах психики и организации человека".

9.1 Классификация эмоций В.Н.Мясищева

- **эмоциональные реакции** — отклики в виде переживаний на вызывающие их стимулы;
- **эмоциональные состояния** — изменения нервно — психологического тонуса;
- **чувства или эмоциональные отношения** — проявляются избирательно (связь эмоций с процессами, лицами и объектами).

Нарушения эмоций возникают при различных психических расстройствах.

При неврозах характерны болезненные эмоционально — аффективные реакции страха, негативизма, раздражения, слабости, утомляемости и т. д. Состояния страха, снижения настроения и т. д. При навязчивых расстройствах — чрезмерная тревога, чувствительность.

Для всех видов невротических расстройств характерна низкая фрустрационная толерантность.

При личностных расстройствах — эмоционально — аффективные реакции патологического типа:

- эмоционально-агрессивные вспышки характерны при следующих видах личностных расстройств: эпилептоидном, гипертимном, истероидном.
- тенденция к снижению настроения, тоске, печали, отчаянию, вялости при

следующих видах личностных расстройств: астеническом, психастеническом, сензитивном.

- диссоциация эмоциональных проявлений (“хрупкие, как стекло, по отношению к себе и тупые, как дерево, по отношению к другим”) при шизоидном расстройстве личности.

При эпилепсии характерна дисфория (тоскливо — злобно — мрачное настроение). При височной эпилепсии – страх, тревога, снижение настроения, злобность, значительно реже отмечаются приятные ощущения в разнообразных органах - чувство “озарения”.

При органических поражениях центральной нервной системы — эмоционально — аффективные реакции и состояния различных полярностей и выраженности — зависит от вида заболевания и травмирующей ситуации (может быть раздражительность и эксплазивность, тревожность, эйфоричность и др.).

При эмоциональной тупости — недифференцируемость эмоций, амбивалентность эмоций, патологически искаженные эмоциональные отношения.

Для биполярных аффективных расстройств свойственно изменение эмоций от депрессии до эйфории, также тенденция к дисфорическим настроениям.

При сердечно-сосудистых заболеваниях отмечается видение будущего как негативного, печального и мрачного.

При язве желудка и двенадцатиперстной кишки характерна повышенная тревожность, лабильность эмоций, возбудимость и др.

9.2 Методики для исследования эмоций

1. Тест Люшера
2. Торонская алекситимическая шкала
3. Тематический апперцептивный тест
4. Интегративный тест тревожности
5. Основные эмоциональные черты Изарда
6. шкала тревожности Тейлора
7. и другие

При проведении вышеперечисленных методик можно искусственно создать трудности для испытуемого (например, увеличить сложность, сократить время выполнения т. д.) с целью провоцирования эмоциональных реакций обследуемого во время эксперимента. При этом в норме у обследуемого сохраняется побуждение к деятельности, желание доделать задания. При психической патологии отмечаются разнообразные реакции:

- аффективные вспышки;
- проявление негативизма;
- отказы от работы;
- различные физиологические реакции (покраснение, тремор, учащение сердцебиения, дыхания и т.д.)

9.3 Стрессы

Многие авторы считают стрессы одной из причин возникновения психических заболеваний. Существует много подходов к рассмотрению понятия «стресс», однако единое мнение отсутствует. Рассмотрим некоторые из них.

- **стресс** – эмоциональное напряжение, возникающее в результате негативных переживаний;

стресс – это потрясения, вызванные различными по модальности и интенсивности силами;

стресс – это психическая напряженность (эмоциональная и операциональная).

Один из исследователей стресса Г.Селье проводил множество исследований с целью определения компонентов нарушения различных аспектов

деятельности организма при влиянии разнообразных внешних воздействий. Он разработал теорию о общем адаптационном синдроме (ОАС).

Отметил два типа реакций на внешние воздействия внешней среды:

- специфическую — конкретный вид заболевания, имеющий, специфическую симптоматику;
- неспецифическая — отмечается при любых заболеваниях, которые проявляются при общем адаптационном синдроме;

Неспецифическая реакция на стресс состоит из трех фаз:

- **фаза А. Реакция тревоги** — изменения организма при воздействии стресса, если стрессор выражен чрезмерно, то возможно наступление стресса на данном этапе;
- **фаза В. Реакция сопротивления** — сопротивление организма воздействию стрессора (его действие совместимо с возможностями организма). Симптомы тревоги практически пропадают, степень сопротивляемости возрастает за пределы нормального уровня;
- **фаза С. Реакция истощения.** - при длительном воздействии стрессора на организм, его силы начинают истощаться, возникают признаки тревоги, только теперь уже необратимые. Это состояние называется дистресс, в результате которого могут возникать эндогенные заболевания.

У каждого человека существуют свои границы способности к адаптации, Г.Селье: "Человеческая машина тоже становится жертвой износа и амортизации", не стоит "жечь свечу с обоих концов".

Однако стресс не всегда является вредным, он также необходим для тренинга организма и психики.

"Стресс – острая приправа к повседневной жизни... ничто не изнуряет так, как бездеятельность, отсутствие раздражителей, препятствий, которые предстоит преодолеть".

Г.Селье излагает закономерности развития патологического процесса, которые проявляются при взаимодействии болезнетворных факторов и организма, который является причиной стресса.

9.4 Фрустрация

Фрустрация (от англ. frustration – "расстройство, срыв планов, крушение") – специфическое эмоциональное состояние, возникающее в тех случаях, когда на пути к достижению цели возникает препятствие и сопротивление, которые или реально непреодолимы, или воспринимаются как таковые.

Признаки, характерные для состояния фрустрации:

- наличие потребности, мотива, цели, исходного плана действия;
 - наличие сопротивления (препятствие-фрустратор), которое может быть внешним и внутренним, пассивным и активным.

Различные люди проявляются в ситуациях фрустрации разными способами:

- как зрелая личность с адаптивным поведением: увеличивается активность в достижении цели (цель сохраняется), возрастает мотивация;
- как инфантильная личность с неконструктивным поведением: возникновение гетероагрессии, аутоагрессии, избегание ситуации, уход.

В современной зарубежной психологии существуют различные теории фрустрации:

теория фрустрационной фиксации (Н. К. Майер, 1949)

теория фрустрационной репрессии (К. Vagner, Т. Dembo, К. Yewin, 1943)

теория фрустрационной агрессии (J. Dollard с соавт., 1939)

эвристическая теория фрустрации (J. Rosenzweig, 1949).

Для исследования поведения в состоянии фрустрации применяют методику Розенцвейга.

9.5 Кризисы

Понятие криза возникло в США. Они утверждали, что при возникновении кризисной ситуации наиболее вероятно возникновение психических расстройств.

Благодаря чему в США создано более 3000 разнообразных центров и клиник для поддержания психического здоровья, в которых работают: психиатры, психологи, педагоги, социальные работники, юристы, священники, врачи различных специальностей и др.

Основоположниками теории кризисов являются Lindemann и G. Garlan. Их теория продолжает теорию о стрессе, а также использует идеи и разработки социологии и социальной психологии.

Определение кризиса G. Garlan:

"Кризис – это состояние, возникающее, когда лицо сталкивается с препятствием жизненно важным целям, которое в течение некоторого времени является непреодолимым при помощи привычных методов разрешения проблем. Возникает период дезорганизации, расстройства, в течение которого совершается много разных abortивных попыток разрешения. В конце концов достигается какая-то форма адаптации, которая может наилучшим образом отвечать или не отвечать интересам этого лица и его близких".

Выделяют два компонента кризиса:

- саногенный компонент: при преодолении кризиса, у человека возникают новые формы адаптации в трудных для него ситуациях;

- патогенный: затянувшийся кризис, который приводит к возникновению психических расстройств.

Виды кризисов:

- **кризисы развития:** поступление ребенка в школу, детский сад, вступление в брак, уход на пенсию и т.д.;

- **случайные кризисы:** потеря работы, стихийное бедствие, положение матери-одиночки;

- **типовые кризисы:** рождение ребенка, развод, горе в связи со смертью близкого человека, и т. д.

