

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования «Витебский государственный
университет имени П.М. Машерова»
Кафедра прикладной психологии

ПАТОПСИХОЛОГИЯ

Учебно-методические материалы

Витебск
УО «ВГУ им. П.М. Машерова»
2012

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИЙ

ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ, ИССЛЕДОВАНИЕ В ПАТОПСИХОЛОГИИ

1. Предмет патопсихологии. Разграничение понятий «патопсихология», «психопатология» и «специальная психология».

2. Задачи патопсихологии.

3. Методики экспериментальной патопсихологии.

4. Проведение патопсихологического исследования и подготовка заключения.

1. Предмет патопсихологии. Разграничение понятий «патопсихология», «психопатология» и «специальная психология».

Патопсихология – это отрасль психологической науки, изучающая изменения психической деятельности вследствие психических или соматических заболеваний.

Необходимо разграничивать понятия «психопатология» и «патопсихология».

Психопатология – отрасль медицины, направленная на изучение общих особенностей психических заболеваний, исследование их симптомов и синдромов, выявление патогенетических механизмов психических нарушений.

Патопсихология, являясь психологической дисциплиной, исходит из закономерностей развития и структуры психики в норме. Она **изучает** закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме.

Необходимо также различение понятий «патопсихология» и «специальная психология». **Специальная психология** – отрасль психологии, изучающая психолого-педагогические особенности детей с нарушениями развития, нуждающихся в специальных условиях обучения и воспитания.

Однако, дети и подростки с нарушениями развития при определенных условиях могут становиться объектом изучения патопсихолога, например, при проведении судебно-психиатрической или воинской экспертизы подростка с легкой умственной отсталостью, при обследовании ребенка, нуждающегося в дифференцированной диагностике между детской шизофренией и синдромом раннего детского аутизма, при стационарировании ученика специальной школы в связи с нарушениями поведения.

2. Задачи патопсихологии:

1. Получение дополнительных данных о психическом состоянии больного: состоянии его познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности в целом.

2. Проведение экспериментально-психологического исследования с целью психиатрической экспертизы (трудовая, воинская, судебная).

3. Исследование измененной психической деятельности под влиянием терапии.

4. Участие психолога в реабилитационных мероприятиях, во время которых особое внимание уделяется выявлению сохранных сторон психики и личности больного, а также изучению его социального окружения, характера отношений в социальной среде, трудовых или учебных установок.

5. Участие патопсихолога в системе психотерапевтических мероприятий.

3. Методики экспериментальной патопсихологии

На вооружении патопсихологов находится множество экспериментальных методик, с помощью которых исследуются особенности психических процессов и состояний.

Используемые в патопсихологических исследованиях методики характеризуются направленностью на звенья психических процессов. В патопсихологических методиках воссоздаются конкретные ситуации. Разрешение их требует от обследуемого определенного вида деятельности, изучение которого и является целью проводимого

исследования. В психологическом эксперименте моделируется некая проблемная ситуация, требующая раскрытия, так как отдельные, входящие в эту ситуацию элементы находятся в неадекватных соотношениях.

Разделение патопсихологических методик на качественные и психометрические, т.е. служащие для измерения тех или иных психических функций, необоснованно. Дело в том, что методики, направленные на выявление качественных закономерностей психической деятельности больных, доступны в большинстве случаев статистической обработке. Использование же психометрических тестов без качественного анализа получаемого с их помощью материала неправомерно и приводит к ошибочным выводам.

С другой стороны, существуют группы патопсихологических методик, имеющих общую направленность. Так, особенности течения ассоциаций обнаруживаются при исследовании методиками классификации, исключения, в ассоциативном эксперименте, пиктограммах.

Один и тот же психический дефект обнаруживается при исследовании различных проявлений психической деятельности обследуемого – так, эмоциональное уплощение может выступить при исследовании столь различными методиками, как проба на запоминание, пиктограммы, с помощью картинок с эмоциональным подтекстом, при определении уровня притязаний. Повышенная истощаемость определяется при исследовании таблицами Шульте, Крепелина, в корректурной пробе, при образовании аналогий и т.д.

Из сказанного вытекают **два принципа подбора экспериментально-психологических методик**. Это, во-первых, сочетание методик, позволяющих более полно и всесторонне исследовать какие-либо проявления психической деятельности. Например, при исследовании памяти употребляются пробы на заучивание искусственных звукосочетаний, слов и ассоциативных пар слов, применяются методики, позволяющие судить о кратковременной и долговременной памяти, о непосредственном и опосредованном запоминании и т. д. Во-вторых, сочетание близких по направленности методик позволяет судить о достоверности, надежности полученных результатов. Данные, получаемые в клинко-психологическом эксперименте с помощью одной методики, всегда желательно подтвердить результатами, полученными с помощью других методик.

Обычно для обследования одного больного достаточно 8–9 методик, выбираемых в соответствии с задачами исследования.

В выборе методик патопсихологического исследования могут играть существенную роль следующие обстоятельства.

1. Цель исследования – дифференциальная диагностика (в зависимости от предполагаемых заболеваний), определение глубины психического дефекта, изучение эффективности терапии. Там, где предполагается шизофренический процесс, применяются одни методики исследования, при обследовании больного эпилепсией с целью установления выраженности интеллектуально-мнестических расстройств – другие. Для многократных исследований в ходе лечения избираются методики, располагающие значительным количеством равных по трудности вариантов заданий.

2. Образование больного и его жизненный опыт, например, недостаточно грамотному испытуемому не следует давать задания по методике образования сложных аналогий.

3. Иногда существенную роль играют особенности контакта с больным. Так, нередко приходится обследовать больного с нарушением деятельности слухового или зрительного анализатора. При глухоте максимально используются задания, рассчитанные на зрительное восприятие. Даже в пробе на запоминание слова испытуемому не зачитываются, а предъявляются в письменном виде. При плохом зрении, наоборот, все методики варьируются для слухового восприятия.

В процессе исследования методики обычно применяют по возрастающей сложности – от более простых к сложным. Исключение составляет обследование испытуемых, от которых ожидают агравации или симуляции.

Эффективность того или иного метода психологического исследования определяется с помощью понятий надежности и валидности, введенных в экспериментальную психологию в процессе создания психологических тестов. М. С. Роговин (1981) указывает, что хотя за последние годы нередко высказывались сомнения в методологической строгости этих понятий, они тем не менее не утратили своего значения.

4. Проведение патопсихологического исследования и подготовка заключения

В проведении патопсихологического исследования можно различить **несколько этапов**.

Первый осуществляется клиницистами еще до знакомства психолога с больным и сводится к формулировке клинической задачи. Беседе с больным предшествует ознакомление патопсихолога с материалами истории болезни. Ознакомление с историей болезни и состоянием больного позволяет исследующему уточнить задачу, поставленную перед ним клиницистами, и наметить предварительный план исследования – выбор методик, очередность их применения.

Беседу с больным начинают с расспроса паспортных данных, на основании чего составляют первое суждение о состоянии у больного мнестической функции. Иногда беседа патопсихолога с больным существенно влияет на дальнейший ход исследования, придает ему специфическую направленность. В беседе с больным выясняются и особенности его личности до заболевания, оценка им изменения в процессе болезни самочувствия и своей работоспособности. Определяется культурный уровень больного, его образованность, эрудиция, круг интересов, потребности.

Выполнению задания по каждой методике предшествует инструкция. По мнению Р. Fraisse (1966), инструкция составляет часть общего определения экспериментальной ситуации и должна обеспечивать сотрудничество обследуемого с экспериментатором.

Необходима как можно более полная и точная запись исследующим обстоятельств проводимого опыта. Правильное ведение протокола исследования позволяет впоследствии строить обобщения, анализируя данные обследований специально подобранных групп больных.

Важным и нередко очень трудным представляется заключительный этап исследования – анализ полученных в эксперименте фактов, их обобщение и подготовка заключения, которое должно отражать качественные особенности течения психических процессов у обследуемого. При этом важна не столько характеристика данных, полученных с помощью отдельных методик, сколько умение обобщить их, выделив таким образом основные нарушения психической деятельности. Заключение всегда должно быть ответом на вопрос, который поставлен клиницистом перед патопсихологом.

Форма заключения не может быть единой. С. Я. Рубинштейн писала, что так же, как само исследование не может быть стандартным, не может быть и стандарта в составлении заключения. В значительной мере характер заключения зависит и от индивидуальных свойств патопсихолога и от рабочей нагрузки. Этими факторами, например, определяется лаконичность или обстоятельность заключения. Заключение не должно быть повторением, даже сжатым, протокола обследования.

В заключении отмечают особенности поведения больного, обусловленные ситуацией исследования, его отношение к самому факту исследования. Обязательно регистрируется наличие компонентов так называемого установочного поведения (оно не всегда является признаком симуляции или агравации и наблюдается в рамках психогенных состояний, особенно при наличии истерической симптоматики). В заключении нельзя ограничиваться перечнем применявшихся в процессе исследования методик и регистрацией факта выполнения или невыполнения обследуемым

предложенных ему заданий. На основе анализа данных эксперимента необходимо выделить ведущие патопсихологические особенности аналогично тому, как психиатр на одном из этапов врачебного мышления вычленяет в клинической картине заболевания доминирующий синдром. И патопсихолог ищет в структуре психического дефекта обследуемого своего рода патопсихологический синдром.

Характер заключения зависит и от поставленной перед исследователем задачи. Так, при повторяемых в процессе лечения больного исследованиях основное внимание уделяется сравнению обнаруживаемых результатов. Например, повторно обследуя больного с соматогенной астенией, мы обращаем особое внимание на изменение выраженности у него по мере лечения явлений повышенной истощаемости. Иную задачу ставит перед патопсихологами судебно-психиатрическая экспертиза. Например, диагноз олигофрении у испытуемого клинически несомненен, но требуется не только зафиксировать у него в эксперименте недостаточность уровня обобщения, но и определить более точно степень выраженности интеллектуального дефекта. Последнее иногда крайне трудно сделать, руководствуясь лишь клиническими признаками, а для экспертного решения точное установление уровня недостаточности процесса обобщения играет очень важную роль. Ответы на эти вопросы и должно содержать заключение.

НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ.

- 1. Агнозии.**
- 2. Псевдоагнозии при деменции.**
- 3. Обманы чувств.**
- 4. Нарушение мотивационного компонента восприятия.**

1. Агнозии

Агнозия (от греч. *a* – отрицательная частица, *gnosis* – знание) – это расстройство узнавания характеристик предметов и звуков. Выделяют зрительные, тактильные и слуховые агнозии.

Для больных с органическими поражениями мозга явления агнозии состоят в выделении в предметах то одного признака, то другого, но узнать его, объединив все признаки, т. е. осуществить синтез, не могут. Таким образом, процесс восприятия при психических заболеваниях приобретает характер отгадывания и ступенчатости узнавания предметов. При этом экспериментально-психологическое исследование не выявляет каких-либо грубых нарушений мыслительной деятельности больных.

При исследовании восприятия больному предъявляются изображения одних и тех же предметов в разном исполнении:

- а) в виде пунктирного контура;
- б) в виде черного силуэта;
- в) в виде точного фотографического изображения, иногда на фоне контрфонов.

Восприятие нарушается в своей специфически человеческой характеристике как процесс обладающий функцией обобщения и условности.

2. Псевдоагнозии при деменции

При органической деменции выявлены нарушения узнавания силуэтных картинок и пунктирных рисунков. При предъявлении ситуационных рисунков больные не улавливают смысл сюжета, они описывают отдельные предметы, не видя их сюжетной связи. Потеря смысла сюжета перекрывается описанием конкретных предметов. У некоторых больных может быть нарушено восприятие формы (испытуемый называет треугольник клином). Агнозия больных может трактоваться, как нарушения «оптического внимания». При попытке понять сюжет картинки больные из-за неправильного узнавания деталей и

структурного распада часто неправильно описывают ее содержание. Это феномен, описанный А.Пиком как «сенильная агнозия» или как расстройство «симультанного восприятия». Он выражается в том, что испытуемый, описывая отдельные предметы, не умеет уловить общего смысла картинки.

В силу выпадения и расстройства смысловых компонентов у дементных больных резко страдала ортоскопичность восприятия. При незначительном удалении предметов у дементных больных не сохранялось постоянство их величины.

Восприятие, не организуемое мышлением, становится диффузным, недифференцированным, что является причиной его структурного распада. Несущественные элементы рисунка становятся центром внимания и ведут к неправильному узнаванию предмета, при этом выпадают смысловые компоненты сюжета. Итак, процесс распада восприятия у дементных больных **подтверждает ведущую роль фактора осмысленности и обобщенности в любом акте перцептивной деятельности человека.**

3. Обманы чувств

В зависимости от наличия или отсутствия раздражителя обманы чувств могут относиться к категории иллюзий или галлюцинаций. У больных могут возникать **иллюзорные восприятия**, при которых имеются реально существующие конкретные раздражители. Но у больного формируется их искаженное восприятие. Одним из наиболее часто встречающихся симптомов расстройства восприятия при шизофрении являются галлюцинации. **Галлюцинациями** называются ложные восприятия. Больные видят образы, которых нет, слышат речь, слова, чувствуют запахи, которых не существует. Галлюцинант – это человек, внутренне убежденный в том, что он что-то воспринимает, тогда как во внешнем мире в данный момент не существует реального предмета, способного вызвать это восприятие. Считается, что галлюцинации возникают без наличия раздражителя.

Вопрос о механизме возникновения галлюцинаций изучался многими учеными. И.П. Павлов считал, что галлюцинации возникают при наличии гипнотической парадоксальной фазы. С.Я. Рубинштейн пришел к другим выводам. В сложном патогенезе галлюцинаций, по ее мнению, большую роль играет изменение деятельности внешних и внутренних анализаторов.

Среди нарушений восприятия выделяют также **псевдогаллюцинации**. Псевдогаллюцинации проецируются не во внешнем пространстве, а во внутреннем – голоса звучат «внутри головы», больные слышат их как бы внутренним ухом. Больные говорят об особых видениях, об особых голосах, но они не идентифицируют их с реальными предметами и звуками. Псевдогаллюцинации характеризуются насильственным характером воздействия, оказываемого на больного. Галлюцинации и псевдогаллюцинации могут быть тактильными, вкусовыми, кинестетическими. Сочетание псевдогаллюцинаций с симптомом отчужденности носит название синдрома Кандинского. При этом синдроме больных охватывает чувство «сделанности» или «навязанности» кем-то подобного восприятия, возникающих мыслей; им кажется, что кто-то на них воздействует со стороны.

Главной особенностью обманов чувств при психических заболеваниях является отсутствие их непосредственной идентификации с реальными предметами и их качествами.

