

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ П.М. МАШЕРОВА»

Факультет социальной педагогики и психологии

Кафедра психологии

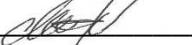
СОГЛАСОВАНО

Заведующий кафедрой


С.Л. Богомаз
07.10.2024

СОГЛАСОВАНО

Декан факультета


С.А. Моторов
07.10.2024

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

ПАТОПСИХОЛОГИЯ

для специальности

1-23 01 04 Психология

Составитель: В.А. Каратерзи

Рассмотрено и утверждено

на заседании научно-методического совета 24.10.2024, протокол № 1

УДК 159.9:616(075.8)

ББК 88.74я73

П20

Печатается по решению научно-методического совета учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». Протокол № 1 от 24.10.2024.

Составитель: старший преподаватель кафедры психологии ВГУ имени П.М. Машерова, магистр психологических наук
В.А. Каратерзи

Рецензенты:

кафедра психологии и педагогики с курсом ФПК и ПК УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»;
доцент кафедры социально-педагогической работы
ВГУ имени П.М. Машерова, кандидат педагогических наук,
доцент *Т.А. Савицкая*

П20 **Патопсихология для специальности 1-23 01 04 Психология :**
учебно-методический комплекс по учебной дисциплине / сост.
В.А. Каратерзи. – Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2024. – 67 с.
ISBN 978-985-30-0192-1.

Учебно-методический комплекс разработан для студентов специальности 1-23 01 04 Психология, квалификации «Психолог. Преподаватель психологии» в соответствии с требованиями образовательного стандарта высшего образования ОСВО-2021 к содержанию учебной дисциплины «Патопсихология», учебным планом и современными подходами к профессиональной подготовке психологов. В данное издание включены лекционный материал, планы семинарских занятий, проверочные тесты. Может использоваться преподавателями психологии, а также всеми, кто интересуется проблемами патопсихологии и медицинской психологии.

УДК 159.9:616(075.8)

ББК 88.74я73

ISBN 978-985-30-0192-1

© ВГУ имени П.М. Машерова, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА	4
ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ	6
Модуль 1	6
Тема 1. Основные проблемы патопсихологии. Цели и задачи патопсихологии	6
Тема 2. История развития патопсихологии	7
Тема 3. Принципы патопсихологического исследования	12
Тема 4. Методы патопсихологического исследования	15
Модуль 2	21
Тема 5. Патопсихологические исследования в клинической практике. Внутренняя картина болезни	21
Тема 6. Патопсихологическое заключение	26
Модуль 3	29
Тема 7. Нарушения восприятия	29
Тема 8. Нарушения внимания	33
Тема 9. Расстройства памяти	35
Тема 10. Нарушения мышления	37
Тема 11. Нарушения личности	40
Тема 12. Нарушения умственной работоспособности	42
Тема 13. Нарушения сознания	45
ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ	48
Задания для семинарских занятий	48
Модуль 1	48
Занятие 1	58
Занятие 2	50
Занятие 3	50
Занятие 4	51
Модуль 2	52
Занятие 5	52
Занятие 6	53
Модуль 3	57
Занятие 7	57
Занятие 8	57
Занятие 9	58
Занятие 10	59
Занятие 11	59
Занятие 12	60
Занятие 13	61
РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ	62
Вопросы к зачету	62
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ	63
Литература	63

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

1. Цели и задачи учебной дисциплины

Учебная дисциплина «Патопсихология» знакомит студентов с актуальными исследованиями в патопсихологии, дифференциальной диагностике, разграничении вопросов, относящихся к компетенции психолога и специалистов пограничных областей знаний. Ее изучение необходимо для того, чтобы студенты овладели системой знаний, умений и навыков, необходимых будущим психологам в работе с разными категориями людей.

Целью преподавания учебной дисциплины является ознакомление обучающихся с отдельными нарушениями психической деятельности, введение в круг вопросов будущих специалистов-психологов о принципах и методах патопсихологического исследования.