Каждый кризис имеет индивидуальные признаки, свойственные только ему. Исходя из которых определяют соответствующий вид помощи и профилактики.

В отечественной психологии кризис определяют как предболезнь, знание симптомов которой помогает определить группу риска и принять меры профилактики, необходимые для предупреждения возникновения психических заболеваний и суицидов.

10 Нарушения воли

Волевая сфера в психологии в границах познавательных процессов репрезентована мотивационной составляющей. Важным является степень влияния мотивации и активности личности в познании реальности.

В клинической психологии важными являются следующие индивидуально-психологические особенности:

- целеустремленность,
- решительность и настойчивость,

Мотивацией — называется процесс целенаправленной, организованной и устойчивой деятельности, направленной на удовлетворение потребностей.

Параметры мотивации:

- широта,
- гибкость,
- иерархизированность.

Они описывают процесс мотивации с разных сторон, учитывая качественные разнообразия, изменения, также уровни.

Побудителем познавательной деятельности может быть интерес (важен при приобретении нового). Мотивы и потребности отражаются в намерениях и желаниях.

В патопсихологии важна связь мотивации и активности с двигательными процессами, в следствии чего ее часто называют двигательной — волевой.

К нарушениям воли относят немалое количество симптомов, в том числе и нарушение иерархии мотивов, встречающееся часто в психических расстройствах. Отклонение иерархии мотивов индивидуума от естественных, возрастных свойств, потребностей.

10.1 Количественные нарушения воли

Наиболее часто встречается **гипобулия** (от греч. hуро - под, ниже, bule - воля) - понижение волевой активности.

Такие больные:

- малоподвижны;
- стремлений к деятельности у них почти не возникает. Например, начав что-либо делать, вскоре прекращают не из-за того, что устали, а из-за отсутствия желания продолжать начатое.

Обладают вялой моторикой, небольшой амплитудой. Пример описания своего состояния больным: "Вижу - надо делать, умом понимаю, но не в состоянии ни к чему притронуться".

Гипобулия характерна при астении, депрессии, алкоголизме, психосоматических заболеваниях (первичный симптом болезни), также возникает в норме, к примеру при пробуждении.

Гипербулии - патологическое повышение волевой активности.

Временами волевые усилия сосредоточены на каком-то одном направлении, к примеру нахождении алкоголя при абстиненции. Гораздо чаще гипербулия проявляется «диффузно» (маниакальное состояние).

Абулия - отсутствие волевых побуждений и стремлений - сочетается с апатией (апатико-абулический синдром).

10.2 Качественные нарушения воли

Достаточно редко встречаются - **парабулии** - извращения воли и влечений, которые проявляются в довольно странных, а иногда и нелепых поступках. Парабулия, как и другие расстройства воли, может проявляться в разных сферах нервной и психической деятельности:

Патология влечений. Влечения — стремление получения удовольствия. Влечения убрать нельзя, но можно контролировать.

Рассмотрим различные количественные и качественные нарушения воли.

Расстройства пищевого поведения.

Количественные нарушения пищевого поведения:

- **булемия** — увеличение пищевого влечения (не может контролировать прием пищи).

Возникает при маниакальных состояниях, деменции, умственной отсталости, шизофрении.

- **анорексия** — снижение пищевого влечения (не желание есть).

Качественные нарушения пищевого поведения (пищевые извращения) — поедание не свойственных культуре вещей и существ.

Виды качественных нарушений пищевого поведения:

- **парорексия** - больные поедают песок, бумагу, пьют клей, чернила и др.

- **мерицизм** – поедание собственное рвоты;

Характерно и в норме у маленьких детей и беременных женщин.

Расстройство инстинкта самосохранения.

Содержит только количественные расстройства.

Патологическое усиление инстинкта самосохранения - наиболее часто встречается у детей – при детской шизофрении, при аутизме. Возникают нелепые, патологические страхи, в большинстве случаев страх нового. Поведение схоже на поведение животного во время лесного пожара. При этом часто возникает немотивированная агрессия, от которой получают особое удовольствие (не сексуальное). Может доходить до изуверской агрессии. Границу между нормой и патологией провести очень трудно.

Патологическое снижение инстинкта самосохранения.

Характерно нанесение больным себе повреждений, однако при этом он получает чувственное удовольствие (не сексуальное). Засовывает иглы под ногти.

Например, к дежурному врачу привезли пациента, который обследованию подчинился пассивно, к госпитализации относился безразлично. После осмотра врача стал с большим усилием растирать мизинец правой кисти, вдруг всунул палец в рот и перекусил кость концевой фаланги. При вопросе зачем он это сделал, ответил спокойным голосом, не окрашенным эмоционально: "Пришла мысль - и откусил". После чего его отправили к хирургу, и пока хирург мыл руки больной откусил концевую фалангу на другом пальце, при этом сохраняя абсолютное спокойствие и невозмутимый вид.

Аутомупиляция – прокусывание языка, щёк в кровь, кончиков пальцев, при этом характерно слизывание крови с удовольствием.

Трихотилломания – кручение, выдёргивание волос (м.б. привычкой, навязчивым абсесивным состоянием, патологичным состоянием – выдёргивание пучков волос, ресниц).

Онихофагия – грызёт ногти (при патологии – выгрызает ногти до крови, до конца, глотает куски ногтей, слизывает кровь). Бывает при навязчивостях, при обсессиях можно транквилизаторы, антидепрессанты.

Суицидомания и другие извращения инстинкта самосохранения сексуальные перверсии.

Импульсивные влечения

Живёт нормально, но вдруг..

– Клептомания – «ворует» НЕ из корыстных побуждений, действует импульсивно. Суть в том, чтобы взять тайно.

клептомания (патологическое влечение к воровству)

После «кражи»:

- может с извинениями принести обратно;
- выбросить;
- собирает коллекцию, постоянно перебирает.

Часто реакция на то, что нельзя купить – значит можно украсть. Не

освобождает от ответственности. Причина – не ясна.

Пиромания – патологическое влечение к поджогам. Страсть к поджогу, поджигательству – импульсивное желание поджечь, любят смотреть на огонь.

Гомеицидомания – внезапно вспыхивающее импульсивное желание к убийству. Часто – явки с повинной.

Дромомания/ вагабондаж – патологическое влечение к бесцельному странствованию, бродяжничеству. На фоне благополучия возникает желание куда-то идти. Может «ходить» от нескольких дней до нескольких недель. Уходят из дома, например, могут бродить по лесу. Постоянные путешественники – возможно дромоманы.

5. **Дипсомания** – склонность к запоям, между приступами – абсолютный трезвенник, раз в полгода – год – непреодолимое желание пить сутками.

Патология полового влечения.

Выделяют количественные и качественные нарушения.

Количественные нарушения:

Гиперсексуальность – патологическое усиление влечения. Проявляется преимущественно при наркоманов, при маниакальных состояниях, дименции, местами при шизофрении.

Отмечают следующие признаки:

- сексуальная агрессия;
- постоянные беспорядочные сексуальные связи.

Промискуитет – невероятно частые половые связи с частой сменой партнёров (от 50 до 150 партнёров в месяц).

Нимфомания - у женщин; сатериазис - у мужчин, например: Казанова, Ги де Мопоссан. При данном расстройстве необходимо иметь 2-3 партнёров в день, в противном случае отмечается плохое самочувствие.

Гипосексуальность – патологическое снижение влечения. Наиболее часто встречается при эндокринных заболеваниях, редко – при умственной отсталости.

Качественные нарушения полового влечения (перверсии, парафелии).

Выделяют:

Истинные — осуществляют свой «извращенный» выбор при полной возможности выбора партнера;

Ложные - определение сексуального контакта в ситуации, когда выбора нет.

Гомосексуализм

- женский – лесбийская любовь
- мужской – педерастия

В среде гомосексуалов отмечается суицидов в 16 раз больше, убийств из ревности – в 20 раз больше, нанесение тяжёлых телесных повреждений – в 10-40 раз больше (по разным данным).

Гомосексуалистов не разделяют на активных и пассивных (только в пеницитарных системах).