4. Нарушение мотивационного компонента восприятия

Процесс восприятия зависит от того, какие мотивы побуждают и направляют деятельность испытуемых. Одновременно выявляются различия в перцептивной деятельности здоровых и больных людей. О значении личностного фактора в перцептивной деятельности г

Пациенты с болезнью Пика (при атрофическом поражении мозга) не в состоянии объединять предъявляемые им предметы в одно целое. Аналогичные нарушения наблюдаются и у больных с прогрессивным параличом (при поражении лобных долей). Такие больные не могут распределить правильно серию сюжетных картинок и ограничиваются лишь описанием отдельных их фрагментов. Приведенные примеры показывают, что существенную роль в гностических нарушениях у этих лиц играют нарушение подконтрольности, невозможность сличения своих действий с предлагаемым результатом.

А.Н. Леонтьев подчеркивал, что деятельность восприятия включает в себя основную характеристику человеческой психики – *пристрастность*. Из этого следует, что процесс восприятия строится различно в зависимости от того, какие мотивы будут побуждать и направлять деятельность испытуемых. Можно ожидать, что перцептивная деятельность у больных и здоровых людей будет иметь разную структуру.

Экспериментальное исследование, проведенное Е. Т. Соколовой, доказывает, что восприятие существенно зависит от структуры деятельности, реализуемой субъектом. Особая роль принадлежит ее мотивационному компоненту, определяющему направленность, содержание и смысл перцептивного процесса. В случае нормального развития психики изменение мотивации приводит к переструктурированию деятельности человека, а характер восприятия обуславливается ведущим, смыслообразующим мотивом. Изменение мотивационного компонента изменяет структуру восприятия.

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ.

- 1. Нарушение непосредственной памяти.**
- 2. Нарушение динамики мнестической деятельности.**
- 3. Нарушение опосредованной памяти.**
- 4. Нарушение мотивационного компонента памяти.**

1. Нарушение непосредственной памяти.

Корсаковский синдром

Нарушение памяти, связанной с текущими событиями, является одним из наиболее исследованных расстройств непосредственной памяти. При этом нарушении относительно сохранной остается память на события далекого прошлого. Синдром нарушения памяти на текущие события был описан известным отечественным психиатром С. С. Корсаковым и получил его имя. Данный вид нарушений памяти часто сочетается с *конфабуляциями* в отношении текущих событий и их дезориентировкой в месте и во времени.

Часто корсаковский синдром может проявиться в неточности воспроизведения услышанного и увиденного или в неточной ориентировке. Нарушения памяти на недавние события сочетаются с недостаточной ориентировкой в окружающем, реальные события могут то отчетливо выступать в сознании больного, то причудливо переплетаться с событиями, не имевшими места. Таким образом, невозможность воспроизведения информации настоящего момента не позволяет организовать будущее, нарушается взаимосвязь отдельных периодов жизни.

Особую форму приобретают расстройства памяти при корсаковском синдроме, если они развиваются на фоне выраженной аспонтанности, т. е. грубых нарушений мотивационной сферы у больных с поражениями лобно-базальных отделов мозга. Такие нарушения памяти обнаруживаются на фоне апатического или эйфорического состояния.

Прогрессирующая амнезия

Это такое нарушение памяти, когда расстройство распространяется не только на текущие события, но и на прошедшие. Больные не помнят прошлого, путают его с настоящим, смещают хронологию событий. Характерной становится дезориентировка во

времени и в пространстве. При амнестической дезориентировке прошлые профессиональные навыки могут быть перенесены в настоящее время.

Данные нарушения памяти чаще отмечаются при психических заболеваниях позднего возраста. В их основе лежит прогрессирующая, качественно своеобразная деструкция коры головного мозга. Больной живет не в настоящей ситуации, которую он уже не воспринимает, а в обрывках обстоятельств, действий, положений, имевших место в далеком прошлом. Старческое слабоумие развивается постепенно.

С. Г. Жислин высказывает предположение о том, что неясное восприятие мира при старческом слабоумии обусловлено расторможенностью выработанных дифференцировок и общим ослаблением анализаторных функций коры. Ставшие инертными нервные процессы не поспевают за сменой событий, происходящих в реальном мире. Больные способны фиксировать лишь отдельные части этих событий.

2.Нарушение динамики мнестической деятельности

У психически больных может иметь место и нарушение динамики мнестической деятельности. Больные в течение какого-то времени хорошо запоминают материал (10 слов), а затем очень скоро вообще ничего не могут воспроизвести, после второго или третьего предъявления вспоминают 5-6 слов, после пятого – 2-3 слова, а после шестого предъявления – 7-8 слов.

Нарушения динамики мнестической деятельности следует рассматривать как проявление прерывистости всех психических процессов, как индикатор неустойчивости умственной работоспособности, ее истощаемости, а не как нарушение памяти в узком смысле слова.

Можно предположить, что нарушение динамики мнестической деятельности является особым и частным случаем проявления истощаемости умственной работоспособности, отражением ее неустойчивости. Следует отметить, что одним из показателей нарушений динамики мнестической деятельности является возможность ее улучшения при применении средств опосредования.

Нарушение динамики мнестической деятельности может выступать и как следствие аффективно-эмоциональной неустойчивости.

3.Нарушение опосредствованной памяти

Память является сложно организованной деятельностью, зависящей от многих факторов: уровня познавательных процессов, мотивации, динамических процессов. Психическая болезнь, изменяя эти компоненты, по-разному разрушает и мнестические процессы.

Из работ А.Н. Леонтьева известно, что привнесение фактора опосредствованности улучшает воспроизведение слов. Для исследования процесса опосредствования запоминаемого материала используется метод пиктограмм А. Р. Лурия.

Основную трудность для испытуемых представляет интеллектуальная операция по установлению общности в рисунке и в запоминаемом слове. Каждое слово имеет общечеловеческое значение и обладает определенной системой признаков. Больному надо выделить главные, существенные признаки запоминаемого слова и запечатлеть их в рисунке.

Опосредствованная память связана также с мыслительными операциями. Если по рисунку испытуемый плохо или неправильно воспроизводит слова, то смысл запоминания не соответствует смыслу опосредствующих знаков. Смысл рисунка должен соответствовать смыслу слова, в противном случае это означает, что испытуемый не выделяет смысла слова. По воспроизводимому рисунку можно определить и актуализацию испытуемым латентных свойств предметов.

Экспериментальные исследования показали, что у больных с симптоматической эпилепсией выявленные нарушения опосредствования связаны с колебаниями их

работоспособности. Подобные нарушения у больных эпилептической болезнью объясняются инертностью, тугоподвижностью протекания психических процессов и гипертрофированным желанием отобразить все детали рисунка.

4.Нарушение мотивационного компонента памяти

Мотивационный компонент является неотъемлемым в строении и протекании процессов памяти, его нарушения особенно проявляются у больных с эндогенными заболеваниями (шизофренией). У больного нарушается личностное отношение к окружающему миру. Он запоминает только то, что считает нужным и важным. У больных шизофренией нарушения мотивационной стороны выражаются в запоминании одежды, формы, цвета. Здоровые люди запоминают облик человека. Измененное отношение к окружающему и своим возможностям приводит к распаду структуры психической деятельности. Исследования показывают, что у больных с различными формами патологии изменяется и закономерность воспроизведения завершенных и незавершенных действий. Так, у больных шизофренией, в психическом состоянии которых отмечалась эмоциональная вялость и искажение мотивов, не возникал эффект лучшего воспроизведения незавершенных действий. Эти данные доказывают, что в нарушениях мнестической деятельности находит свое отражение по-разному измененная структура мотивационной сферы больных.

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ.

1. Нарушение операционной стороны мышления:

2.Нарушение динамики мыслительной деятельности:

3.Нарушение мотивационного (личностного) компонента мышления:

4.Нарушение критичности мышления.

1.Нарушение операционной стороны мышления

Мышление опирается на систему понятий, которые дают возможность отразить действие в обобщенных и отвлеченных формах. При некоторых формах патологии психической деятельности больные теряют возможность использовать систему операций обобщения и отвлечения.

Снижение уровня обобщения

Снижение уровня обобщения выражается в том, что в суждениях испытуемых доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях, устанавливаются сугубо конкретные связи между предметами. Особенно наглядно это видно на примере анализа результатов, полученных при использовании методики классификации предметов. Анализируемые предметы объединяются больными на основе второстепенных или частных признаков. При ярко выраженном снижении уровня обобщения классификация как мыслительная операция оказывается недоступной больным. Испытуемыми устанавливаются конкретно-ситуационные связи.

Особенно четко выступает непонимание условности и обобщенности предлагаемого образа при объяснении больными пословиц и метафор.

Патопсихологические исследования показывают, что мыслительная деятельность психически больных несовершенно отражает предметный и человеческий миры и взаимосвязи в них. В то же время полноценный процесс отражения объективных свойств и закономерностей явлений предполагает умение абстрагироваться от конкретных деталей.

Искажение обобщения

Это нарушение операционной стороны мышления является антиподом процесса снижения обобщения. Оно наблюдается чаще всего у больных шизофренией. Искажение обобщения выражается в «отлете» от конкретных связей в чрезвычайно утрированной форме. Если у больных эпилепсией уровень обобщений характеризуется конкретно-ситуативными связями (и это означает снижение уровня обобщения), то больные

шизофренией отражают в своих обобщениях лишь случайную сторону явлений, предметное содержание которых ими не учитывается и искажается.

При решении заданий у больных шизофренией актуализируются лишь случайные ассоциации. Связи, которыми оперируют больные, не отражают ни содержания явлений, ни смысловых отношений между ними.

Особенно отчетливо бессодержательный характер суждений выступает при выполнении пиктограмм. В них больные устанавливают лишь формальные, бессодержательные связи.

2.Нарушение динамики мыслительной деятельности

Лабильность мышления

Нарушения динамики мыслительной деятельности могут выражаться в лабильности или неустойчивости способа выполнения задания. *Лабильность мышления* – это чередование адекватных и неадекватных решений. Уровень обобщения в основном может не страдать, однако адекватный характер суждений может быть неустойчивым. Достигая в отдельных случаях высоких уровней обобщения, больные эпизодически сбиваются на путь неправильных или случайных сочетаний.

Лабильность мышления часто проявляется у больных маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе болезни. *Маниакальные состояния* характеризуются повышенным аффективным состоянием и психомоторным возбуждением. Характерна чрезвычайная неустойчивость и разбросанность внимания. Возникающие ассоциации носят хаотический характер и не оттормаживаются. Понимая смысл пословицы, больные не могут на ней сосредоточиться. Нередко какое-нибудь слово в пословице вызывает цепь ассоциаций, которые далеко уведут больного от начальной темы.

Инертность мышления

Затрудненность переключения с одного способа работы на другой носит название *инертности мышления*. Это нарушение мышления противоположно по смыслу предыдущему. Изменение условий затрудняет возможности обобщения материала. Инертность связей прежнего опыта приводит к снижению операций обобщения и отвлечения. Больные эпилепсией, с последствиями тяжелых травм, а также умственно отсталые демонстрируют вязкость мышления и своеобразное резонерство, проявляющееся в обстоятельности и излишней детализации. Они обнаруживают замедленность и тугоподвижность интеллектуальных процессов и трудности переключения.

При этой форме нарушения мышления характерны запаздывающие ответы, когда следовый раздражитель сохраняет свое значение. Следовый раздражитель приобретает большее сигнальное значение, чем актуальный.

3.Нарушение мотивационного (личностного) компонента мышления

Мышление является сложной саморегулирующейся формой деятельности, которая определяется целью и поставленной задачей. Источником человеческого действия является осознанная потребность. Такая потребность для человека выступает в виде конкретных жизненных целей и задач. Реальная деятельность человека, направленная на достижение этих целей и задач, регулируется и корректируется мышлением. Для того чтобы мышление могло регулировать поведение, оно должно быть целенаправленным, критичным, личностно-мотивированным.

Особенно ярко нарушение мотивационного компонента обнаруживается в разноплановости мышления и резонерстве.

Разноплановость мышления

Под *разноплановостью мышления* понимается протекание суждений в разных руслах. Классификация, выполненная больным, страдающим разноплановостью суждений, не имеет единого характера. Во время выполнения одного и того же задания больные объединяют

карточки на основании то свойств самих изображенных предметов, то личных вкусов и установок.

Парадоксальность установок, смысловая смещенность приводят к глубокому изменению структуры любой деятельности. В качестве существенного при этом выступает то, что соответствует измененным парадоксальным установкам больных.

Резонерство

Резонерство — это бесплодное мудрствование, непродуктивные многоречивые рассуждения. Резонерские рассуждения больного определяются не столько нарушением его интеллектуальных операций, сколько повышенной аффективностью, неадекватным отношением, стремлением подвести любое, даже незначительное явление под какую-то концепцию.

Разноплановость и резонерство больных находят свое отражение в речи, которая приобретает характер «разорванности». «Разорванная» речь больных лишена основных, характерных для человеческой речи признаков. Она не является ни орудием мысли, ни средством общения между людьми.

4.Нарушение критичности мышления

Нарушения мышления могут возникнуть и в тех случаях, когда выпадают постоянный контроль за своими действиями и коррекция допущенных ошибок. При выполнении больными экспериментальных заданий обнаруживается группа ошибок, связанная с:

- бездумным манипулированием предметами;
- безразличным отношением к собственным ошибкам.

И. И. Кожуховская отмечает, что именно градация отношений больного к допускаемым ошибкам может служить показателем критичности мыслительной деятельности больных.

Больные шизофренией в основном безучастны к собственным ошибкам. Это объясняется нарушением мотивации мышления этих больных. Больные эпилепсией, напротив, чрезвычайно остро переживают свои неправильные ответы и ошибки, однако оценить качество ответа они не могут. Их болезненная реакция, скорее, связана с оценкой их ответа экспериментатором, чем с содержанием ответа.

НАРУШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

- 1. Нарушение структуры иерархии мотивов**
- 2. Нарушение смыслообразования**
- 3. Нарушение саморегуляции и опосредования**
- 4. Нарушение критичности и спонтанности поведения**

1. Нарушение структуры иерархии мотивов

Усложнение мотивов, их опосредование и иерархическое построение начинаются у ребенка уже в дошкольном возрасте и происходят дальше в течение всей жизни: мотивы теряют свой непосредственный характер, они начинают опосредоваться сознательно поставленной целью, происходит подчинение одних мотивов другим. В конкретной человеческой деятельности можно выделить ведущий мотив. Именно он придает всему поведению определенный смысл. Наличие ведущих мотивов не устраняет необходимости мотивов дополнительных, непосредственно стимулирующих поведение, однако без ведущих мотивов содержание деятельности лишается личностного смысла. Патологический материал позволяет проследить закономерности изменения мотивационной сферы человека, которые приводят к смене позиций, интересов, ценностей личности. Наиболее отчетливо эти закономерности можно обнаружить у больных психическими заболеваниями, при которых процесс нарушения мотивов, установок и ценностей происходит достаточно развернуто, позволяя проследить его отдельные этапы. В качестве методического приема может быть применен метод психологического анализа

историй болезни в их сопоставлении с данными экспериментально- психологических исследований. При таком подходе имеют место две группы фактов: одна из них касается нарушения иерархии мотивов, другая – способа формирования новой потребности (патологической).

Структуры иерархии мотивов не выводятся непосредственно из нарушений мозга, а проходят длинный и сложный путь формирования, при котором действуют механизмы, во многом общие с механизмами нормального развития мотивов.

2. Нарушение смыслообразования

Слияние обеих функций мотива – побуждающей и смыслообразующей – придает деятельности человека характер сознательно регулируемой деятельности. Ослабление и искажение этих функций – смыслообразующей и побудительной – приводят к нарушениям деятельности

Виды смысловых нарушений.

1. Парадоксальная стабилизация какого-нибудь круга смысловых образований.

2. Сужение круга смысловых образований. Выражается в том, что мотив, сохраняя до известной степени побудительную силу, придает смысл относительно меньшему кругу явлений, чем до заболевания. В результате многое из того, что ранее имело для больного личностный смысл (например, учеба, работа, дружба, отношение к родителям и т.п.), постепенно теряет его.

3. Нарушение саморегуляции и опосредования

Одним из важнейших индикаторов уровня развития личности является возможность опосредования, самостоятельного регулирования своего поведения.

Процесс опосредования совершается на разных уровнях психического отражения и зависит от многих детерминант: от содержания выполняемой деятельности, от ситуации, в которую данная деятельность включена, от целей, которые ставит перед собой человек, от степени иерархизации его мотивов, от самооценки, от восприятия людей, с которыми человек вступает в общение, от направленности личности.

Опосредствуя свое поведение, человек получает возможность вырабатывать новые способы действия, активности, новые мотивы. Поведение человека становится более произвольным и осознанным.

4. Нарушение критичности и спонтанности поведения

Понятие критичности носит в психиатрии неоднозначный характер; часто имеется в виду критичность к бреду, галлюцинациям и другим болезненным переживаниям. Особенно важен тот вид критичности, который состоит в умении обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями реальности. Нередко некритичность принимает особую форму, проявляясь в виде нарушений спонтанности поведения, инактивности. Подобное поведение часто наблюдается у больных с грубыми поражениями лобных отделов мозга. При поверхностном наблюдении эти больные производили впечатление относительно сохранных людей. Они усваивали предъявляемые им вопросы, были ориентированы в месте и времени, в общественных событиях, принимали участие в трудовых процессах, выполняли поручения, читали книги, запоминали прочитанное, слушали радио. Однако при ближайшем наблюдении можно было отметить неадекватность их поведения. Вслушиваясь в их беседы с родными, можно было установить, что больные правильно отвечали на вопросы, но сами их не задавали, не интересовались жизнью своих близких, не говорили о своих планах на будущее. Они сами не предъявляли жалоб, считали себя здоровыми, готовыми нести и дальше свои трудовые обязанности; лишь путем настоятельных опросов и бесед удалось выяснить, что у них имеют место головные боли и

другие недомогания, которым они не придавали значения. Соматическое состояние этих больных часто было хорошим.

Действия больных не были продиктованы ни внутренними мотивами, ни их потребностями. Отношение больных к окружающему было глубоко изменено. Это измененное отношение особенно отчетливо выступает, если проанализировать не отдельные поступки больного, а его поведение в трудовой ситуации. Трудовая деятельность направлена на достижение продукта деятельности и определяется отношением человека к этой деятельности и ее продукту.

Следовательно, наличие такого отношения к конечному результату заставляет человека предусматривать те или иные частности, детали, сопоставлять отдельные звенья своей работы, вносить коррективы. Трудовая деятельность включает в себя планирование задания, контроль своих действий, она является прежде всего целенаправленной и сознательной. Поэтому распад действия аспонтанных больных, лишенных именно этого отношения, легче всего проявляется в трудовой ситуации обучения.

НАРУШЕНИЯ УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ.

1. Общепсихологическая характеристика работоспособности человека.

2. Клинические проявления нарушения умственной работоспособности.

3. Патопсихологический анализ нарушений умственной работоспособности при психических расстройствах.

1. Общепсихологическая характеристика работоспособности человека.

Нарушения психической деятельности психически больных людей могут иметь различный характер. Как известно, наряду с расстройствами познавательных процессов и личностных изменений могут также встречаться нарушения динамической стороны психической деятельности, которые зачастую являются следствием нарушения умственной работоспособности.

Под *работоспособностью* принято понимать потенциальную возможность индивида выполнять целесообразную деятельность на заданном уровне эффективности в течение определенного времени. Говоря о работоспособности, выделяют общую (потенциальную, максимально возможную) и фактическую работоспособность, уровень которой всегда ниже. Принято выделять ряд последовательно сменяющих друг друга *фаз работоспособности*.

Психическое утомление разнообразно по своим проявлениям: в области *ощущений* оно проявляется в понижении чувствительности, в результате чего отдельные раздражители перестают восприниматься, а другие воспринимаются с опозданием. Также снижается способность концентрировать *внимание*, сознательно его регулировать. Нарушаются показатели *памяти*: снижается способность к запоминанию, воспоминания приобретают обрывочный характер. *Мышление* замедляется, теряет свой критический характер, гибкость. В *эмоциональной сфере* возникает безразличие, скука, состояние напряженности, возможны явления депрессии или повышенной раздраженности, наступает эмоциональная неустойчивость. Нарушаются *сенсомоторные реакции*, что проявляется в увеличении времени реакции, потере ловкости, координированности движений. Таким образом, психическое утомление имеет комплексный характер и затрагивает все стороны психической жизни человека.

2. Клинические проявления нарушения умственной работоспособности.

Нарушение умственной работоспособности наиболее ярко проявляется в клинической картине астенического синдрома (состояния нервно-психической слабости). Ведущее проявление данного синдрома – собственно астения, признаками которой являются повышенная утомляемость, истощаемость нервно-психических процессов. В

результате этого нарушается нормальное течение познавательных процессов. На первый план выходят нарушения произвольного внимания, его концентрации. Нарастают рассеянность, отвлекаемость, затрудняется сосредоточение. Появляется функциональное затруднение запоминания и активного воспроизведения, сочетающееся с затруднением осмысления и "схватывания" материала. Так, чтение быстро превращается в механический процесс без усвоения и понимания смысла прочитанного.

При астении отмечаются и поведенческие расстройства. Поведение таких больных отличается нетерпеливостью, быстрым истощением целенаправленной активности, что сопровождается неустойчивостью способов деятельности, недоведением начатого до конца. В таком состоянии резко падают физическая и нервно-психическая трудоспособность. При работе быстро появляется усталость, вялость, выраженная потребность в отдыхе, после которого наблюдается непродолжительный всплеск активности и улучшение самочувствия. Помимо этого, обязательными симптомами астении являются эмоционально-гиперэстетические и вегетативно-висцеральные расстройства.

Астенический синдром встречается при неврозах, являясь сущностью астенического невроза (неврастении), а также наблюдается при многих соматических заболеваниях, органических поражениях головного мозга и некоторых формах течения шизофрении.

3. Патопсихологический анализ нарушений умственной работоспособности при психических расстройствах.

При экспериментальном исследовании психической деятельности душевнобольных выявляются ее нарушения, связанные с нарушением умственной работоспособности. О нарушении умственной работоспособности, согласно мнению Б.В. Зейгарник, целесообразно говорить в том случае, если испытуемый осмысляет задание, требующее синтеза и обобщений, его ассоциации носят адекватный характер, его отношение к ситуации эксперимента не изменено, однако он не может в конкретной работе длительно удерживать инструкцию, правильный способ действия, допускает ошибки.

Проблеме нарушения работоспособности больных было посвящено исследование Э.А. Коробковой, которая разработала *классификацию проявлений нарушения работоспособности* в широком смысле слова. По ее мнению, нарушения работоспособности могут проявляться как нарушения целенаправленности, произвольности, нарушения объема и регуляции усилий и нарушение динамики деятельности.

Нарушения умственной работоспособности зачастую принимают характер нарушений отдельных процессов: памяти, мышления, колебаний внимания, нарушений сенсомоторных реакций, что ярко проявляется в патопсихологическом эксперименте.

Прерывистость психических процессов, неустойчивость динамики психики, согласно взглядам Б. В. Зейгарник, связана с колебаниями коркового тонуса и приводит к нарушениям не только элементарных, но и более сложных форм интеллектуальной деятельности – к непоследовательности суждений. Характерной особенностью непоследовательности суждений служит неустойчивость уровня выполнения задания.

Б. В. Зейгарник отмечает интересную особенность, проявляющуюся в экспериментальном исследовании умственной работоспособности психически больных. Она обнаружила, что колебания умственных достижений больных выявляются не при всех экспериментальных заданиях. Они могут не проявляться при выполнении сложных, но одноактных проб, но обнаруживаются при решении многоактных задач, требующих учета и удержания нескольких признаков, особенно когда необходимо длительное удержание направленности мысли и отторгивание несоответствующих связей.

Однако причиной нарушения умственной работоспособности может выступать не только истощаемость психических процессов. В ряде случаев в ее основе может лежать явление быстрого "*пресыщения*". Под пресыщением понимают состояние, при котором у

человека иссякает потребность к продолжению начатого действия, в то время как условия заставляют его им заниматься. При этом не только снижается продуктивность, но и возникают изменения в деятельности испытуемого, появляются различные "вариации" заданного действия. Нарушения пресыщаемости могут проявиться и прямо противоположным способом. В некоторых случаях, когда активность больного приобретает сверхценный характер, т.е. значимым становится сам процесс деятельности, а не достижение ее результата, отмечается феномен непресыщаемости потребности в выполнении стереотипных монотонных действий. Колебания умственной работоспособности могут быть обусловлены не только выраженной истощаемостью или пресыщаемостью психических процессов, но и тенденцией к чрезмерному опосредованию. Объясняется это тем, что больные со снижением умственной работоспособности, но личностно сохраненные, при выполнении экспериментальных заданий замечали свои ошибки, пытались их скомпенсировать, но при этом возникало иногда чрезмерное стремление опосредовать свое поведение и действия. Сам факт опосредования действия является адекватным свойством психической деятельности здорового человека. Но усилия больных так резко направлены на приемы компенсации, на постоянное отыскивание вспомогательных средств, что нарушается целостность восприятия, гармоничность протекания интеллектуального процесса, который в силу этого приобретает прерывистый характер.

НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

- 1. Оглушенное состояние сознания.**
- 2. Делириозное помрачение сознания.**
- 3. Онейроидное (сновидное) состояние сознания.**
- 4. Сумеречное состояние сознания.**
- 5. Псевдодеменция.**
- 6. Деперсонализация.**

1. Оглушенное состояние сознания.

Одним из наиболее распространенных синдромов нарушения сознания является синдром оглушенности, который чаще всего встречается при острых нарушениях ЦНС, при инфекционных заболеваниях, отравлениях, черепно-мозговых травмах. Оглушенное состояние сознания характеризуется резким повышением порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций. Больные отвечают на вопросы как бы «спросонок», сложное содержание вопроса не осмысливается. Отмечается замедленность в движениях, молчаливость, безучастие к окружающему. Выражение лица у больных безразличное. Очень легко наступает дремота. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Состояние оглушения сознания длится от минут до нескольких часов.

2. Делириозное помрачение сознания.

Делириозное помрачение сознания. Это состояние резко отличается от оглушенного. Ориентировка в окружающем при нем тоже нарушена, однако она заключается не в ослаблении, а в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. Возникает не просто дезориентировка, а ложная ориентировка во времени и пространстве.

На фоне делириозного состояния сознания возникают иногда преходящие, иногда более стойкие иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи. В отличие от больных, находящихся в оглушенном состоянии сознания, больные в делирии говорливы. При нарастании делирия обманы чувств становятся сценopodobными: мимика напоминает зрителя, следящего за сценой. Выражение становится то тревожным, то радостным, мимика выражает то страх, то любопытство. Нередко в состоянии делирия больные становятся возбужденными. Как

правило, ночью делириозное состояние усиливается. Делириозное состояние наблюдается в основном у больных с органическими поражениями головного мозга после травм, инфекций.

3. Онейроидное (сновидное) состояние сознания.

Онейроидное состояние сознания характеризуется причудливой смесью отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных представлений фантастического характера.

Иногда больной может остановить фантазирование, но незаметно для него в сознании вновь начинают возникать такого рода фантазии, в которых всплывает, по-новому формируясь, весь прежний опыт, все, что он читал, слышал, видел.

Одновременно больной может утверждать, что он находится в психиатрической клинике, что с ним разговаривает врач. Обнаруживается сосуществование реального и фантастического. Онейроидное сознание характеризуется глубоким расстройством самосознания. Больные оказываются не только дезориентированы, но у них отмечается фантастическая интерпретация окружающего.

Если при делирии происходит воспроизведение некоторых элементов, отдельных фрагментов реальных событий, то при онейроиде больные ничего не помнят из того, что происходило в реальной ситуации, они вспоминают иногда лишь содержание своих фантазий.

4. Сумеречное состояние сознания.

Этот синдром характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью и столь же внезапным прекращением, вследствие чего его называют транзиторным, т.е. преходящим.

Приступ сумеречного состояния сознания кончается критически, нередко с последующим глубоким сном. Характерной чертой сумеречного состояния сознания является последующая амнезия. Воспоминания о периоде помрачения сознания полностью отсутствуют. Во время сумеречного состояния больные сохраняют возможность выполнения автоматических привычных действий. Нередко при сумеречном состоянии сознания имеют место бредовые идеи, галлюцинации. Под влиянием бреда и напряженного аффекта больные могут совершать опасные поступки.

Сумеречное состояние сознания, протекающее без бреда, галлюцинации и изменения эмоций, носит название «амбулаторного автоматизма» (непроизвольное блуждание). Страдающие этим расстройством больные, выйдя из дома с определенной целью, вдруг неожиданно и непонятным для себя образом оказываются в другом конце города.

5. Псевдодеменция.