Истинный гомосексуализм – генетическое, наследственное. Мужчины склонны к развратным действиям в отношении несовершеннолетних.

Садизм – склонность к насилию, получение удовольствия от унижения и мучения других. (Впервые описал маркиз де Садо) половое возбуждение и оргазм испытывают только в случае нанесения унижения вреда, например, убийства своего партнера. К особо тяжким случаям относят – не стремление к сексуальному контакту. Преобладает у мужчин.

Парабулии

1. Кататонический симптомо-комплекс – кататонический ступор и кататоническое возбуждение.

Кататония — шизофренический синдром, который возникает в результате интоксикации, инфекций или органического поражения головного мозга.

Выделяют две сменяющиеся формы

- **Кататонический ступор** – обездвиженность, усиление тонуса мышц, в первую очередь у мышц-сгибателей. Продолжительностью от недель до месяцев, лет.

Отмечают следующие симптомы:

- симптом воздушной подушки Дюпре – больной лежит на спине – голова приподнята над кроватью, подушкой, создается впечатление будто больной лежит на невидимой подушке;
- симптом эмбриональной позы – больной лежит на боку, свернувшись, в позе эмбриона;
- симптом хоботка – губы свернуты трубочкой;
- тотальный мутизм – ничего не говорит;
- симптом Павлова – больной не отвечает на вопросы, задаваемые громким голосом, но иногда может отвечать на вопрос, заданный шепотом.
- каталепсия – симптом восковой/ восковидной гибкости – больному можно придать любую позу, он в ней останется.

Отмечают два вида негативизма:

- пассивный – больной ничего не выполняет, что его просят
- активный – на просьбу – обратной действие.

Ступор может быть:

- люцидный – ясность сознания, видит, слышит, понимает что вокруг происходит;
- онейроидный – нарушение сознания, не видит и не слышит ничего вокруг.

У детей ступор длится короче, чем у взрослых, может длиться всего несколько минут.

Кататоническое возбуждение – может длиться от нескольких часов до нескольких дней, может наступить после ступора.

Характеристики кататонического возбуждения:

- беспричинность возникновения;
- стереотипность – повторяет одни и те же действия, молча, без объяснения, начинается внезапно, так же внезапно заканчивается.
- вербигерация – внезапное выкрикивание/ произношение одних и тех же слов.

- эхосимптомы (может быть и при ступоре)
- эхололия – повтор слов, фраз за окружающими;
- эхопраксия – повтор движений за окружающими;
- эхомимия – повтор мимики за кем-то.

2. Синдром Кандинского-Клерабо – синдром психического автоматизма.

- псевдогаллюцинации
- бред — в 85% случаев бред преследования
- три вида автоматизма:

Идеоторные автоматизмы - умственные процессы: мысли, воспоминания, представления, фантазии, сновидения – неприятные, ощущение контроля/управления за собственными психическими процессами (к примеру, «мысли читают», «вложены чужие мысли»), ощущение чуждости своих мыслей. «Я как кукла на ниточках».

Разматывание воспоминаний – заставляют вспоминать всю свою жизнь, часто возникают ложные воспоминания, бредовая трактовка прошлого.

Мысли больного как бы текут помимо его воли, кажутся ему чужими. Характерно убеждение в отчужденности мыслей, поступков. Отмечаются явления "насильственного" мышления, проявляющиеся в жалобах больных на то, что их мысли становятся известными другим, читаются на расстоянии (симптом открытости), "отнимаются" или, наоборот, "вкладываются" в них. Отмечается насильственный наплыв мыслей - ментизм.

Сенсорные автоматизмы (сенестопатические) – кто-то управляет ощущениями, кто-то их вызывает (в преобладающем большинстве неприятные ощущения).

Моторные (кинетические, двигательные) – кто-то двигает, управляет телом, чуждость.

Редко отмечается – «положительный» синдром – когда влияют боги, к чему-то готовят.

Больной сопротивляться особо не может.

Часто встречается, но не обязательно – **рече-двигательные галлюцинации**: промежуточный феномен между моторным и идеоторным автоматизмом: у больного начинает шевелиться язык, он произносит фразы, которые не хочет сам произносить, может произносить другим, чужим голосом.

Симптомы открытости, когда исчезает естественное ощущение того, что внутренний мир, есть нечто интимное, исключительно собственное достояние больного, абсолютно недоступное восприятию кого-либо извне.

Данное расстройство, по описанию В. Х. Кандинского, характерно хронической галлюцинаторной идеофрении (галлюцинаторно-параноидной шизофрении, по современной терминологии). Гораздо прознее К.Шнейдер (1955) назвал их термином «симптомы первого ранга» шизофрении. Отдельные проявления заболевания могут быть обнаружены при многих других психических заболеваниях (например, шизоаффективные психозы, психозы при эпилепсии, интоксикационные психозы и др.). По мнению G.Clerambault, данное расстройство более характерно для органических церебральных процессов. Происхождение явлений синдрома Кандинского-Клерамбо связано, с

нарушением самоосознавания (деперсонализация), с чем соглашаются далеко не все исследователи.

Синонимы: Синдром психического автоматизма, Синдром овладения, Синдром Депоссионный, Синдром открытости, Полисиндром внешнего воздействия, Патологический автоматизм, Синдром отчуждения и мн. др.).

11. Патопсихологические синдромы

11.1 Общая характеристика патопсихологических синдромов

Патопсихологический симптом - это единичное нарушение, которое проявляется в различных сферах: поведении, эмоциональном реагировании, познавательной деятельности больного.

Патопсихологический синдром — совокупность симптомов, признаков психических расстройств, которые внутренне взаимосвязаны и взаимообусловлены.

По сравнению с симптомами синдромы обладают большей диагностической значимостью, правильная классификация синдромов позволяет врачу в точности постановки диагноза (нозологической принадлежности заболевания). Патопсихолог строит свое исследование таким образом, чтобы раскрыть и проанализировать основные компоненты психики, ее звенья, факторы которые влияющие на ее развитие и аномалии.

Для выделения патопсихологического синдрома необходимо структурировать и интерпретировать собранные при исследовании данные.

Б.В. Зейгарник в качестве патопсихологических примеров выделяет нарушения мышления, которые характеризуются специфической структурой. В классификации Б.В. Зейгарник можно выделить как более обобщенные группы: нарушение операциональной сферы, личностного компонента мышления, так и более узкие группы, например, инертность мышления, которые являются частным случаем первых. При этом нельзя установить правила, которые позволяли бы выделять более «узкие» и «широкие» синдромы.

Поэтому, лучше выделять более «широкие» синдромы, опирающиеся на более сложные, полифакторные, нарушения психической деятельности. Первая классификация обобщенных патопсихологических синдромов принадлежит И. А. Кудрявцеву (1982г.). Она разработана на результатах исследований, которые проводились в судебно-психиатрической практике, он выделил следующие патопсихологические симптомокомплексы (синдромы): шизофренический или диссоциативный, органический, олигофренический, психопатический и симптомокомплекс психогенной дезорганизации, характерный для реактивных психозов. Каждый из которых включает совокупность симптомов.

Например, для шизофренического симптомокомплекса наиболее патогномичными являются следующие симптомы: распад мыслительных процессов, диссоциация личностно-мотивационной и операциональной сфер мышления, что может проявляться в нецеленаправленности мыслительной

деятельности, резонерстве, схематизме, символике, искажении процесса обобщения, с разноплановости при выделении ведущих признаков, в актуализации слабых (латентных) признаков предметов и явлений и т. д. Однако, И. А. Кудрявцев отмечал, что не все эти симптомы обязательно определяются в симптомо-комплексе в обязательном порядке и с обязательной степенью выраженности. Необходимо найти «ядро» патопсихологического синдрома. Так при шизофреническом синдроме — это нарушения избирательности информации, при органическом — снижение интеллектуальных процессов и умственной работоспособности, при психопатическом синдроме — аффективная обусловленность поведения с частичной не критичностью и высоким уровнем притязаний, при психогенном — реактивная дезорганизация умственной деятельности. С помощью классификации И.А. Кудрявцева можно разделить заболевания (синдромы) с точки зрения диагностической и прогностической оценок. Например, наиболее информативный диагностически и информативным (нозологически) — это органический и шизофренический симптомокомплексы, наименее — психопатический. Наибольшая тенденция к изменениям и обратимости характерна для симптомокомплекса психогенной дезорганизации умственной деятельности, а наименьшая присуща шизофреническому симптомокомплексу.