Разновидностью сумеречного состояния сознания является псевдодеменция. Она может возникнуть при тяжелых деструктивных изменениях в центральной нервной системе и при реактивных состояниях и характеризуется остро наступающими расстройствами суждения, интеллектуально-мнестическими расстройствами. Больные забывают название предметов, дезориентированы, с трудом воспринимают внешние раздражители. Образование новых связей затруднено, временами можно отметить иллюзорные обманы восприятия, нестойкие галлюцинации с двигательным беспокойством.

Больные апатичны, благодушны, эмоциональные проявления скудны, недифференцированы. Поведение нередко напоминает нарочито детское.

6. Деперсонализация. Наряду с различными формами нарушения сознания как отражения окружающей действительности в клинике встречается своеобразная форма нарушения самопознания – деперсонализация.

Деперсонализация. Характеризуется чувством отчуждения собственных мыслей, аффектов, действий, своего «Я», которые воспринимаются как бы со стороны. Частым

проявлением деперсонализации является нарушение «схемы тела» – нарушение отражения в нашем сознании основных качеств и способов функционирования собственного тела, его отдельных частей и органов. Подобные нарушения могут возникнуть при разных заболеваниях – при эпилепсии, шизофрении, после черепно-мозговых травм и др.

В норме человеку не требуется доказательств принадлежности собственной персоне своего тела и психических переживаний. В некоторых патологических случаях эта чувственная «подкладка» самоощущения нарушается, и как непосредственное знание может явиться чувство отчуждения, навязанности, внушенности собственных мыслей, чувств, действий.

В ходе деятельности и реальных взаимоотношений с людьми бред воздействия на психическую сферу обрастает новыми и новыми подробностями, искажая восприятие окружающего и оказывая влияние на поведение и образ жизни больных, перестраивая систему их взаимоотношений с людьми, изменяя их личность.

Если у здорового человека самоощущение не имеет отношения к его личностной характеристике и осознанию себя в системе общественных отношений, то у больного оно может выдвинуть на передний план деятельность самовосприятия.

Тема 1. Теоретические основы патопсихологии.

1. Определение патопсихологии.
2. Разграничение понятий «патопсихология», «психопатология» и «специальная психология».
3. История развития патопсихологии.
4. Основные проблемы, цели и задачи патопсихологии.
5. Связь патопсихологии с другими отраслями психологического знания.

Литература:

1. Блейхер, В.М. Практическая патопсихология : Руководство для врачей и мед. психологов: Учеб. пособие. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1996. – 448 с.
2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. – Москва : Академия, 2006. – 208 с.
3. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика : Учебное пособие для студ.пед.вузов / Соавт.Добровольская Т.А.,Юсупова Г.Х.,Ткачева В.В. и др. – М. : Академия, 2000. – 232с.
4. Титова, Н.М. Клиническая психология : конспект лекций : [пособие для подготовки к экзаменам]. – Москва : Приор, 2006. – 107 с.

Литература для конспектирования:

- Золотова, Н.В. Роль школы Б. В. Зейгарник в отечественной патопсихологии / Н. В. Золотова // Прикладная психология и психоанализ. – 2006. – N 4. – С. 167-172.

Тема 2. Патопсихологическое исследование.

1. Принципы построения патопсихологического исследования.
2. Преимущества и недостатки количественного и качественного анализа особенностей протекания психических процессов.
3. Общая характеристика методов патопсихологического исследования.
4. Патопсихологический эксперимент.
5. Беседа.
6. Тестирование.
7. Опрос.
8. Проективные методики.
9. Патопсихологическое заключение.

Литература:

1. Блейхер, В.М. Практическая патопсихология : Руководство для врачей и мед. психологов: Учеб. пособие. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1996. – 448 с.
2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. – Москва : Академия, 2006. – 208 с.
3. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика : Учебное пособие для студ.пед.вузов / Соавт.Добровольская Т.А.,Юсупова Г.Х.,Ткачева В.В. и др. – М. : Академия, 2000. – 232с.
4. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике [Изоматериал] : приложение (стимульный материал). – Москва : Апрель-Пресс : Изд-во Института Психотерапии, 2004. – 159 с.
5. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике : (практическое руководство) : учеб. пособие для студ.

пед. ин-тов. – Москва : Апрель-Пресс : Изд-во Института Психотерапии, 2004. – 222 с.

Тема 3. Нарушения восприятия.

1. Агнозии.
2. Псевдоагнозии при деменции.
3. Обманы чувств.
4. Нарушение мотивационного компонента восприятия.
5. Исследование восприятия.

Литература:

1. Зейгарник, Б.В. Патопсихология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. – Москва : Академия, 2006. – 208 с.
2. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика : Учебное пособие для студ. пед. вузов / Соавт. Добровольская Т.А., Юсупова Г.Х., Ткачева В.В. и др. – М. : Академия, 2000. – 232 с.
3. Титова, Н.М. Клиническая психология : конспект лекций : [пособие для подготовки к экзаменам]. – Москва : Приор, 2006. – 107 с.

Литература для конспектирования:

- Гримак Л.П. Гипноз как системообразующий фактор измененных психических состояний человека // Психологический журнал. – 2004. – Т. 21. – № 2. – С. 66-74.

Тема 4. Расстройства памяти.

1. Нарушения непосредственной
2. Нарушения опосредованной памяти.
3. Нарушение динамики мнестической деятельности.
4. Нарушение мотивационного компонента памяти.
5. Исследование памяти.

Литература:

1. Блейхер, В.М. Практическая патопсихология : Руководство для врачей и мед. психологов: Учеб. пособие. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1996. – 448 с.
2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. – Москва : Академия, 2006. – 208 с.
3. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика : Учебное пособие для студ. пед. вузов / Соавт. Добровольская Т.А., Юсупова Г.Х., Ткачева В.В. и др. – М. : Академия, 2000. – 232 с.
4. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике [Изоматериал] : приложение (стимульный материал). – Москва : Апрель-Пресс : Изд-во Института Психотерапии, 2004. – 159 с.
5. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике : (практическое руководство) : учеб. пособие для студ. пед. ин-тов. – Москва : Апрель-Пресс : Изд-во Института Психотерапии, 2004. – 222 с.
6. Титова, Н.М. Клиническая психология : конспект лекций : [пособие для подготовки к экзаменам]. – Москва : Приор, 2006. – 107 с.

Тема 5. Расстройства мышления

1. Нарушение операционной стороны мышления.
2. Нарушение динамики мыслительной деятельности.
3. Нарушение мотивационного компонента мышления.
4. Нарушение критичности мышления.
5. Исследование мышления.

Литература:

1. Блейхер, В.М. Практическая патопсихология : Руководство для врачей и мед. психологов: Учеб. пособие. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1996. – 448 с.
2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. – Москва : Академия, 2006. – 208 с.
3. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика : Учебное пособие для студ. пед. вузов / Соавт. Добровольская Т.А., Юсупова Г.Х., Ткачева В.В. и др. – М. : Академия, 2000. – 232с.
4. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике [Изоматериал] : приложение (стимульный материал). – Москва : Апрель-Пресс : Изд-во Института Психотерапии, 2004. – 159 с.
5. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике : (практическое руководство) : учеб. пособие для студ. пед. ин-тов. – Москва : Апрель-Пресс : Изд-во Института Психотерапии, 2004. – 222 с.
6. Титова, Н.М. Клиническая психология : конспект лекций : [пособие для подготовки к экзаменам]. – Москва : Приор, 2006. – 107 с.

Тема 6. Нарушения личности.

1. Нарушение опосредованности и иерархии мотивов.
2. Нарушение смыслообразования.
3. Нарушение подконтрольности поведения.
4. Исследование индивидуальных особенностей личности.

Литература:

1. Блейхер, В.М. Практическая патопсихология : Руководство для врачей и мед. психологов: Учеб. пособие. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1996. – 448 с.
2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. – Москва : Академия, 2006. – 208 с.
3. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика : Учебное пособие для студ. пед. вузов / Соавт. Добровольская Т.А., Юсупова Г.Х., Ткачева В.В. и др. – М. : Академия, 2000. – 232с.
4. Титова, Н.М. Клиническая психология : конспект лекций : [пособие для подготовки к экзаменам]. – Москва : Приор, 2006. – 107 с.

Тема 7. Нарушения умственной работоспособности. Нарушения сознания.

1. Общепсихологическая характеристика работоспособности человека.
2. Клинические проявления нарушения умственной работоспособности.
3. Патопсихологический анализ нарушений умственной работоспособности при психических расстройствах.
4. Симптом пресыщения.
5. Оглушенное состояние сознания. Делириозное помрачение сознания.
6. Онейроидное (сновидное) состояние сознания. Сумеречное состояние сознания.
7. Псевдодеменция. Деперсонализация.

Литература для конспектирования:

- Гордеева О.В. Измененные состояния сознания при сенсорной депривации (сообщение 1) // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2004. – №1. – С. 70-87.
- Гордеева О.В. Измененные состояния сознания при сенсорной депривации (сообщение 2) // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2004. – №2. – С. 66-83.

Литература:

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 1993. 400 с.
2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. – Москва : Академия, 2006. – 208 с.
3. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика : Учебное пособие для студ. пед. вузов / Соавт. Добровольская Т.А., Юсупова Г.Х., Ткачева В.В. и др. – М. : Академия, 2000. – 232 с.
4. Титова, Н.М. Клиническая психология : конспект лекций : [пособие для подготовки к экзаменам]. – Москва : Приор, 2006. – 107 с.

Темы семинарских занятий по курсу «Патопсихология».

3 курс ОЗО

Тема 1. Патопсихологическое исследование.

1. Принципы построения патопсихологического исследования.
2. Преимущества и недостатки количественного и качественного анализа особенностей протекания психических процессов.
3. Общая характеристика методов патопсихологического исследования.
4. Патопсихологический эксперимент.
5. Беседа.
6. Тестирование.
7. Опрос.
8. Проективные методики.
9. Патопсихологическое заключение.

Литература:

5. Блейхер, В.М. Практическая патопсихология : Руководство для врачей и мед. психологов: Учеб. пособие. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1996. – 448 с.
6. Зейгарник, Б.В. Патопсихология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. – Москва : Академия, 2006. – 208 с.
7. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике [Изоматериал] : приложение (стимульный материал). – Москва : Апрель-Пресс : Изд-во Института Психотерапии, 2004. – 159 с.
8. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике : (практическое руководство) : учеб. пособие для студ. пед. ин-тов. – Москва : Апрель-Пресс : Изд-во Института Психотерапии, 2004. – 222 с.

Тема 2. Нарушения умственной работоспособности. Нарушения сознания.

1. Общепсихологическая характеристика работоспособности человека.
2. Клинические проявления нарушения умственной работоспособности.

3. Патопсихологический анализ нарушений умственной работоспособности при психических расстройствах.
4. Симптом пресыщения.
5. Оглушенное состояние сознания. Делириозное помрачение сознания.
6. Онейроидное (сновидное) состояние сознания. Сумеречное состояние сознания.
7. Псевдодеменция. Деперсонализация.

Литература:

1. Блейхер, В.М. Практическая патопсихология : Руководство для врачей и мед. психологов: Учеб. пособие. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1996. – 448 с.
2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. – Москва : Академия, 2006. – 208 с.
3. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика : Учебное пособие для студ. пед. вузов / Соавт. Добровольская Т.А., Юсупова Г.Х., Ткачева В.В. и др. – М. : Академия, 2000. – 232с.
4. Титова, Н.М. Клиническая психология : конспект лекций : [пособие для подготовки к экзаменам]. – Москва : Приор, 2006. – 107 с.

Контрольные задания (тесты) по дисциплине «Патопсихология»

Раздел I. Введение в патопсихологию.

1. Изучение изменений психической деятельности вследствие психических или соматических заболеваний осуществляет
 - а) патопсихология;
 - б) психопатология;
 - в) специальная психология.
2. Изучением общих особенностей психических заболеваний, исследованием их симптомов и синдромов, выявлением патогенетических механизмов психических нарушений занимается
 - а) патопсихология;
 - б) психопатология;
 - в) специальная психология.
3. Психолого-педагогические особенности детей с нарушениями развития, нуждающихся в специальных условиях обучения и воспитания изучает
 - а) патопсихология;
 - б) психопатология;
 - в) специальная психология.
4. Установление клинического диагноза заболевания, назначение соответствующего лечения находится в компетенции
 - а) дефектолога;
 - б) патопсихолога;
 - в) психиатра.
5. Психологическое исследование нарушений мышления, личности, умственной трудоспособности больного, выявление сохранных психических функций для построения плана коррекционно-восстановительной работы относится к компетенции
 - а) дефектолога;
 - б) патопсихолога;
 - в) психиатра.
6. Предметом патопсихологии являются:
 - а) общие особенности психических заболеваний, исследование их симптомов и синдромов, выявление патогенетических механизмов психических нарушений;
 - б) закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме;
 - в) признаки психических заболеваний и их динамика в ходе течения болезни.
7. К практическим задачам, стоящим перед патопсихологом не относятся:
 - а) получение дополнительных данных о психическом состоянии больного;
 - б) проведение экспериментально-психологического исследования с целью психиатрической экспертизы;
 - в) постановка диагноза нарушения протекания психической деятельности;
 - г) исследование измененной психической деятельности под влиянием лечения;
 - д) участие в реабилитационных и психопрофилактических мероприятиях.

8. При решении задачи получения дополнительных данных о психическом состоянии больного: состоянии его познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности в целом устанавливаются

- а) признаки психических нарушений, их структура и взаимосвязь;
- б) диагноз заболевания;
- в) характер назначаемого лечения.

9. Сложность экспериментально-психологического исследования с целью психиатрической экспертизы заключается в

- а) подборе специальных методик;
- б) личной заинтересованности испытуемого в результатах исследования;
- в) в наличии субъективной установки у экспериментатора

10. Наличие изменений психической деятельности под влиянием терапии устанавливается в ходе

- а) однократного исследования испытуемого, проводимого по окончании лечения;
- б) неоднократного исследования испытуемого стандартным набором методик;
- в) неоднократного исследования испытуемого набором разных, но однотипных методик.

11. Изучение изменений психической деятельности под влиянием терапии направлено на

- а) выявление установочного поведения и симуляции болезненных проявлений;
- б) определение эффективности проводимого лечения.

12. При участии патопсихолога в реабилитационных мероприятиях особое внимание уделяется

- а) оценке диагноза больного;
- б) выявлению установочного поведения и симуляции болезненных проявлений;
- в) оценке возможностей восстановления трудоспособности и социальных отношений больного.

13. Усиление имеющейся у больного патологической симптоматики носит название:

- а) симуляция;
- б) диссимуляция;
- в) аггравация.

14. Уменьшение имеющейся у больного патологической симптоматики носит название:

- а) симуляция;
- б) диссимуляция;
- в) аггравация.

15. Демонстрация больным патологической симптоматики при отсутствии заболевания носит название:

- а) симуляция;
- б) диссимуляция;
- в) аггравация.

16. Влияние расстройств психики на систему отношений человека в обществе обнаруживает связь патопсихологии с

- а) общей психологией;
- б) нейропсихологией;
- в) социальной психологией.

17. Изучение особенностей протекания психических заболеваний на разных ступенях онтогенетического развития свидетельствует о взаимодействии патопсихологии с

- а) общей психологией;
- б) возрастной психологией;
- в) инженерной психологией.

18. Раскрытие влияния специфических условий труда на развитие особенностей психической деятельности, а также оценка изменения трудовых установок под влиянием психических расстройств указывает на связь патопсихологии с

- а) общей психологией;
- б) возрастной психологией;
- в) инженерной психологией.

19. Исследование изменений психической деятельности вследствие психических или соматических заболеваний в сопоставлении с нормой раскрывает взаимосвязь патопсихологии с

- а) общей психологией;
- б) возрастной психологией;
- в) инженерной психологией.

20. Обнаружение вклада различных структур головного мозга в реализацию высших психических функций указывает на взаимодействие патопсихологии с

- а) педагогической психологией;
- б) нейропсихологией;
- в) социальной психологией.

21. Влияние расстройств психики на особенности учебной деятельности, а также специфика обучения детей с психической патологией обнаруживает связь патопсихологии с

- а) педагогической психологией;
- б) нейропсихологией;
- в) социальной психологией.

22. Начало использования методов естествознания в психологии отмечено

- а) в конце XVIII века;
- б) в конце XIX века;
- в) в конце XX века.

23. Патопсихология как самостоятельная отрасль психологической науки начала формироваться

- а) в конце XVIII века;
- б) в середине XIX века;
- в) в начале XX века.

24. Основателем отечественной патопсихологии является

- а) В.М. Бехтерев;
- б) А.Р. Лурия;
- в) Л.С. Выготский.

25. Существенное влияние на развитие отечественной патопсихологии оказала работа «Рефлексы головного мозга», автором которой является

- а) И.П. Павлов;
- б) И.М. Сеченов;
- в) В.М. Бехтерев.

26. Одним из ведущих принципов отечественной психологии является принятый в школе В.М.Бехтерева принцип

- а) качественного анализа нарушений психической деятельности;
- б) количественных измерений нарушений отдельных психических функций.

27. Требованием к методикам экспериментально-психологического исследования, которые были сформулированы В.М.Бехтеревым и СД. Владычко не является

- а) простота;
- б) портативность;
- в) предварительное испытание методики на большом количестве здоровых людей соответствующего возраста, пола, образования;
- г) наглядность стимульного материала.

28. Существенный вклад А.Ф. Лазурского в развитие патопсихологии связан, в первую очередь, с

- а) разработкой методики оценки личности больного;
- б) разработкой и внедрением в клинику естественного эксперимента;
- в) разработкой и внедрением в клинику искусственного эксперимента.

29. Автором работы «Психологические профили. Метод количественного исследования психологических процессов в нормальном и патологическом состояниях» является

- а) Г.И. Россолимо;
- б) И.М. Сеченов;
- в) В. Вундт

30. Одной из теорий, оказавших значительное влияние на развитие патопсихологии, является культурно-историческая теория, разработанная

- а) Л.С. Выготским;
- б) А.Р. Лурия;
- в) А.Н. Леонтьевым;
- г) В.М. Мясищевым.

31. Одной из теорий, оказавших значительное влияние на развитие патопсихологии, является теория системной динамической локализации высших психических функций человека, разработанная

- а) Л.С. Выготским;
- б) А.Р. Лурия;
- в) А.Н. Леонтьевым;
- г) В.М. Мясищевым.

32. Одной из теорий, оказавших значительное влияние на развитие патопсихологии, является теория деятельности, разработанная

- а) Л.С. Выготским;
- б) А.Р. Лурия;
- в) А.Н. Леонтьевым;
- г) В.М. Мясищевым.

33. Одной из теорий, оказавших значительное влияние на развитие патопсихологии, является теория отношений, разработанная

- а) Л.С. Выготским;
- б) А.Р. Лурия;
- в) А.Н. Леонтьевым;
- г) В.М. Мясищевым.

34. Положение о прижизненном формировании психики ребенка путем присвоения опыта человечества в процессе общения, обучения и воспитания развивается в рамках

- а) теории отношений;
- б) культурно-исторической теории;
- в) теории системной динамической локализации высших психических функций человека.

35. Понятие «функциональная система» является одним из ведущих

- а) в теории деятельности;
- б) в культурно-исторической теории;
- в) в теории системной динамической локализации высших психических функций человека.

36. Положение о том, что внутренняя психическая деятельность возникает в процессе интериоризации внешней практической деятельности и имеет такое же строение, как практическая деятельность является одним из основных

- а) в теории деятельности;
- б) в культурно-исторической теории;
- в) в теории отношений.

37. Рассмотрение личности человека как системы его взаимоотношений с окружающим миром осуществляется в рамках

- а) теории отношений;
- б) культурно-исторической теории;
- в) теории системной динамической локализации высших психических функций человека.

38. Значительное влияние на развитие патопсихологии во второй половине XX века оказали работы

- а) В.М. Когана;
- б) И.А. Коробейникова;
- в) Б.В. Зейгарник.

39. Какое из приведенных ниже утверждений является верным

- а) при наличии психической патологии психика больных соответствует более низкому уровню онтогенетического развития;
- б) психическая болезнь протекает по биологическим закономерностям, которые не повторяют закономерности развития.

40. Внутренняя картина болезни определяется как:

- а) степень нарушения гомеостаза вследствие воздействия патогенных факторов;
- б) нарушения в деятельности функциональных систем организма, лежащие в основе внешне проявляющегося симптомокомплекса;
- в) отражение больным своего заболевания.

41. Термин «внутренняя картина болезни» был введен в патопсихологию

- а) Л.С. Выготским;

- б) А.Р. Лурия;
- в) А.Н. Леонтьевым;
- г) В.М. Мясищевым.

42. Структура внутренней картины болезни не содержит уровня отражения

- а) сенситивного;
- б) логического;
- в) эмоционального;
- г) интуитивного.

43. К современным научным центрам развития патопсихологии не относится

- а) клиника Э.Крепелина;
- б) Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева;
- в) психологический факультет Московского университета;
- г) психологический факультет Санкт-Петербургского университета.

44. К современным научным центрам развития патопсихологии не относится

- а) лаборатория Центрального института психиатрии министерства здравоохранения РФ;
- б) лаборатория психиатрической клиники С.С. Корсакова;
- в) психологическая лаборатория Центрального научно-исследовательского института трудоспособности и организации труда инвалидов Министерства социальной защиты РФ.

45. К современным научным центрам развития патопсихологии не относится

- а) психиатрическая клиника в Сальпитриере;
- б) лаборатория Центрального института психиатрии министерства здравоохранения РФ;
- в) психологический факультет Московского университета;
- г) психологический факультет Санкт-Петербургского университета.

Раздел II. Патопсихологическое исследование.

1 Основным принципом построения патопсихологического исследования не является:

- а) системный качественный анализ нарушений психической деятельности;
- б) количественное измерение отдельных психических функций;
- в) апелляция к личности больного;
- г) выявление не только нарушенных, но и оставшихся сохранными функций для опоры на них в психокоррекционной работе.

2. Принцип системного качественного анализа нарушений психической деятельности предполагает

- а) описание и оценку многообразия проявлений психической деятельности;
- б) установление степени отклонения психических функций от «нормального стандарта»;
- в) установление количественной характеристики развития психических функций.

3. Принцип апелляции к личности больного связан с

- а) актуализацией умственных операций испытуемого;
- б) изучением отношения человека к себе и окружающим.

4. Направленность патопсихологического исследования на выявление оставшихся сохранными форм психической деятельности является необходимой, поскольку

- а) обнаруживает звенья функциональных систем, за счет которых может строиться коррекционная и восстановительная работа;
- б) помогает оценить степень психического нарушения;
- в) способствует более подробному описанию патологических синдромов.

5. Теоретической основой метода количественного измерения психических процессов явилась

- а) функциональная психология;
- б) гуманистическая теория;
- в) когнитивная психология.

6. Важнейшим недостатком количественного метода является

- а) сложность обработки;
- б) выявление только конечного результата и невозможность прогнозировать дальнейшее развитие человека.

7. Важнейшим недостатком качественного метода является

- а) сложность обработки;
- б) выявление только конечного результата и невозможность прогнозировать дальнейшее развитие человека.

8. К преимуществам количественного метода можно отнести

- а) объективность результатов;
- б) наличие информации, способствующей многосторонней характеристике личности испытуемого;
- в) простота обработки;
- г) получение результатов с высоким уровнем истинности.

9. К преимуществам качественного метода можно отнести

- а) объективность результатов;
- б) наличие информации, способствующей многосторонней характеристике личности испытуемого;
- в) простота обработки;
- г) получение результатов с высоким уровнем истинности.

10. Основным методом патопсихологического исследования является

- а) наблюдение;
- б) эксперимент;
- в) беседа.

11. Правил организации патопсихологического эксперимента не является:

- а) эксперимент должен проводиться по стандартной программе исследования;
- б) эксперимент должен моделировать психическую деятельность, осуществляемую человеком в труде, учебе, общении;
- в) построение экспериментальных приемов должно учитывать возможность поиска решений самим больным, а также позволять патопсихологу вмешиваться в деятельность больного для выяснения того, как больной воспринимает помощь экспериментатора и может ли ею воспользоваться;

12. Получение данных, которые можно использовать для воздействия на личность больного, как особый вид патопсихологического эксперимента имеет своей целью

- а) получение подробной картины нарушений психической деятельности;

- б) расширение теоретических представлений в области патопсихологии;
- в) демонстрацию больному путей возможной компенсации имеющихся у него нарушений психической деятельности.

13. Программа исследования больного в клинике

- а) является стандартной;
- б) не может быть стандартной, так как она зависит от клинической задачи и особенностей больного.

14. Беседа как метод патопсихологического исследования состоит из

- а) одной части;
- б) двух частей;
- в) трех частей.

15. Беседа состоит из частей, которые проводятся

- а) во время эксперимента и вне его;
- б) до и после эксперимента.

16. К видам помощи, которые могут применяться в ходе патопсихологического исследования, не относится

- а) простое переспрашивание;
- б) подсказка;
- в) демонстрация действия и просьба самостоятельно его повторить;
- г) выполнение задания вместе с испытуемым.

17. К правилам выбора адекватных способов помощи не относится

- а) первоначальная проверка эффективности более легких видов помощи;
- б) выяснение отношения испытуемого к ситуации эксперимента и экспериментатору;
- в) обоснованность вмешательства экспериментатора в ход эксперимента, отсутствие чрезвычайной активности экспериментатора;
- г) обязательная регистрация каждого акта помощи, и ответных действий больного в протоколе.

18. Валидность тестовой методики представляет собой

- а) соответствие теста измеряемому психическому свойству или процессу;
- б) способность методики тонко реагировать на малейшие изменения оцениваемого свойства, происходящие в ходе психодиагностического эксперимента;
- в) независимость результатов исследования от действия всевозможных случайных факторов, получение одних и тех же показателей для каждого обследуемого при повторном тестировании.

19. Надежность тестовой методики представляет собой

- а) соответствие теста измеряемому психическому свойству или процессу;
- б) способность методики тонко реагировать на малейшие изменения оцениваемого свойства, происходящие в ходе психодиагностического эксперимента;
- в) независимость результатов исследования от действия всевозможных случайных факторов, получение одних и тех же показателей для каждого обследуемого при повторном тестировании.

20. Точность тестовой методики представляет собой

- а) соответствие теста измеряемому психическому свойству или процессу;

- б) способность методики тонко реагировать на малейшие изменения оцениваемого свойства, происходящие в ходе психодиагностического эксперимента;
- в) независимость результатов исследования от действия всевозможных случайных факторов, получение одних и тех же показателей для каждого обследуемого при повторном тестировании.

21. Однозначность тестовой методики характеризуется

- а) независимостью результатов исследования от действия всевозможных случайных факторов, получение одних и тех же показателей для каждого обследуемого при повторном тестировании процессу;
- б) способностью методики тонко реагировать на малейшие изменения оцениваемого свойства, происходящие в ходе психодиагностического эксперимента;
- в) степенью соответствия получаемых с ее помощью данных изменениям именно и только того свойства, для оценивания которого данная методика применяется.

22. Для диагностики эмоциональной сферы и темперамента не используется методика:

- а) опросник Айзенка по определению темперамента;
- б) тест «Формула темперамента» (А.Белов);
- в) тест «Корректирующая проба»;
- г) шкала оценки значимости эмоций.

23. Для диагностики внимания не применяется методика:

- а) «Распределение и переключение внимания»;
- б) «Корректирующая проба»;
- в) «Таблицы Шульте»;
- г) тест Торренса.

24. Стимульным материалом теста «Корректирующая проба» является:

- а) описания проблемных ситуаций с возможными вариантами выхода из данных ситуаций;
- б) 6 картинок с изображением фрагментов служебно-производственных ситуаций;
- в) таблица с буквами;
- г) 24 картинки с изображением фрустрационных ситуаций.

25. Стимульным материалом теста «Таблицы Шульте» являются:

- а) описания проблемных ситуаций с возможными вариантами выхода из данных ситуаций;
- б) 6 картинок с изображением фрагментов служебно-производственных ситуаций;
- в) таблицы с цифрами от 1 до 25, расположенными в произвольном порядке;
- г) таблица с буквами.

26. Методика диагностики памяти по А.Р. Лурия предполагает работу с:

- а) рядами чисел;
- б) картинками с изображениями предметов;
- в) рядом слов.

27. Результатом обследования памяти с помощью методики А.Р. Лурия «10 слов» является:

- а) построение кривой запоминания;
- б) построение профиля личности;
- в) количественный показатель объема памяти.

28. Тест Липпмана «Логические закономерности» используется для диагностики:

- а) мышления;
- б) воображения;
- в) памяти;
- г) речи.

29. Тест Торренса предназначен для изучения:

- а) мышления;
- б) воображения;
- в) памяти;
- г) речи.

30. Тест «Определение общих способностей» Айзенка содержит:

- а) 8 субтестов;
- б) 12 субтестов;
- в) 16 субтестов.

31. В тесте «Определение общих способностей» Айзенка на оценку уровня общего интеллектуального развития человека направлены:

- а) 4 субтеста;
- б) 5 субтестов;
- в) 8 субтестов.