Патопсихолог в своих диагностических заключениях может оперировать следующим набором синдромов.

I — шизофренический синдром;

II — аффективно — эндогенный синдром (в клинике ему соответствует биполярное аффективное расстройство и функциональные аффективные психозы позднего возраста);

III — олигофренический синдром;

IV — экзогенно — органический синдром (экзогенно — органические поражения головного мозга - последствия ЧМТ, церебральный атеросклероз, психоактивные вещества и т. д.);

V — эндогенно — органический синдром (первичные атрофические процессы в головном мозге, истинная эпилепсия);

VI — личностно — аномальный синдром (психопатии, акцентуации, обусловленные аномальной основой психогенные реакции);

VII — психогенно — психотический синдром (в клинике ему соответствуют реактивные психозы);

VIII — психогенно — невротический синдром (невротические реакции и неврозы).

Специфичность патопсихологических синдромов увеличивается в каждой конкретной задаче, поставленной перед патопсихологом. Например, разграничение между между эндогенно - и экзогенно — органическими синдромами очень важно в дифференциальной диагностике эпилепсии (истинной и травматической). Патопсихологические синдромы обозначают границу диагностически — информативных рекомендаций, которые заключаются в проведенном патопсихологом исследовании.

11.2 Шизофренический синдром (симптомокомплекс)

Ядро симптомокомплекса — нарушение мотивационно — личностной или эмоционально-волевой сферы.

Поведение: снижение заинтересованности в контакте, обсуждении. Нет заинтересованности в обследовании, вяло реагирует на критику, не ищет оценки или одобрения, легко нарушает инструкции, немотивированные отказы от выполнения заданий. Отсутствие мотива не связано со сложностью задачи. Внешняя фиксация на случайных, причудливых, выхваченных из общего контекста деталях. Речь (устная и письменная) утрачивает целенаправленность, - последовательность, логичность.

Контакт: Формальный или затруднен: отсутствие визуального контакта (не смотрит в глаза).

Внимание: сохранность произвольного внимания, нарушение произвольного внимания (концентрация и переключение), нарушение избирательности внимания (вместо одного делает другое, самовольно меняет инструкцию) на фоне эмоционально-волевого снижения.

Память: характерно нарушение опосредованного запоминания по сравнению с непосредственным.

Мышление: нарушение операциональной сферы мышления - искажение процесса обобщения. Личностного компонента мышления - разноплановость (чередование правильно и не правильно выполненных заданий, имеют разный уровень обобщения, ошибки не зависят от сложности задания), резонерство, снижение критичности мышления. Отмечаются наплывы мыслей индифферентного содержания, которые больной не может прервать, иногда внезапные обрывы («Голова становится пустой»).

Эмоциональная сфера: обеднение эмоционального ответа или не адекватные по амплитуде и напряженности высказывания (их неадекватность, парадоксальность). Эгоцентризм - их перестают интересовать события на работе, в семье.

Мотивационный компонент: искажение регуляции деятельности (привычная сфера деятельности забрасывается и меняется), ослабление побудительной функции мотивов, странные функции мотивов. Нарушается отношение к себе, своей психике и к своим нарушениям.

Снижение энергетического потенциала, нарастающая интровертированность.

11.2 Аффективно — эндогенный синдром (симптомокомплекс)

Два варианта:

– **Гипертимический**

Речь: В устной речи отмечается ускорение темпа и увеличение громкости, также преобладание монолога, логореей. Преобладание побочных ассоциаций, часто по созвучию. Письменная речь отличается литературным, поэтическим

стилем, гиперпродуктивностью.

Поведение: Отмечается бодрость, внешне выглядят помолодевшими (свежий вид). Характерна гиперактивность (черезмерная подвижность), разнообразие в мимике, жестикуляции (театральная мимика) и моторике, эмоции адекватные по направленности и содержанию, но отличаются по количеству. Также присуще самолюбование, игровой оттенок с сексуальной окраской. Высокая работоспособность, маленькая продуктивность. Наибольшая продуктивность в заданиях с отсутствием нормативом и творческими задачами. Помощь принимают, что не сказывается на результатах. Реакция на неуспех — слабая — отрицание неудач.

Внимание: Свойственно нарушение устойчивости, повышенная отвлекаемость, сверхпереключаемость (прыгает с одного объекта на другой). Отмечается увеличение времени к концу заданий в следующих методиках: счет по Крепелину, корректурная проба, таблицы Шульте. Большое количество ошибок, при завышенных притязаниях испытуемого и его беспечности по их поводу. Пропускают строки в корректурной пробе, зачеркивают соседние буквы, похожие и т.д.

Память: гипремнезия (сверхпамять), высокие показатели памяти, нарушается непосредственное запоминание. Опосредованное запоминание в большинстве случаев сохранно.

Мышление: Операциональная сторона мышления сохранна, нарушение динамического компонента мышления — увеличение темпа, выраженная лабильность. Оживление ассоциативного процесса (ускорение мыслей до скачки идей). Повышенная отвлекаемость от задания (непоследовательность, сбивчивость, что может напоминать бессвязность мышления), появление множества новых идей, при этом способен вернуться к исходной задаче. Ослабление мотивационного компонента — снижение критичности. Отмечаются идеи величия (переоценка собственных возможностей, личности), критика в адрес окружающих. В следствии ускорения темпа мышления у пациентов появляется чувство «сверх интеллекта», способность к решению трудных задач.

Восприятие: Характеризуется увеличением объема, снижением дифференцированности, т. е. является «случайным» (на что обратил внимание).

Эмоциональная сфера: высокий фон настроения, до радужного, эмоциональные реакции нестабильны и интенсивны, снижение волевого компонента эмоций.

Мотивационная сфера: Ослабление и неустойчивость мотивов деятельности. Снижение целенаправленности и критичности поведения. Доминирование утилитарно - гедонистических и случайных мотивов. Также гиперсексуальность.

- Гипотимический

Имеет несколько характерных особенностей, среди которых доминирует (**ядро**) **снижение настроения.**

Поведение: Подавленность, печальный вид, бледность, жалобы на неприятные

болезненные ощущения за грудиной, «ком» в горле, ощущение тяжести. Снижение моторной активности - движения замедленные (напоминают внезапно постаревших людей), слабая мимика. Снижение работоспособности, быстрая утомляемость, снижение психомоторного темпа, скорости речи. С трудом усваивает инструкцию к заданиям, особенно в заданиях с большим объемом информации или при изменении инструкции в ходе задания. Отказ от выполнения сложных заданий, безрадостность, безысходность. Больной не может сразу сосредоточиться на выполняемом задании. Слабая, интропунитивная (уход в себя) реакция на неудачи, самообвинение. Не заинтересован в результатах обследования.

Внимание: затруднение произвольной концентрации, характерна истощаемость внимания (снижение темпа и рост ошибок к концу задания). Также отмечается снижение переключаемости и объема, явления запаздывающей вработываемости.

Память: Отмечается снижение объема непосредственного запоминания. Выявляется снижение объема оперативной памяти. Кратковременная память характеризуется низким объемом запоминания, про- или постактивным торможением следов. Долговременное и опосредованное запоминание не нарушено.

Мышление: Грубых нарушений операциональной сферы не отмечается, характерны единичные ошибки по типу снижения уровня обобщения. Снижена динамика мыслительных процессов (увеличение времени, затрачиваемого на каждое задание, трудности перехода от одного задания к другому), бедность и шаблонность ассоциаций. Также отмечается инертность мышления, стереотипность подходов к решению заданий и склонность к персеверациям. Возможно снижение мотивационного компонента мышления, что может проявляться в общей незначительной продуктивности или в ее отсутствии. При этом целенаправленность суждений не страдает. Больные могут гиперкритически оценивать результаты своей деятельности.