32. В тесте «Определение общих способностей» Айзенка на оценку степени развитости специальных способностей человека направлены:

- а) 3 субтеста;
- б) 5 субтестов;
- в) 8 субтестов.

33. Тест «Прогрессивные матрицы Равена» используется для диагностики

- а) уровня интеллектуального развития человека;
- б) уровня развития памяти;
- в) особенностей внимания человека.

34. Более сложным вариантом теста «Прогрессивные матрицы Равена» является:

- а) цветной вариант;
- б) черно-белый вариант.

35. Тест структуры интеллекта Амтхауэра содержит

- а) 5 субтестов;
- б) 9 субтестов;
- в) 12 субтестов

36. Тест Векслера относится к группе

- а) тестов интеллекта;
- б) проективных тестов;
- в) тестов достижений.

37. Материалом опросников не являются

- а) вопросы, на которые обследуемый должен ответить;
- б) утверждения, с которыми обследуемый должен согласиться или не согласиться;
- в) ситуации, которым испытуемый должен дать описание.

38. Личностные опросники направлены на
а) оценку личностных особенностей;
б) получение биографических сведений;
в) выяснение интересов и установок человека.

39. Опросник Айзенка не содержит шкалу
а) экстраверсия-интроверсия;
б) нейротизм;
в) степень конформности.

40. Результатом обследования с помощью Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММРІ) является
а) выявление типа темперамента;
б) построения профиля личности;
в) определение акцентуации характера.

41. Личностный опросник Р. Кеттелла содержит
а) 5 факторов;
б) 16 факторов;
в) 27 факторов.

42. Патохарактерологический диагностический опросник был разработан
а) А.Е. Личко;
б) Б.В. Зейгарник;
в) А.Н. Леонтьевым.

43. Результатом обследования с помощью патохарактерологического диагностического опросника является
а) выявление типа темперамента;
б) построения профиля личности;
в) определение акцентуации характера.

44. Патохарактерологический диагностический опросник не содержит шкалу
а) субъективной оценки;
б) объективной оценки;
в) экстраверсия-интроверсия.

45. Отличительной особенностью проективных методик является
а) наличие подробной инструкции;
б) наличие ситуации неопределенности;
в) предложение действовать определенным способом.

46. Стимульным материалом в методике Розенцвейга являются
а) описания проблемных ситуаций с возможными вариантами выхода из данных ситуаций;
б) 6 картинок с изображением фрагментов служебно-производственных ситуаций;
в) 24 картинки с изображением фрустрационных ситуаций

47. Методика Розенцвейга не оценивает реакции по
а) направленности;
б) силе выраженности;

в) типу.

48. Стимульным материалом в методике Роршаха являются

- а) описания проблемных ситуаций с возможными вариантами выхода из данных ситуаций;
- б) 6 картинок с изображением фрагментов служебно-производственных ситуаций;
- в) 10 стандартных таблиц с черно-белыми, цветными, симметричными, слабоструктурированными изображениями

49. Отличие совместного теста Роршаха от теста Роршаха состоит в

- а) особенностях стимульного материала;
- б) обязательном обследовании двух людей;
- в) отсутствии дословной записи описания испытуемым предъявляемых изображений.

50. Методика «ТАТ» используется для диагностики

- а) особенностей познавательной сферы;
- б) эмоциональной сферы;
- в) личности испытуемого.

51. Краткий вариант теста Люшера содержит карточки:

- а) 8 цветов;
- б) 12 цветов;
- в) 20 цветов.

52. Полный вариант теста Люшера содержит карточки:

- а) 58 цветов;
- б) 73 цветов;
- в) 105 цветов.

53. При проведении диагностики посредством методики Люшера, испытуемому при проведении повторного выбора карточек дается инструкция:

- а) выбрать наиболее понравившийся цвет из имеющихся (оставшихся), не проводя ассоциаций ни с какими предметами;
- б) максимально точно воспроизвести первый выбор;
- в) выбрать наиболее понравившийся цвет из имеющихся (оставшихся), на основе ассоциаций с каким-либо предметом

54. Тест цветовых отношений является модификацией

- а) методики ТАТ;
- б) теста Люшера;
- в) метода каузометрии.

55. При использовании рисуночных тестов критерием оценки не является

- а) расположение рисунка на листе;
- б) прорисовка деталей изображения;
- в) время выполнения задания.

56. Нозологическая единица – это

- а) различные варианты одного и того же заболевания;
- б) определенная болезнь, которая выделяется как самостоятельная болезненная форма.

57. Нозологическая диагностика направлена на

- а) определение того, к какому заболеванию относятся имеющиеся у больного изменения психической деятельности и; личности
- б) сбор анамнестических данных;
- в) выявление сохранных сторон психики.

58. К особенностям проведения процедуры экспертного исследования не относится:

- а) необходимость предъявления в начале исследования более простых или нейтральных заданий;
- б) необходимость предъявления в начале исследования более сложных заданий; возможность преднамеренного изменения мотивировки задания;
- в) необходимость сопоставления поведения больного в беседе, уровня его ориентировки в окружающей обстановке с реальными результатами исследования.

59. Какого вида психиатрической экспертизы не существует

- а) судебной;
- б) воинской;
- в) трудовой;
- г) учебной.

60. Установление степени и особенностей умственного недоразвития, оценка состояния больных, у которых психопатологические проявления впервые обнаружены во время прохождения воинской службы, выявление установленные формы поведения является специфической задачей

- а) воинской экспертизы;
- б) судебной экспертизы;
- в) трудовой экспертизы.

61. Уточнение структуры дефекта, характера внутренней картины болезни, определение сохранных сторон психической деятельности производится в ходе

- а) воинской экспертизы;
- б) судебной экспертизы;
- в) трудовой экспертизы.

62. Определение степени выраженности психических нарушений, изменений личности, уровня умственного развития, особенностей реагирования в ситуациях эмоционального напряжения, связи обнаруженных психических нарушений с характером содеянного относится к вопросам, решаемым в ходе

- а) воинской экспертизы;
- б) судебной экспертизы;
- в) трудовой экспертизы.

63. Специфической задачей экспертного исследования является

- а) дифференциальная диагностика;
- б) выявление симуляции и диссимуляции.

64. Итогом патопсихологического обследования является

- а) подготовка патопсихологического заключения;
- б) оформление протокола обследования;
- в) оформление истории болезни.

65. В подготовке патопсихологического заключения отсутствует следующий этап:

- а) анализ и обобщение фактов, характеризующих эмоциональное состояние больного и его динамику в ходе эксперимента;
- б) оценка мотивированности больного в эксперименте, направленном на выполнение заданий;
- в) подготовка резюме;
- г) постановка диагноза.

66. Патопсихологическое заключение

- а) является стандартным, поскольку пишется по установленному образцу;
- б) не может быть стандартным, поскольку пишется с учетом поставленных перед психологом задач.

67. Протокол обследования прилагается к заключению

- а) в случае необходимости;
- б) в обязательном порядке.

68. Резюме патопсихологического заключения

- а) содержит анамнестические данные;
- б) отражает наиболее важные данные, полученные при исследовании;
- в) содержит клинический диагноз.

69. Патопсихологическое заключение пишется:

- а) в одном экземпляре;
- б) в двух экземплярах;
- в) в трех экземплярах.

70. Обсуждение результатов обследования с больным

- а) является обязательным;
- б) категорически запрещено;
- в) может быть проведено при возникновении интереса у больного с соблюдением этических норм.

Раздел III. Характеристика нарушений психической деятельности.

1. К расстройствам восприятия не относятся

- а) агнозии;
- б) псевдоагнозии при деменции;
- в) обманы чувств;
- г) нарушение динамики восприятия;

2. К основным видам агнозии не относятся

- а) слуховые;
- б) зрительные;
- в) обонятельные;
- г) тактильные.

3. Соматоагнозия и астереогноз являются разновидностями

- а) зрительной агнозии;
- б) слуховой агнозии;
- в) тактильной агнозии.

4. Зрительные агнозии заключаются в том, что

- а) нарушена острота зрения;
- б) при сохранении достаточной остроты зрения человек не может узнавать предметы и их изображения
- в) у испытуемого отсутствует мотив к восприятию.

5. Наличие возможности понимать инструкцию, предавать содержание и подтекст прочитанной книги, понимать переносный смысл пословиц и метафор является характерным для

- а) агнозии;
- б) псевдоагнозии при деменции

6. Ортоскопичность восприятия и постоянство восприятия величины нарушаются при

- а) агнозии;
- б) псевдоагнозии при деменции.

7. К обманам чувств не относятся:

- а) галлюцинации;
- б) бред;
- в) иллюзии.

8. Искаженное восприятие реально существующих конкретных раздражителей носит название

- а) иллюзий;
- б) галлюцинаций.

9. Ложные восприятия, формирующиеся при отсутствии реального раздражителя, называются

- а) иллюзиями;
- б) галлюцинациями

10. Отличие галлюцинаций от псевдогаллюцинаций заключается

- а) в локализации восприятия (внутри больного или вне его);
- б) в нарушении подконтрольности

11. Наличие парадоксальной гипнотической фазы как причины формирования галлюцинаций рассматривалось

- а) И.П. Павловым;
- б) А.Н. Леонтьевым;
- в) А.Р. Лурия.

12. При исследовании нарушений восприятия не используются

- а) пунктирные изображения;
- б) силуэтные изображения;
- в) фотографические изображения;
- г) пиктограммы.

13. К расстройствам памяти не относятся:

- а) нарушения непосредственной и опосредованной памяти;
- б) нарушения динамики мнестической деятельности;
- в) нарушения произвольности памяти.

14. В основе Корсаковского синдрома лежит нарушение

- а) запоминания;
- б) воспроизведения;
- в) сохранения;
- г) забывания.

15. Корсаковский синдром характеризуется нарушением памяти

- а) на текущие события;
- б) на события далекого прошлого.

16. Наряду с Корсаковским синдромом к нарушениям непосредственной памяти относится

- а) синдром Кандинского;
- б) прогрессирующая амнезия.

17. Отличительной особенностью прогрессирующей амнезии является

- а) нарушение памяти на события далекого прошлого;
- б) нарушение памяти на текущие события;
- в) сочетание нарушений памяти на текущие события с постепенным забыванием прошлого опыта

18. Прерывистость и неравномерность мнестической деятельности являются симптомом

- а) нарушения непосредственной памяти;
- б) нарушения динамики мнестической деятельности;
- в) нарушения опосредованной памяти.

19. Опосредованная память исследуется с помощью методики

- а) классификация предметов;
- б) пиктограммы;
- в) сюжетные картинки.

20. Нарушение динамики мнестической исследуется с помощью методики

- а) классификация предметов;
- б) сюжетные картинки;
- в) 10 слов.

21. К нарушениям мышления не относятся:

- а) нарушения операционной стороны мышления;
- б) нарушения динамики мыслительной деятельности;
- в) деперсонализация.

22. К нарушениям операционной стороны мышления не относится:

- а) снижение уровня обобщения;
- б) повышение уровня обобщения
- в) искажение обобщения.

23. К нарушениям динамики мыслительной деятельности не относится:

- а) лабильность мышления;
- б) инертность мышления;
- в) разорванность мышления.

24. Чередование адекватных и неадекватных решений носит название

- а) лабильности мышления;
- б) инертности мышления.

25. Затрудненность переключения с одного способа работы на другой носит название
а) лабильности мышления;
б) инертности мышления.

26. К нарушениям мотивационного (личностного) компонента мышления не относится:
а) разноплановость мышления;
б) резонерство;
в) разорванность мышления.

27. Протекание суждений в разных руслах характерно для
а) разноплановости мышления;
б) резонерства.

28. Бесплодное мудрствование, непродуктивные многоречивые рассуждения служат признаком
а) разноплановости мышления;
б) резонерства.

29. Стремлением подвести любое, даже незначительное явление под какую-то концепцию является проявлением
а) разноплановости мышления;
б) резонерства.

30. Нарушение критичности мышления у больных с шизофренией проявляется в:
а) безучастном отношении к собственным ошибкам;
б) невозможности оценить качество ответа при остром переживании ошибок.

31. Нарушение критичности мышления у больных с эпилепсией проявляется в:
а) безучастном отношении к собственным ошибкам;
б) невозможности оценить качество ответа при остром переживании ошибок.

32. При исследовании нарушений мышления не используется методика
а) классификация предметов;
б) 10 слов;
в) пиктограммы.

33. Методика пиктограмм была предложена
а) Л.С. Выготским;
б) А.Н. Леонтьевым;
в) А.Р. Лурия.

34. При проведении методики пиктограмм испытуемому необходимо
а) нарисовать изображения для запоминания 14 слов;
б) установить последовательность событий;
в) дать описание изображению.

35. К нарушениям личности не относятся:
а) нарушение опосредования и иерархии мотивов;
б) нарушение смыслообразования;
в) нарушение подконтрольности поведения;
г) резонерство.

36. Усложнение мотивов, их опосредствование и иерархическое построение начинается

- а) в раннем возрасте;
- б) в дошкольном возрасте;
- в) в подростковом возрасте.

37. Среди функций мотива отсутствует

- а) смыслообразующая;
- б) побуждающая;
- в) опосредующая.

38. Непроизвольные, назойливо повторяющиеся действия или движения носят название

- а) персевераций;
- б) подчиняемости;
- в) агграваций.

39. Персеверации и ситуационное поведение являются симптомами

- а) нарушения подконтрольности поведения;
- б) нарушений сознания;
- в) расстройства внимания.

40. При нарушении умственной работоспособности выполнение заданий больным характеризуется:

- а) постепенным снижением качества выполнения заданий;
- б) скачкообразностью качества выполнения заданий.

41. Качество работы у больных с нарушением умственной трудоспособности зависит

- а) от сложности заданий;
- б) от времени работы;
- в) не зависит от обоих этих факторов.

42. Симптом пресыщения проявляется

- а) в отказе больного выполнять задание;
- б) в появлении вариаций в выполнении задания.

43. Изменение мотивировки задания у больных с нарушениями умственной работоспособности

- а) способствует повышению качества выполнения;
- б) не вызывает никаких изменений.

44. Критерии помраченного сознания были выделены

- а) С.Я. Рубинштейн;
- б) К. Ясперсом;
- в) А.Р. Лурия.

45. Одним из основных симптомов помрачения сознания является

- а) неравномерность деятельности;
- б) дезориентировка во времени, месте, ситуации;
- в) нарушения эмоциональной сферы.

46. Наличие помрачения сознания может быть установлено при наличии

- а) одного из симптомов;

- б) двух симптомов;
- в) всех симптомов.

47. Нарушением сознания, связанным с расстройством самопознания является

- а) деперсонализация;
- б) псевдодеменция;
- в) сумеречное состояние сознания;
- г) оглушенное состояние сознания

48. Резкое повышение порога для всех внешних раздражителей, затруднение образования ассоциаций. Больные отвечают на вопросы как бы «спросонок», сложное содержание вопроса не осмысливается. Отмечается замедленность в движениях, молчаливость, безучастие к окружающему. Выражение лица у больных безразличное. Очень легко наступает дремота. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Длится от минут до нескольких часов. Данный симптомокомплекс характеризует следующее нарушение сознания:

- а) псевдодеменция;
- б) оглушенное состояние сознания;
- в) сумеречное состояние сознания;
- г) деперсонализация.

49. Ориентировка в окружающем нарушена, она заключается в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. Возникает не просто дезориентировка, а ложная ориентировка во времени и пространстве.

Возникают иногда преходящие, иногда более стойкие иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи. Больные говорливы. При нарастании нарушения обманы чувств становятся сценopodobными: мимика напоминает зрителя, следящего за сценой. Выражение становится то тревожным, то радостным, мимика выражает то страх, то любопытство. Нередко больные становятся возбужденными. Как правило, ночью данное состояние усиливается.

Наблюдается в основном у больных с органическими поражениями головного мозга после травм, инфекций. Данный симптомокомплекс характеризует следующее нарушение сознания:

- а) онейроидное (сновидное) состояние сознания;
- б) оглушенное состояние сознания;
- в) делириозное помрачение сознания;
- г) деперсонализация.

50. Характеризуется причудливой смесью отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных представлений фантастического характера, нередко встречается фантастика с характером громадности: больные присутствуют «при гибели города», видят, «раскалывается земной шар». Иногда больной может остановить фантазирование, но незаметно для него в сознании вновь начинают возникать такого рода фантазии, в которых всплывает, по-новому формируясь, весь прежний опыт, все, что он читал, слышал, видел. Одновременно больной может утверждать, что он находится в психиатрической клинике, что с ним разговаривает врач. Больные ничего не помнят из того, что происходило в реальной ситуации, они вспоминают иногда лишь содержание своих грез. Данный симптомокомплекс характеризует следующее нарушение сознания:

- а) онейроидное (сновидное) состояние сознания;
- б) оглушенное состояние сознания;
- в) псевдодеменция;
- г) деперсонализация.

51. Этот синдром характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью и столь же внезапным прекращением, вследствие чего его называют транзиторным, т.е. преходящим. Приступ кончается критически, нередко с последующим глубоким сном. Характерной чертой является последующая амнезия. Во время приступа больные сохраняют возможность выполнения автоматических привычных действий. Нередко имеют место бредовые идеи, галлюцинации. Под влиянием бреда и напряженного аффекта больные могут совершать опасные поступки. Данное нарушение, протекающее без бреда, галлюцинации и изменения эмоций, носит название «амбулаторного автоматизма» (непроизвольное блуждание). Страдающие этим расстройством больные, выйдя из дому с определенной целью, вдруг неожиданно и непонятным для себя образом оказываются в другом конце города. Во время этого бессознательного путешествия они механически переходят улицы, едут в транспорте и производят впечатление погруженных в свои мысли людей. Данный симптомокомплекс характеризует следующее нарушение сознания:

- а) делириозное помрачение сознания;
- б) сумеречное состояние сознания;
- в) оглушенное состояние сознания;
- г) онейроидное (сновидное) состояние сознания.

52. Характеризуется чувством отчуждения собственных мыслей, аффектов, действий, своего «Я», которые воспринимаются как бы со стороны. Частым проявлением является нарушение «схемы тела» — нарушение отражения в нашем сознании основных качеств и способов функционирования собственного тела, его отдельных частей и органов. В норме человеку не требуется доказательств принадлежности собственной персоне своего тела и психических переживаний. В некоторых патологических случаях эта чувственная «подкладка» самоощущения нарушается, и как непосредственное знание может явиться чувство отчуждения, навязанности, внушенности собственных мыслей, чувств, действий. Данный симптомокомплекс характеризует следующее нарушение сознания:

- а) онейроидное (сновидное состояние сознания);
- б) оглушенное состояние сознания;
- в) деперсонализация;
- г) сумеречное состояние сознания.

53. Ведущим современным исследователем проблемы деперсонализации является

- а) К. Ясперс;
- б) Б.В. Зейгарник;
- в) А.Л. Меграбян.

54. А.Л. Меграбян связывает явление деперсонализации с нарушением

- а) гностических чувств;
- б) работы анализаторов;
- в) соотношения процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга.

55. Подростки склонны к групповым формам делинквентного поведения. Они, пытаясь лидировать среди асоциальных сверстников, из-за легкомыслия, жажды развлечений, желая получить средства на удовольствия сами становятся вдохновителями групповых правонарушений. Проявляют интерес не только к бытовому групповому пьянству, но и к широкому кругу дурманных средств, в том числе и к газообразным токсическим веществам, считая, что «наркоманом и алкоголиком от этого не станешь». Такие подростки

легко пускаются в незаконные сделки, совершают мелкие кражи, а отсутствие застенчивости и легкость установления контактов толкают их на ранние сексуальные связи.

Описанная форма поведения характерна для подростков с типом акцентуации:

- а) гипертимной;
- б) циклоидной;
- в) астено-невротической.

56. Подростки не склонны к нарушению поведения и могут проявлять интерес к алкоголю лишь в период подъема настроения. Сексуальная активность таких подростков обычно ограничивается флиртом и ухаживанием, влечение же остается малодифференцированным и из-за этого вполне возможно возникновение транзиторного подросткового гомосексуализма. Описанная форма поведения характерна для подростков с типом акцентуации:

- а) гипертимной;
- б) циклоидной;
- в) астено-невротической.

57. Сексуальная активность ограничивается короткими и быстро истощающимися вспышками. Ни делинквентности, ни алкоголизации, ни побегов из дома у них не встречается. Если и наступает алкогольное опьянение, то алкоголь не веселит и не помогает контактам, а даже, наоборот, может вызвать депрессивную реакцию с ощущением собственной неполноценности. Суицидальные действия и агрессивность могут возникать под влиянием ряда неудач, что бывает совершенно неожиданно для окружающих, не проникающих в мир их ранимой психики.

Описанная форма поведения характерна для подростков с типом акцентуации:

- а) гипертимной;
- б) циклоидной;
- в) астено-невротической.

58. Такие подростки, склонные к правонарушениям, попадают в поле зрения милиции гораздо позже других акцентуантов. Это объясняется тем, что они любят действовать в одиночку, тщательно скрывают свои намерения и поступки, «работают» без сообщников, хорошо обдумывают свои действия. Предпочитают совершать кражи при помощи собственноручно изготовленных отмычек, искусного выпиливания дверных замков и тому подобных приемов.

Описанная форма поведения характерна для подростков с типом акцентуации:

- а) шизоидной;
- б) эпилептоидной;
- в) истероидной.

59. Такие подростки дают аффективные вспышки, как правило, в период дисфории, и тогда они совершают сексуальные эксцессы с садомазохистскими наклонностями. В гомосексуальных связях они чаще выступают в активных ролях. Для самоудовлетворения они иногда прибегают к самокалечению и реже к незавершенному самоудавлению. Алкогольное опьянение сопровождается дисфорическими и амнестическими расстройствами, а также психомоторным возбуждением и агрессией.

Описанная форма поведения характерна для подростков с типом акцентуации:

- а) шизоидной;
- б) эпилептоидной;
- в) истероидной.

60. У таких акцентуантов побеги из дома и алкоголизация носят демонстративный характер и не сопровождаются серьезными правонарушениями в сексуальном влечении.

Описанная форма поведения характерна для подростков с типом акцентуации:

- а) шизоидной;
- б) эпилептоидной;
- в) истероидной.

61. Нередки случаи психофизического инфантилизма и задержки сексуального созревания. Раннее вовлечение их в асоциальные группы ведет к сексуальному опыту, включающему разврат и извращения.

Описанная форма поведения характерна для подростков с типом акцентуации:

- а) шизоидной;
- б) эпилептоидной;
- в) истероидной;
- г) неустойчивой.

62. К нарушениям двигательно-волевой сферы и влечений не относятся:

- а) побег и бродяжничество;
- б) нарушение механизма самозащиты;
- в) нарушение пищевого влечения;
- г) неврозы.

63. Нарушения влечений в самом обобщенном виде подразделяются на их

- а) снижение, усиление, извращение;
- б) наличие, отсутствие.

64. К нарушениям пищевого влечения не относится:

- а) анорексия;
- б) абулия;
- в) булимия;
- г) поедание несъедобных объектов.

65. Извращением механизма самозащиты является:

- а) kleптомания;
- б) пиромания;
- в) суицидомания и различного рода самоистязания.

БЛАНК ОТВЕТОВ К КОНТРОЛЬНЫМ ЗАДАНИЯМ
по курсу «Основы психологии»

Раздел № Задание №	I	II	III
1	а	б	г
2	б	а	в
3	в	б	в
4	в	а	б
5	б	а	а
6	б	б	б
7	в	а	б
8	а	а, в	а
9	б	б, г	б
10	в	б	а
11	б	а	а
12	в	в	г
13	в	б	в
14	б	б	б
15	а	а	а
16	в	г	б
17	б	б	в
18	в	а	б
19	а	в	б
20	б	б	в
21	а	в	в
22	б	в	б
23	в	г	в
24	а	в	а
25	б	в	б
26	а	в	в
27	г	а	а
28	б	а	б
29	а	б	б
30	а	а	а
31	б	б	б
32	в	а	б
33	г	а	в
34	б	б	а
35	в	б	г
36	а	а	б
37	а	в	в
38	в	а	а
39	б	в	а
40	в	б	б
41	б	б	в
42	г	а	б
43	а	в	а
44	б	в	б
45	а	б	б

46		в	в
47		б	а
48		в	б
49		б	в
50		в	а
51		а	б
52		б	в
53		а	в
54		б	а
55		в	а
56		б	б
57		а	в
58		а	а
59		г	б
60		а	в
61		в	г
62		б	г
63		б	а
64		а	б
65		г	в
66		б	
67		а	
68		б	
69		б	
70		в	

Раздел I. Введение в патопсихологию.

Основная литература:

1. Батуев, А.С. Высшая нервная деятельность / А.С. Батуев. – М., 1991. – С. 210–215.
2. Выготский, Л.С. Психология / Л.С. Выготский. М.: Изд-во ЭКСМО – Пресс, 2002. – 1008 с.
3. Выготский, Л.С. Развитие высших психических функций (из неопубликованных трудов) / Л.С. Выготский; под. ред. А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурия, Б.М. Теплова. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960. – 499 с.
4. Зейгарник, Б.В. Патопсихология: Учеб. пособие для студ. вузов / Б.В. Зейгарник. – 2-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 208 с.
5. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И.Ю. Левченко. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 232 с.
6. Меграбян, А.А. Теоретические проблемы «психопатологии» / А.А. Меграбян. – Ереван, 1967.

Дополнительная литература:

1. Блейхер, В.М. Клиническая патопсихология / В.М. Блейхер. – Ташкент: Медицина, 1976. – 325 с.
2. Мясищев, В.Н. Проблема отношений человека и ее место в психологии / В.Н. Мясищев // Вопросы психологии. – 1957. – № 5. – С. 142–155.

Раздел II. Патопсихологическое исследование.

Основная литература:

1. Демьянов, Ю.Г. Диагностика психических нарушений: Практикум / Ю.Г. Демьянов. –

СПб.: ИД «МиМ», ТОО «Респекс», 1999. – 224 с.

2. Кабанов, М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. – Л.: Медицина, 1983. – 312 с.
3. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И.Ю. Левченко. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 232 с.
4. Личко, А.Е. Психопатия и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко. – 2-е изд. Л.: Медицина, 1983. 255 с.
5. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (*Практическое руководство*) / С.Я. Рубинштейн. – М: Апрель-Пресс, издательство Института Психотерапии, 2004. – 224 с.
6. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике *Приложение (стимульный материал)* / С.Я. Рубинштейн. – М: Апрель-Пресс, издательство Института Психотерапии, 2004. – 160 с.

Дополнительная литература:

1. Анастаси, А. Психологическое тестирование / А. Анастаси, С. Урбина. – Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2001.
2. Бурлачук, Л.Ф. Словарь-справочник по психологической диагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. – 2-е изд. перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2006. – 528 с.
3. Бурлачук, Л.Ф. Психодиагностика: учебник для вузов / Л.Ф. Бурлачук. – СПб.: Питер, 2005. – 351 с.
4. Собчак, Л.Н. Методы психологической диагностики / Л.Н. Собчак. Вып. 1, 2. – М., 1990.
5. Соколова, Е.Т. Проективные методы исследования личности / Е.Т. Соколова. – М., 1980.
6. Тест «Нарисуй человека»: Руководство / Демидова И.Г., Соколова О.Л., Чирков В.И. – Ярославль: ЯрГУ; НПЦ «Психодиагностика», 1992. – 40 с.

Раздел III. Характеристика нарушений психической деятельности.

Основная литература:

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. М.: Медицина, 1993. – 400 с.
2. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. 2-е изд. перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2006. – 528 с.
3. Зейгарник, Б.В. Личность и патология деятельности / Б.В. Зейгарник. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1971. – 99 с.
4. Зейгарник, Б.В. Патология мышления / Б.В. Зейгарник. – М., 1962.
5. Зейгарник, Б.В. Патопсихология: Учеб. пособие для студ. вузов / Б.В. Зейгарник. – 2-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 208 с.
6. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И.Ю. Левченко. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 232 с.
7. Леонтьев, А.Н. Проблемы развития психики / А.Н. Леонтьев. – М., 1956.
8. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 2-е изд., доп. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1969. – 504 с.
9. Лурия, А.Р. Мозг человека и психические процессы: в 3 т. / А.Р. Лурия. – М.: Педагогика, 1970. – Т. 2: Нейропсихологический анализ сознательной деятельности. – 496 с.
10. Лурия, А.Р. О природе психических функций и ее изменчивости в свете генетического анализа / А.Р. Лурия // Вопросы психологии. – 2002. – № 4. – С. 4–18.
11. Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А.Р. Лурия. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 384 с.
12. Лурия, А.Р. Речь и развитие психических процессов у ребенка. Экспериментальное исследование / А.Р. Лурия, Ф.Я. Юдович. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956. – 94 с.
13. Познавательные процессы и личность в норме и патологии: Сб. науч. тр. Ярославль, 1995.
14. Рыбальский, М.И. Иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации: Систематика, семиотика, нозологическая принадлежность / М.И. Рыбальский. – М., 1989.