Восприятие: отмечается сужение объема восприятия в большей или в меньшей выраженности.

Эмоциональная сфера: Отмечается снижение фона настроения, неустойчивость эмоций. Низкая амплитуда эмоциональных реакций, их малая нюансированность, низкая экспрессия, высокий порог возникновения эмоционального ответа. Тугоподвижность эмоциональных реакций. Направленность эмоций при этом вполне адекватна. Аутоагрессия.

Мотивационная сфера: Характерно ослабление мотивационной активности, низкая актуальность потребности самосохранения, выраженная направленность агрессии на себя (аутоагрессия).

11.3 Олигофренический синдром (патосомптомокомплекс)

Ядро комплекса — сниженная способность к обучению, тотальный характер нарушений всех психических функций (преимущественно когнитивных).

Поведение: психофизиологический инфантилизм. Например, в 16 лет по внешности и поведению соответствует развитию 10 летнего ребенка. Им

характерно ослабление мимической экспрессии, угловатость, несформированность тонких двигательных навыков. Речевые нарушения, затруднение при усвоении, понимании смысла заданий. Работоспособность сниженная, выражена истощаемость, снижен психомоторный темп. Рабочий мотив не формируется, преобладает ведомость, заинтересованность в результатах очень низкая, низкая обучаемость в эксперименте. Характерны дефекты произношения, костноязычие, плохо воспринимают на слух (низкое развитие фонематического слога). Низкая обучаемость, активная стимуляция при обследовании для получения результатов. Помощь используют ограниченно, в зависимости от выраженности дефекта.

Восприятие: сужение объема, малая дифференцированность (путают похожие предметы), для узнавания предметов затрачивают большое количество времени. Слабая активность восприятия (узнают поверхностно отдельные детали). При выраженных нарушениях не различают (плохо различают цвета). Испытывают сложности (в зависимости от выраженности) при описании (понимании) целостного содержания картин, часто перечисляют отдельные предметы, детали.

Внимание: Недоразвитие произвольного внимания, узкий объем, плохое переключение, распределение и выраженная истощаемость. Не могут сосредоточиться на трудных заданиях, где требуется умственное напряжение. (таблицы Шульце — пропускают числа, увеличение времени во время работы на таблицах).

Память: Нарушены: динамический (новый материал усваивают медленно, при частых повторениях), операционный, мотивационный, компоненты запоминания. Опосредованное запоминание снижено в следствии трудностей при установлении логических связей между словами стимулами и изображениями, воспроизводят внешние признаки предметов (рисунков), а не смысловое содержание т. к. не понимают его. Степень нарушения компонентов памяти зависит от выраженности слабоумия. При легкой степени выраженности умственной отсталости практически нет различия в показателях между механической и логической памятью, при выраженности различия нарастают (непосредственная память лучше чем опосредованная) вплоть до не возможности операции опосредования.

Мышление: Нарушение операциональной стороны: снижение уровня обобщения, характер мышления — конкретно - ситуационный, операция абстрагирования затруднена или не доступна (не могут выделить главные, существенные признаки, установить логические связи). Например, в методике «Сравнение понятий» акцентируются на внешних признаках, а существенные не понимают, в следствии чего игнорируют (дождь и снег — мокрые, корова и лошадь - ходят). Нарушение динамики мыслительных процессов — снижение темпа протекания мыслительных операций (инертность), нарушение личностного компонента мышления: нарушение критичности. В динамике мыслительного процесса характерна инертность, тугоподвижность. Ослабление мотивационного компоненты мышления — слабость регулирующей роли мышления. Интересы не проявляют даже если что-либо получается. Нарушение

критичности, отстаивают свой даже неправильный вариант ответа. В методике «классификация предметов» формируют группы на основе личного опыта: «готовка» - овощи, посуда, весы и т.д. Отмечается **слабость регулирующей функции мышления**: некритичность и непоследовательности рассуждений, затруднен перенос усвоенного опыта на выполнение заданий.

Речь: Преобладание шаблонов, неправильное употребление слов в следствии не понимания смысла. Что хорошо видно при установлении антонимов. Отмечается плохая дифференцированность звуков, шипилявость, косноязычие, пктание схожих в произношении слов. Ограничение словаря, использование односложных фраз. При выраженном дефекте часто письменная речь не сформирована.

Воображение: Отмечается недоразвитие (дефект) фантазии, испытываю трудности при составлении рассказов на заданные темы и из данных слов, преимущественно транслируют свой опыт.

Эмоциональная сфера: недоступность, незрелость, недиффиринцируемость эмоций, недоступны тонкие оттенки чувств. Высшие чувства слабо развиты (справедливость, любви, долга, сочувствия), преобладают элементарные чувства, основанные на уловлетворении основных потребностей. Отмечается переоценка собственных возможностей, также испытывают переживания в следствии негативного тоношения окружающих, насмешек.

Мотивационная сфера: снижение уровня мотивационной активности, преобладают гедонистические мотивы, слабость целиполагания. Несформированность социально направленных мотивов, недостаток волевой активности. Высокая внушаемость и эгоцентризм.

Органические (экзо- и эндогенный) синдромы состоят из следующих симптомов:

- снижения интеллекта,
- нарушений операциональной стороны мышления,
- нарушений памяти,
- нарушений внимания,
- распада системы прежних знаний и опыта,
- лабильность эмоций,
- снижения критичности.

11.4 Экзогенно — органический синдром

Органический патопсихологический симптомокомплекс отмечается при экзогенноорганических заболеваниях: ЧМТ, различных стадиях (от острой до прострой стадий) менингитов, энцефалитов, опухоли головного мозга, геронтологических дегенеративно-атрофических заболеваниях (болезнь Гентингтона, Альцгеймера, Пика и др.).

Ядро — снижение интеллектуальных процессов, умственной истощаемости и работоспособности, истощаемость психических процессов.

Нарушения когнитивных функций состоят из различных нарушений памяти,

внимания, различных сфер мышления (операциональной сферы, динамики, личностного компонента).

В качестве основных вариантов синдрома выделяют ригидный, лабильный, мнестический.

Восприятие - сужение объема.

Общие признаки: выражены грубые черты лица, мало дифференцируемая мимика, усиление моторной активности пантомимики, работоспособность снижена, быстро истощаются при этом низкий темп психической активности. Характерно выраженная реакция на неудачу, стараются хоть как решить. Выделяют три вида:

Внимание: лабильный тип — низкая устойчивость, постепенное нарастание истощаемости по гипер-сценическому типу. **Ригидный тип** — снижен объем внимания, отмечается быстрое возникновение истощаемости внимания, переключаемость внимания и выраженная нарушение концентрации внимания.

Мнестический тип — нарушена концентрация внимания, снижен объем внимания, истощаемость. При этом нарушения памяти доминируют над нарушением внимания и мышления.

Память: для всех трех типов характерны большие нарушения непосредственного запоминания, характерно снижение воспроизведения и забывание информации. Снижение объема кратковременной памяти, отмечаются конфабуляции (ложные воспроизведения), псевдореминисценция (переносят события из прошлого в настоящее), в крайних вариантах - экмнезии - «жизнь в прошлом». Снижено опосредованное запоминание, нарушения долговременной памяти: малый объем, фрагментарностью воспроизведения, конфабуляциями и т. д.

Воображение - низкая продуктивность, шаблонностью творческой продукции.

Речь — устная: бедность словаря, низкое смысловое содержание, нарушение грамматики, смысловая ригидность, персеверации, использование штампов.

Письменная: характерен крупный почерк, нарушение грамматики, неровные контура букв и рисунков с разрывными линиями.

Мышление: для всех трех типов: замедление ассоциативного процесса мышления, нестабильность и шаблонность ассоциаций. Ошибки по типу снижение уровня обобщения, эпизодически возникает искажение процесса обобщения на фоне сложных задач и фоне истощаемости, могут выделять случайные признаки. Нарушение динамики (замедление темпа) и мотивационного компонента мышления (снижение критичности мышления, не слабо выражен в мнестическом типе). Снижение темпа мыслительной деятельности (ригидный тип), персеверации, эрентность мышления, нарушение критичности мышления на пике истощаемости. Лабильный тип — лабильность мышления, отсутствие оформленной стратегии решения заданий. Возможны нарушения мотивационного компоненты в виде разноплановости, снижения целенаправленности. Непоследовательность решения, чередование правильных и неправильных ответов при увеличении сложности задания.

Мотивационная сфера — снижение спонтанности, мотивационная истощаемость, нарушение целеполагания (нарушения опосредованности

деятельности), т. е. не подчиняют свои действия и поступки осознанным мотивам, правилам и нормам, не соотносит результаты которые хочет получить с условиями окружающей среды. Что может являться распадом или не сформированностью стереотипов поведения и социальных норм. Нарушение иерархии мотивов, доминируют гедонистические мотивы.

Эмоциональная сфера — малая переменность эмоций, сильная амплитуда, выраженность эмоций, при этом низкий порог их возникновения. Также отмечается тугоподвижность эмоций, при сохранности адекватности направленности эмоциональных реакций, при этом снижен волевой контроль. Отмечается высокая агрессивность.

11.5 Эндогенно-органический синдром

Эндогенно-органическому синдрому в клинике **соответствуют истинная эпилепсия**, первичные атрофические процессы головного мозга.

Ядро комплекса — инертность всех психических процессов, чрезмерная детализация (не способность выделить главное) в восприятии и мышлении, специфические изменения мотивационной и эмоциональной сфер.

Незначительная выраженность симптомов соответствует эпилептическому типу личности. При котором сохранен темп всех психических процессов, при этом отмечаются инертность, чрезмерная детализация, вязкость на второстепенном . т. д. При этом сохранен уровень мотивационной активности и контроль над эмоциями.

Поведение: медлительность в движениях, увеличение времени на проведение обследования в следствии снижения темпа работоспособности при отсутствии истощаемости. Желание соответствовать ожиданиям экспериментатора.

Бедность мимики и пантомимики. Помощь экспериментатора принимают ограниченно. Могут благодарить экспериментатора. Педантичны и аккуратны.

Восприятие: выраженная детализация при восприятии и описании, не может выделить главное, существенное (все важно), «вязнет в деталях», при описании рисунка не могут выделить содержания.

Внимание: отмечается сужение объема, переключаемости внимания, отсутствие истощаемости при высокой сосредоточенности на эмоционально значимых объектах.

Память: наиболее выражены нарушения динамического и операционного компонента памяти. В зависимости от выраженности дефекта отмечаются нарушения непосредственного запоминания, трудности с удержанием объекта в памяти. Опосредованное запоминание более сохранно.

Мышление: отмечается снижение динамики мыслительного процесса, снижение уровня обобщения; актуализация при обобщении конкретно ситуационных и личностно-значимых признаков, например, в методике

опосредованное запоминание по Леонтьеву «мой сосед живет за железной дверью, а не за забором» . Отмечаются выраженные нарушения динамики мышления— инертность (вязкость), склонность к чрезмерной детализации (топчутся на месте) и персеверациям. Снижение критичности мышления, выраженный эгоцентризм суждений, специфическое «эпилептическое резонерство», на основе бытовых и личностно-значимых переживаниях, с оттенком морализации.

Даже при беседе, больные эпилепсией склонны к чрезмерной детализации, описывают все в мельчайших подробностях, боясь упустить главное. Также характерно **не понимание юмора** в следствии затруднения выделения главного.

Речь — снижение темпа, олигофазии (узнают предмет и могут перечислить его свойства, назначения, но не способны его назвать), употребление штампов, уменьшительно — ласкательных суффиксов (слащавость). Использование официального стиля при разговоре. В письменной речи отмечается аккуратность, педантизм, шаблонности и повторы.

Эмоциональная сфера: инертность эмоциональных реакций при повышенной амплитуде, нарушения контроля над эмоциями, что приводит к приступам ярости. Также отмечаются диссоциации: с одной стороны они демонстрируют доброжелательность (при слащавости), выслуживаются и угождают (при значимых лицах), с другой стороны фиксируются на негативных аспектах. Они злопамятны, обидчивы, характерно сильное чувство несправедливости, дисфоричное состояние: тоскливо — злобно — мрачное настроение с накапливающимся аффектом и «взрывом» по любому, даже мало-значимому поводу (как последняя капля «громко дышишь»). капли».

Мотивационная сфера - высокая спонтанная активность. Доминирование эгоцентрических и утилитарно-гедонистических мотивов. Выражены агрессивные сексуальные побуждения. В поведении отмечается чрезмерная склонность к порядку, пунктуальность.

11.6 Психопатический (лично-аномальный) симптомокомплекс

Ядром комплекса являются: эмоционально-волевые расстройства, при которых изменяется иерархия мотивов, страдает адекватность уровня притязаний, самооценки, прогноз будущего с опорой на предшествующий опыт.

Структура синдрома: в познавательной деятельности испытуемых может как проявляться так и не проявляться. Зависит от типа расстройства личности.

Наиболее ярко особенности познавательной деятельности проявляются при возбудимых типах личностных расстройств, особенно с не высоким уровнем интеллекта, находящихся в стадии декомпенсации.

Особенности возбудимых (взрывчатых, эксплозивных) типов личностных расстройств:

- повышенная раздражимость;
- взрывчатость, возбудимость;
- злопамятность, мстительность;

- колебания настроения;
- дисфоричность;
- высокая раздражительность;
- неистовость аффектов при незначительных (не соответствующих, неравноценных) поводах: ругаются, могут нанести побои, бить и крушить окружающие предметы;
 - не удерживаются долго не на одном месте (в силу постоянных конфликтов, драк и т.д.);
- часто встречаются на судебных экспертизах;
- продолжительность в течении всей жизни.

В периоды компенсации могут относиться к себе, своему поведению, содеянному ранее достаточно критично, переживают о содеянном в период декомпенсации, вплоть до нового аффективного состояния. Им также характерно не признавать неправоту своих действий, обвинять всех окружающих, ситуацию и т. д. Они достаточно настойчивы и уперты в своих убеждениях, целях и не терпят препятствий на пути к ним.

Для некоторых видов личностных расстройств характерны:

- вязкость, ригидность мышления;
- инертность эмоций;
- педантизм;
- эгоцентризм;
- обостренное чувство справедливости;
- нарушения настроения (депрессии и т. д.) которые возникают при малозначительных поводах;
- дисфория (возникает внезапно и продолжается от нескольких часов до суток);
- агрессивность;
- употребление алкоголя.

В поведении характерны жалобы «на все и вся», придираются ко всему. Не испытывают радости жизни даже при повышенном настроении, чаще придерживаются эмоций в поведении, чем зова разума. В следствии чего отмечают много аффективных вспышек (на работе, в транспорте, магазине, в семье и т.д.).

Не переносят и не приемлют другого мнения, не считаются ни с чьими интересами, что делает их «звездами» в собственных глазах. И что окружающие их не ценят и не понимают (ни на работе, ни в семейном кругу — нигде), что усугубляет конфликты. Они вступают в споры при любом случае, могут перекрикивать, стучать кулаком по столу, доказывая свою правоту. Могут отстаивать интересы кого-то другого в ситуациях по их мнению «не справедливых», но если это начинает противоречить их интересам, то включается их выраженный эгоцентризм.

Многим свойственны такие качества как мелочность, только свои интересы. Также отмечают некоторые дополнительные черты личности, которые могут присутствовать при возбудимом варианте личностных

расстройств:

- льстивость;
- педантичность;
- аккуратность во всем;
- злопамятность;
- ханжество;
- изощренная жестокость;
- слезливость;
- театральность;
- склонность к разрушительным действиям;
- самоповреждения;
- застревание аффекта;
- не умение скрывать свои чувства.

Тормозимый вариант личностного расстройства.