15. Сметанников, И.Т. Расстройства восприятия / И.Т. Сметанников. – Л., 1977.
16. Шабанов, П.Д. Нарушения памяти и их коррекция / П.Д. Шабанов, Ю.С. Бородин. – Л., 1989.

Дополнительная литература:

1. Березин, Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Р.В. Рожанец. – М.: Медицина, 1976. – 186 с.
2. Кандинский, В.К. О псевдогаллюцинациях / В.К. Кандинский. – М., 1952.
3. Петренко, Л.В. Нарушение высших форм памяти при некоторых органических повреждениях мозга / Л.В. Петренко. – М., 1976.
4. Рубинштейн, С.Я. Патология слухового восприятия: Материалы к курсу лекций по патопсихологии / С.Я. Рубинштейн. – М., 1976.
5. Яссман, Л.В. Основы детской психопатологии: Учебно-методическое пособие для психологических факультетов педагогических вузов / Л.В. Яссман, В.Н. Данюков. – М.: «Олимп»; «ИНФРА-М», 1999. – 256 с.

Литература по курсу «Патопсихология»

Книги

1. Балабанова, Л.М. Судебная патопсихология: (Вопросы определения нормы и отклонений) : Монография. – Донецк : Сталкер, 1998. – 432 с.
2. Блейхер, В.М. Клиническая патопсихология : Руководство для врачей и клинических психологов: Учебно-метод. пособие / РАО; Московский психолого-социальный ин-т. – М.; Воронеж : МПСИ; МОДЭК, 2002. – 512 с.
3. Блейхер, В.М. Клиническая патопсихология : руководство для врачей и клинических психологов : учеб. пособие / под общ. ред. С. Н. Бокова ; РАО, Московский психолого-соц. ин-т. – 2-е изд., испр. и доп. – Воронеж : МОДЭК, 2006. – 624 с.
4. Блейхер, В.М. Практическая патопсихология : Руководство для врачей и мед. психологов: Учеб. пособие. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1996. – 448 с.
5. Бриль, А. Лекции по психоаналитической психиатрии / Пер. с англ. и вступ. ст. А. Б. Хавин. – Екатеринбург : Деловая книга, 1998. – 336 с.
6. Вольф, М. Патопсихология и ее методы / [пер. с фр. Т. Смолянской] ; науч. ред. перевода на рус. яз. С. Л. Соловьева. – Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2004. – 191 с.
7. Дети с нарушениями развития: Хрестоматия : Учеб.пособие для студентов и слушателей спецфакультетов / Сост.Астапов В.М. – М. : Международная педагогическая академия, 1995. – 264с.
8. Детская патопсихология : хрестоматия : учебное пособие / сост., авт. вступ. статьи и введ. замечаний к главам Н. Л. Белопольская . – 3-е изд., стер. – Москва : Когито-Центр, 2004. – 350 с.
9. Зверева, Н.В. Патопсихология детского и юношеского возраста : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, обучающихся по напр. "Психология" и психологическим спец. – Москва : Академия, 2008. – 202 с.
10. Зейгарник, Б.В. Патопсихология : Учеб. пособие для студ. вузов. – 2-е изд., стер. – М. : Академия, 2000; 2003. – 208 с.
11. Зейгарник, Б.В. Патопсихология : учеб. пособие для студ. высш. учебных заведений. – 3-е изд., стер. – Москва : Академия, 2005. – 208 с.
12. Зейгарник, Б.В. Патопсихология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. – Москва : Академия, 2006. – 208 с.
13. Кемпинский, А. Психология шизофрении : Пер. с пол. А. А. Боричев. – СПб. : Ювента, 1998. – 293 с.
14. Клиническая психология : учебник для студ. мед. вузов и факультетов клинической психологии / под ред. Б. Д. Карвасарского. – Изд. 2-е, стер. – Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2006. – 959 с.
15. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте : Учеб.пособие для студ.высш.учеб.заведений, обуч.по напр.и спец.психологии. – М. : Академия, 2003. – 144с.
16. Левченко, И.Ю. Патопсихология. Теория и практика : учеб. пособие для студ. пед. вузов по спец.: 031500 – тифлопедагогика, 031600 – сурдопедагогика, 031700 – олигофренопедагогика, 031800 – логопедия, 031900 – специальная психология, 032000 – специальная дошкольная педагогика и психология / [соавт.: Т. А. Добровольская, Г. Х. Юсупова, В. В. Ткачева, Н. В. Макшанцева, Г. А. Бутко, В. В. Ткачева]. – 2-е изд., стер. – Москва : Академия, 2004. – 232 с.
17. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика : Учебное пособие для студ.пед.вузов / Соавт.Добровольская Т.А.,Юсупова Г.Х.,Ткачева В.В. и др. – М. : Академия, 2000. – 232с.

18. Леонтьев, А.А. Основы психолингвистики : Учеб. для студ. вузов, обуч. по спец."Психология". – М. : Смысл, 1997. – 287 с.
19. Логопатофизиология : учеб. пособие для студ. / под ред. Р. И. Лалаевой, С. Н. Шаховской ; [авт.-сост.: Р. И. Лалаева, С. Н. Шаховская]. – Москва : ВЛАДОС, 2011. – 462 с.
20. Максимова, Н.Ю. Курс лекций по детской психопатологии : Учеб. пособие. – Ростов н/Д : Феникс, 2000. – 576с.
21. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология : учебное пособие для студ. мед. вузов. – 6-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ", 2008. – 432 с.
22. Мэш, Э. Детская психопатология. Нарушения психики ребенка : [учеб. пособие : пер. с англ.]. – 3-е междунар. изд. – Москва : ОЛМА-ПРЕСС, 2003. – 512 с.
23. Нагаев, В.В. Основы клинической психологии : учеб. пособие для студ. высших учеб. заведений / Фонд содействия правоохранительным органам "Закон и право". – Москва : ЮНИТИ : Закон и право, 2007. – 463 с.
24. Патопсихология. Психоаналитический подход. Теория и клиника : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, обучающихся по напр. и спец. "Психология", "Клиническая психология" / под ред. Ж. Бержере ; пер. с фр. и науч. ред. А. Ш. Тхостова. – Москва : Аспект Пресс, 2008. – 397 с.
25. Пожар, Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология / АПСН. Московский психолого-соц. ин-т ; под общ. ред. А. И. Подольского ; Науч. ред. О. А. Карабанова. – М.; Воронеж : Институт практической психологии; МОДЭК, 1996. – 128 с.
26. Прищепа, И.М. Основы развития и гигиены аномальных детей : Учеб.-метод. пособие для студ. I курса ун-та по спец. "Соц. работа и логопедия" / ВГУ им. П. М. Машерова. – Витебск : Изд-во ВГУ им. П. М. Машерова, 2000. – 31 с.
27. Психоаналитическая патопсихология: теория и клиника : Учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по напр. и спец. "Психология", "Клиническая психология" / Под ред. Ж.Бержере; При соуч. А.Бекаш, Ж.Ж.Буланже, П.Дюбор и др.; Пер. с фр. А.Ш.Тхостова. – М. : МГУ им. М.В.Ломоносова, 2001. – 400с.
28. Рибо, Т. Недуги личности : [пер. с фр.]. – Перепеч. – Минск : Беларуская Энцыклапедыя, 2005. – 256 с.
29. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике [Изоматериал] : приложение (стимульный материал). – Москва : Апрель-Пресс : Изд-во Института Психотерапии, 2004. – 159 с.
30. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике : (практическое руководство) : учеб. пособие для студ. пед. ин-тов. – Москва : Апрель-Пресс : Изд-во Института Психотерапии, 2004. – 222 с.
31. Сборник базовых программ по психологическим дисциплинам : в V ч. Ч. III / [под общ. ред. С. Л. Богомаза ; авт.-сост.: Н. С. Вислобокова, Л. Н. Абрамова, О. Е. Антипенко, С. Л. Богомаз, Т. В. Дорожевец, Т. Е. Косаревская, Ю. М. Прохоров, Е. А. Харитонов, С. В. Чубаро, И. А. Шарапова, Р. Р. Кутькина, Н. В. Кухтова, С. В. Лауткина, Е. П. Милашевич, А. А. Стреленко, Ж. П. Чобот, Г. С. Азаренок, Д. В. Алексеенок, Л. Г. Аленкуц, Г. Н. Антонова, О. М. Богданович, В. П. Волчок, А. А. Ганкович, Е. В. Гутель, С. Ю. Девярых, Ю. Л. Довгая, Т. Ф. Зорина, В. А. Каратерзи, О. П. Кошкина, Е. П. Метла, С. А. Мурашкевич, Н. В. Назарова, Ю. Л. Насонова, А. Н. Хомченко, Н. И. Циркунова, Е. В. Цыкунова, М. А. Чуканова, М. В. Швед] ; М-во образования РБ, УО "Витебский гос. ун-т им. П. М. Машерова", Каф. психологии и коррекционной работы. – Витебск : Изд-во УО "ВГУ им. П. М. Машерова", 2006. – 301 с.
32. Титова, Н.М. Клиническая психология : конспект лекций : [пособие для подготовки к экзаменам]. – Москва : Приор, 2006. – 107 с.

33. Якушкин, Н.В. Проведение патопсихологического исследования : пособие / М-во образования РБ, УО "ВГУ им. П.М. Машерова". – Витебск : Изд-во УО "ВГУ им. П.М. Машерова", 2006. – 146 с.
34. Bootzin, R.R. Abnormal psychology: Current perspectives. – 5th ed. – New York : McGraw-Hill, Inc., 1988. – 639 p.
35. Costin, F. Abnormal psychology: Patterns, Issues, Interventions. – New York : John Wiley & Sons, 1989. – 116p
36. Halgin, R.P. Abnormal psychology: The human experience of psychological disorders. – Madison : Brown & Benchmark Publishers, 1994. – 520 p.
37. Study Guide for Nonnative Speakers to Accompany Feldman: Understanding Psychology / Prepared by Adams V. S. and Zimmer B. E. – 2nd ed. – New York : McGraw-Hill, Inc., 1990. – 296 p.
38. Vitkus, J. Casebook in abnormal psychology. – 2nd ed. – New York : McGraw-Hill, Inc., 1993. – 282 p.
39. Vitkus, J. Casebook in Abnormal Psychology. – New York : McGraw-Hill, Inc., 1988. – 130 p.

Статьи

1. Абель, И.В. Нужны ли выставки картин психически больных людей? // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2003. – N 3. – С. 83-85.
2. Гинзбург, М.Р. Блюма Вульфовна Зейгарник / Гинзбург М. Р. // Мир психологии. – 2004. – N 3. – С. 133-137.
3. Золотова, Н.В. Роль школы Б. В. Зейгарник в отечественной патопсихологии / Н. В. Золотова // Прикладная психология и психоанализ. – 2006. – N 4. – С. 167-172.
4. Критская, В.П. Патопсихологический синдром в системном исследовании патологии психической деятельности / В. П. Критская, Т. К. Мелешко // Психологический журнал. – 2004. – Т. 25, N 6. – С. 53-63.
5. Лотоцкая, М.Ю. Особенности нарушений предметного и аффективного компонентов эмоций у больных параноидной шизофренией // Психологический журнал. – 2001. – N 5. Том 22. – С. 79-85.
6. О замечательном ученом – Блюме Вульфовне Зейгарник // Практическая психология и логопедия. – 2008. – N 6. – С. 4-8.
7. Сухарев, А.В. Этнофункциональная классификация психических расстройств как основа их профилактики // Журнал прикладной психологии. – 2003. – N 1. – С. 12-15. – Библиогр.: с. 15.
8. Шамшикова, О.А. К вопросу о верификации концепта "нарциссизм" : (стандартизация и адаптация зарубежной методики "Narzibmusinventar" F.-W. Deneke, B. Hilgenstock, R. Muller) / Шамшикова О. А., Шамшикова Е. О. // Психологическая диагностика. – 2006. – N 1. – С. 39-70.
9. Шевляков, В.В. Особенности формирования психологической модели внутренней картины болезни у пациентов с ишемической болезнью сердца в динамике заболевания / В. В. Шевляков, М. А. Алексеева, И В Заслонова // Психологический журнал (РБ). – 2006. – N 4. – С. 79-85.
10. Якушкин, Н.В. Динамика личностных особенностей переживших боевой травматический стресс / Н. В. Якушкин // Веснік Віцебскага дзяржаўнага ўніверсітэта імя П. М. Машэрава. – 2008. – N 1 (47). – С. 74-81.

**Вопросы к зачету
по курсу «Патопсихология»**

1. Определение патопсихологии. Предмет патопсихологии.
2. Основные проблемы, цели и задачи патопсихологии.
3. История развития патопсихологии.
4. Характеристика структуры нарушений психики.
5. Агнозии.
6. Псевдоагнозии при деменции.
7. Обманы чувств.
8. Нарушение мотивационного компонента восприятия.
9. Исследование восприятия.
10. Нарушения непосредственной памяти.
11. Нарушение динамики мнестической деятельности.
12. Нарушение опосредованной памяти
13. Нарушение мотивационного компонента памяти.
14. Исследование памяти
15. Нарушение операционной стороны мышления.
16. Нарушение динамики мыслительной деятельности.
17. Нарушение мотивационного компонента мышления.
18. Нарушение критичности мышления.
19. Исследование мышления.
20. Нарушение опосредованности и иерархии мотивов.
21. Нарушение смыслообразования.
22. Нарушение подконтрольности поведения.
23. Аномалии характера и акцентуации индивидуально- психологических свойств личности.
24. Взаимосвязь личностных акцентуаций с отклоняющимся поведением.
25. Исследование индивидуальных особенностей личности.
26. Нарушения умственной работоспособности.
27. Нарушения сознания (Оглушенное состояние сознания. Делириозное помрачение сознания. Онейроидное (сновидное) состояние сознания).
28. Нарушения сознания (Сумеречное состояние сознания. Псевдодеменция. Деперсонализация).
29. Принципы построения патопсихологического исследования.
30. Преимущества и недостатки количественного и качественного анализа особенностей протекания психических процессов.
31. Общая характеристика методов патопсихологического исследования.
32. Патопсихологический эксперимент.
33. Правила организации патопсихологического эксперимента.
34. Беседа как метод патопсихологического исследования.
35. Тест «Прогрессивные матрицы Равена».
36. Тест структуры интеллекта Амтхауэра.
37. Тест Векслера.
38. Патохарактерологический диагностический опросник.
39. Тест фрустрационной толерантности Розенцвейга.
40. ТАТ.
41. Тест цветовых предпочтений Люшера.
42. Патопсихологическое заключение.