Их отличительные черты:

- астения;
- пассивность при различных психотравмирующих событиях;
- робость;
- впечатлительность;
- нерешительность;
- застенчивость (наиболее выражена с малознакомыми людьми);
- чувство неполноценности;
- высокая чувствительность, ранимость;
- снижение настроения;
- физическая слабость;
- усталость, разбитость, истощаемость;
- эмоциональная лабильность.

Особенности развития данных личностей.

Часто вышеперечисленные черты начинают проявляться с самого детства, например, в детском саду при смене воспитателя, при приходе в сад, долго переживают, не могут привыкнуть. К любым психическим раздражителям у них чрезмерная чувствительность, также они плохо переносят физические нагрузки, быстро истощаются, ухудшается настроение. Им характерна раздражительная слабость, эмоциональные перепады настроения при незначительных поводах, что может проявляться и в эмоциональных вспышках. Отмечается снижение настроения, угнетенное состояние, высокой тревожностью, низкой самооценкой, неуверенностью в себе, своих силах, способностях (даже при малых трудностях).

По достижению подросткового возраста к перечисленным характеристикам астенического плана добавляются психастенические.

Им характерна высокая рефлексия (могут анализировать себя со стороны), склонность к постоянному самоанализу, самоконтролю, испытывают страх всего нового. Снимают тревожные состояния при помощи навязчивостей, ритуалов. Часто сомневаются в собственных выборах (навязчивые сомнения). Особенно при незначительных выборах.

Присутствует слабОВОлие, слабо выражены влечения (различного плана: аппетит, половое влечение, половые перверсии, отставание в половом развитии). При этом характерны различные соматические жалобы (сердце, давление, головные боли, головокружение, бессонница, тахикардия, желудочно-кишечный тракт и т. д.). В эмоциональной сфере наиболее часто проявляются следующие эмоции: стыд, подавленность, безысходность, страдания, вина и т. д.

Вышеперечисленные личностные особенности вызывают затруднения при адаптации в коллективе, вызывают различного рода конфликты, преимущественно межличностные. При которых часто возникают обострения чувства собственной неполноценности, проявляются различные соматические жалобы. Так называемый «психопатический цикл» - увеличение патологических особенностей, их обострение, утяжеление. Таким образом личность хронически попадает в конфликтные, травмирующие ситуации, что приводит к осложнению, усилению симптоматики и расстройства личности. Данный вид личностного расстройства формируется от 12 до 15 лет.

VII Психопатический (лично-аномальный) симптомокомплекс

Ядром комплекса являются: эмоционально-волевые расстройства, модификация иерархии мотивов, неадекватность самооценки и уровня притязаний, не возможность прогноза собственных действий исходя из предыдущего опыта.

При исследовании познавательной деятельности структура лично-аномального синдрома может проявиться:

- ярко;
- опосредованно;
- либо не проявиться.

Наиболее сильно заметны особенности личности возбудимых вариантов личностных расстройств.

Рассмотрим два варианта лично-аномального симптомокомплекса:

1) Возбудимый вариант.

Для него характерна достаточная сохранность когнитивных процессов:

- внимание;
- восприятие;

- память

Выше перечисленные когнитивные процессы обычно не страдают (остаются сохранными на том уровне, которого достигли при развитии). Если есть какие — либо нарушения, они не связаны с данным синдромом.

Поведение: при любой возможности отмечают все свои достижения, достоинства. Не переносят никакую критику, отстаивают во всем свое мнение, им просто необходимо «быть правыми во всем». Не сохраняют дистанцию, ведут себя фамиллярно (не признают авторитетов).

Мышление: в большинстве случаев сохранно, либо незначительно страдает. Сохранны следующие компоненты мышления:

- динамика мышления;
- категориальный строй.

При этом отмечается неустойчивость продуктивности в заданиях, возникают внезапно (на эмоциональной основе, эмоционально значимые) нарушения в обобщении, они начинают обобщать на основе лично — значимых признаков (например, раскладывает карточки в классификации предметов и среди правильно собранных групп собирает группу «все красивое»), выраженный негативизм, импульсивность. Характерные высказывания «это мое мнение», по поводу исполнения заданий. Таким образом все отклонения в мышлении связаны с аффективной сферой.

Воображение: при проведении проективных методик, составлении рассказов и т. д. отмечаются:

- агрессивные и садистические проекции установок;
- реалистичность воображения;
- аффективная насыщенность.

Эмоциональная сфера отличается следующими особенностями:

- большая амплитуда эмоций;
- высокая подвижность эмоциональных реакций;
- низкий порог возникновения эмоций;
- эксплозивность;
- эмоциональная накрутка (самовзвинчивание).

Мотивационная сфера отличается искажением мотивов, при котором превалируют гедонистические (примитивные) мотивы, альтруизм не проявляется вообще, либо слабо проявляется. При этом чрезмерно высокий уровень собственных притязаний, чрезмерно завышенная самооценка. Что часто проявляется в беседе с больным.

2) Тормозимый (торпидный) вариант.

Имеет относительно сохранную когнитивную сферу.

Сохранны:

- внимание;
- восприятие;
- память.

Сохранность вышеуказанных процессов зависит от уровня развития интеллекта больного.

Мышление: в мыслительной деятельности сохранены следующие компоненты:

- динамика мыслительной деятельности;
- категориальный строй.

Наряду с этим встречаются отклонения в продуктивности мыслительной деятельности при проявлении актуализации второстепенных, аффективно окрашенных, лично — значимых признаков. Мышление также проективно, в большинстве случаев проецируются внутриличностные конфликты (при проективных методиках, «Пиктограмме», составлении рассказов, описании сюжетных картин и т. д.).

Воображение отличается неравномерностью продуктивности. Очень зависит от похвалы, оценки психолога, что приводит к увеличению оригинальности образов. При этом высокая реалистичность воображения.

Эмоциональная сфера отличается следующими особенностями:

- высокий уровень тревожности;
- чрезмерная чувствительность;
- низкий порог возникновения эмоций;
- эмоциональные реакции адекватны по направлению, при этом не адекватны по интенсивности;
- застреваемость аффекта.

Мотивационная сфера отмечается доминированием мотива «избегания неудач». Лабильная иерархия ценностей, низкая, неустойчивая, неравномерная самооценка. Слабоволие, сильная эмоциональная вовлеченность, чувство страха и отсутствие безопасности (подозрительность, сомнения) при эксперименте.

Выделяют особенности характера испытуемых, через которые они воспринимают мир (лично значимые сферы). Которые значительно влияют на все сферы жизни больных, снижают способности адаптации, самооценку испытуемых. В следствии низкой самооценки, тревожности она имеет тенденцию к лабильности и снижению. Среди защитных механизмов преобладает — вытеснение (с целью избегания неудач). При критических замечаниях доминируют реакции самообвинения. Важно отмечать достоинства, хвалить, поддерживать различными способами, что является стимулом для работы. При критических замечаниях (к которым они чрезмерно чувствительны) возрастает тревога, что отрицательно сказывается на деятельности испытуемых.

Если при данном виде личностных расстройств отмечается снижение интеллектуальной деятельности, то внимание селективно, трудности в понимании заданий, долгая вработываемость.

Тормозимый вариант лично-аномального симптомокомплекса

встречается при расстройствах личности, в состоянии ремиссии, органических поражениях головного мозга, дисгармоничных модификациях личности.

11.7 Психогенно-психотический синдром

(в клинике психогенно-психотическому синдрому соответствуют реактивные психозы).

Реактивные психозы - разнообразные расстройства психотического уровня, которые возникают в результате действия психических травм, и превышают адаптационно-компенсаторные возможности индивидуума. Их особенностью является - временный и обратимый характер, поэтому носят название «реактивные».

Ядро комплекса - продуктивная психотическая симптоматика.

Они обладают следующими характеристиками: острота, большая глубина и лабильность нарушений психических функций, также больной утрачивает способность к критической оценке своего состояния, ситуации и адаптации.

К реактивным психозам относят: истерические психозы, аффективно-психогенные шоковые реакции, реактивная психогенная депрессия, реактивные психогенные параноиды. Реактивные психозы развиваются чаще всего после шоковых, сверхсильных психических травм. Психические травмы отличаются большой силой, интенсивностью и внезапностью действия (стихийные бедствия, внезапные нападения с угрозой для жизни).

Основным клиническим критерием реактивного психоза является отсутствие достаточной интрапсихической переработки ситуации, что сопровождается отсутствием переживания психопатологических расстройств как личностно чуждых и болезненных, для клиники характерна «реактивная триада» Ясперса.

11.8 Психогенно-невротический синдром

К данным расстройствам относят невротические расстройства, сам термин «невроз» произошел более двухсот лет назад, представления о невротических расстройствах с тех пор достаточно модифицированы.

Им соответствуют множество различных симптомов, среди которых отсутствие патологических анатомических модификаций, они обратимы, возникают достаточно «легко», относятся к психогенным нарушениям, отражают социальность больных, при котором отмечается острое критическое состояние к своему расстройству и др.

«Неврозы — это болезненно переживаемые и сопровождаемые расстройствами в соматической сфере срывы личности в ее общественных отношениях, вызванные психическими факторами и не обусловленные органическими изменениями, с тенденцией к активной переработке и компенсации». А.Н. Гиляровский.

Чем же отличаются неврозы от психозов?

— имеется личностная травма, которая субъективна важна и очень сильно

переживается больным;

- в связи с чем появляются комплекс соматических и поведенческо-эмоциональных расстройств.

Происходит разрыв в сфере каких — либо значимых отношениях и с целью компенсации возникают данные расстройства.

Основные черты невротических расстройств:

- причина заключается в психогенном факторе;
- соматические проявления;
- личностный характер;
- отмечается направленность к снижению влияния психотравмирующего события в сфере социального характера.

Сами психотравмы для окружающих могут казаться банальными, не чрезвычайно выраженными, как при психозах. Они субъективно значимы именно для данного индивидуума.

Невротическое расстройство является функциональным, конфликтогенным расстройством, при котором важными являются эмоциональные нарушения, поведенческие нарушения, также соматические нарушения. Он является результатом действия внутриличностного конфликта (который не под силу разрешить этому человеку), своеобразным механизмом защиты от себя самого.

При действии психотравмирующего события и особенностей личности больного возникает невротический конфликт. Который:

- психологический;
- мотивационный;
- устойчивый;
- достаточно сильный;
- приводит к возникновению невротических симптомов.

Б.Д.Корвасарский отмечает одним из признаков неврозов (при диагностике) присутствие специфического внутриличностного конфликта. В.Н.Мясищев выделял три вида невротических конфликтов:

истерический;
обсессивно-психастенический;
неврастенический.

Истерический конфликт: большие претензии, выраженный эгоцентризм при абсолютном игнорировании окружающих, условий их существования, все через призму себя. Возникновение, обострение конфликта при повышении требований от окружения к больному в следствии отсутствия адекватных требований к себе («хочу, но не дают»). В развитии главную роль отводят воспитанию, по типу «кумир семьи» (потворствуют всем просьбам ребенка), дети привыкают требовать все от других, только не от себя самих. Не в силах оттормаживать свои желания, даже если они не сходятся с окружающими и противоречат им.

Обсессивно-психастенический конфликт возникает при противоречии своих потребностей и потребностей окружающих (борьба между долгом и

желанием) «должен», между моралью и собственными желаниями. Эти нетденции обостряются, давят на человека и в результате как разрешение ситуации возникает невротическое расстройство. Возрастает неуверенность человека в себе, с одной стороны — воспитание, традиции, семейные ценности, с другой стороны сильные влечения и собственные желания, отличающиеся от исходных, вложенных.

Неврастенический конфликт: возникает при противоречиях возможностей личности и слишком высокими требованиями к себе «я хочу, но у меня не хватает сил». Стремится к грандиозному успеху, не беря в расчет собственные ресурсы. На что влияет рост требований в окружающем мире, конкуренция, подобная невротизация начинается со школьных лет.

При усугублении неврозов, их динамике возникают все новые и новые симптомы, происходят соматобиологические сдвиги:

психоэндокринные;

вегетативная регуляция.

Но при этом не происходит морфологических изменений в тканях, подобных психосоматическим заболеваниям.

12. Литература

- 1) Архангельский А.Е. Общая психопатология. СПб., 2004.
- 2) Банщиков В.М., Короленко Ц. П., Давыдов И. В. Общая психопатология. - М. 1971., - 176с
- 3) Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, 1976.
- 4) Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. Киев, 1986.
- 5) Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Проективные методы. М., 2001.
- 6) Гиляровский В.А. Учение о галлюцинациях. М., 2003.
- 7) Журавлев И.В. Психология и психопатология восприятия: пролегомены к теории «зонда». М., 2008.
- 8) Журавлев И.В. Семиотический анализ расстройств речемыслительной деятельности. М., 2007.
- 9) Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 2007 (или любое другое издание).
- 10) Зиверт Х. Ваш коэффициент интеллекта. Тесты. М., 1997.
- 11) Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. - Нижегородская государственная медицинская академия, 2001.-158с.
- 12) Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2-х т. М., 2002 (Либо однотомное издание под ред. Т.Б. Дмитриевой, М., 1998).
- 13) Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Анормальная психология. СПб., 2005.
- 14) Каннабих Ю.В. История психиатрии. М., 2002.
- 15) Клиническая психология / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2002/2006.
- 16) Кемпинский А. Психология шизофрении. СПб., 1998.
- 17) Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб., 2002.
- 18) Кожуховская И.И. Нарушения критичности у психически больных. М., 1985.
- 19) Комер Р. Патопсихология поведения. СПб., 2007.
- 20) Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. М., 2007.
- 21) Левченко И.Ю. Патопсихология. Теория и практика. - М. Издательский центр «Академия», 2004. - 232с.
- 22) Леонтьев А. Н. Вопросы дефектологии. 1928, № 4. Леонтьев А. Н. Развитие высших форм запоминания. — В кн.: Проблемы развития психики. М., 1965.
- 23) Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л., 1983.
- 24) Логинова С.В., Рубинштейн С.Я. О применении метода «пиктограмм» для экспериментального исследования мышления психически больных. Методическое письмо. М., 1972.
- 25) Лэнг Р. Расколотое «Я». М., 1995.

- 26) Меграбян А.А. Деперсонализация. Ереван, 1962 (работа доступна в Интернете).
- 27) Методы нейропсихологической диагностики / Под ред. Е.Ю. Балашовой, М.С. Ковязиной. М.—Воронеж, 2009.
- 28) Носачев Г.Н. Семиотика психических заболеваний. Сам. гос. мед. ун-т. Каф. психиатрии и психотерапии. - Самара : [б. и.], 1995. - 135 с.
- 29) Патопсихология: Хрестоматия. / Сост. Н.Л. Белопольская. М., 2000.
- 30) Пашковский В.Э., Пиотровская В.Р., Пиотровский Р.Г. Психиатрическая лингвистика. М., 2008.
- 31) Поляков Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1974.
- 32) Психоаналитическая патопсихология / Под ред. Ж. Бержере. М., 2001.
- 33) Психологическая диагностика / Под ред. М.К. Акимовой, К.М. Гуревича. СПб., 2007.
- 34) Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. – М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. — 448 с.
- 35) Сметанников П.Г. Психиатрия. СПб., 1996 (или любое другое издание).
- 36) Смит Н. Современные системы психологии. СПб., 2003.
- 37) Снежневский А.В. Общая психопатология. М., 2001.
- 38) Соколова Е.Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. М., 1976.
- 39) Соколова Е.Т. Нарушения самосознания личности. М., 1985.
- 40) Тонконогий И.М., Пуанте А. Клиническая нейропсихология. СПб., 2007.
- 41) Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002.
- 42) Фрейд З. Истерия и страх. М., 2006.
- 43) Фрейд З. Навязчивость, паранойя и перверсия. М., 2006.
- 44) Фрейд З. Психологические сочинения. М., 2006.
- 45) Фуллер Торри Э. Шизофрения. СПб., 1997.
- 46) Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм/
Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997.