Задача – сформировать у студентов знания в области:

- различных видов нарушений познавательной деятельности человека;
- качественной характеристики распада психики, нарушений сознания и личности;
- истории и современного состояния исследований в области патопсихологии;
- принципов построения и стратегии проведения патопсихологического исследования, способов использования патопсихологических методик.

2. Место учебной дисциплины в системе подготовки специалиста

В системе подготовки специалиста учебная дисциплина «Патопсихология» включена в модуль «Психологический анализ и коррекция поведения», компонент учреждения высшего образования. Данная дисциплина носит практико-ориентированный характер и обеспечивает формирование у студентов научного мировоззрения, способствует выработке объективного видения процессов и явлений психической реальности, четких представлений об особенностях распада психики, формах и способах их исследования и восстановления. Овладение содержанием дисциплины строится на основе знаний по общей психологии, психологии личности, медицинской психологии и методологии научного исследования.

3. Требования к освоению учебной дисциплины

Освоение учебной дисциплины должно обеспечить формирование следующих компетенций:

СК: разрабатывать, применять и интерпретировать психодиагностические методики в процессе научной и прикладной деятельности психолога;

информационно-коммуникационные компетенции:

- владеть методологией поиска нового (информации, идей и т.п.), методикой анализа и адаптации знаний к своим профессиональным потребностям;
- уметь преобразовывать информацию в специальные знания;
- формировать информационную культуру обучающихся;

проектные компетенции:

- осознанно и самостоятельно планировать профессиональную деятельность;
- осмысленно строить профессиональную карьеру;
- находить оптимальные решения инновационного характера;
- быть способными воплотить свои замыслы в инновационный проект и реализовать его;
- системно совершенствовать образовательный процесс;
- формировать у обучающихся способность к построению собственной образовательной траектории.

В результате изучения учебной дисциплины студент должен

знать:

- особенности распада психики вследствие психических и соматических заболеваний;
- специфику планирования и организации экспериментально-психологического исследования в клинике;

- психологические особенности деятельности патопсихолога;

уметь:

- учитывать психологические особенности испытуемых с различными видами патологии;
- планировать экспериментально-психологическое исследование с учетом поставленных задач и особенностей испытуемого;
- соблюдать этические принципы проведения психологического исследования;

владеть:

- методиками проведения патопсихологического исследования;
- навыками создания ситуации экспериментально-психологического исследования в клинике;
- приемами общения с различными испытуемыми.

4. Структура учебной дисциплины

На изучение учебной дисциплины согласно учебному плану выделяется 94 часа, из них аудиторных – 34 часа (18 лекционных, 16 практических, 6 УСР). Трудоемкость учебной дисциплины составляет 3 зачетные единицы.

5. Форма получения высшего образования – дневная, заочная.

6. Распределение аудиторного времени по видам занятий, курсам и семестрам

Распределение аудиторных часов ДФПО:

18 лекционных, 16 семинарских, 6 УСР.

Учебная дисциплина читается на 3 курсе в 5 семестре.

Распределение аудиторных часов ЗФПО:

6 лекционных, 8 семинарских.

Учебная дисциплина читается на 4 курсе в 7 и 8 семестре.

7. Формы промежуточной аттестации по учебной дисциплине

Согласно учебному плану по дисциплине предусмотрен зачет: для дневной формы получения образования – в 5 семестре, для заочной формы получения образования – в 7 семестре.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

МОДУЛЬ 1

ТЕМА 1. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Разграничение понятий «патопсихология», «психопатология» и «экспериментальная 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 военной 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.

Задачи патопсихологии:

1. получение дополнительных данных о психическом состоянии больного: состоянии его познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности в целом. Эти данные необходимы врачу при решении вопроса о диагнозе заболевания. Специальное экспериментально-психологическое исследование помогает выявить многие признаки психических нарушений, определить их структуру и взаимосвязь. Устанавливая структуру нарушенной познавательной деятельности и личности, патопсихологическое исследование дает в руки клинициста дополнительные диагностические данные;

2. проведение экспериментально-психологического исследования с целью психиатрической экспертизы (трудовая, воинская, судебная). В ходе подобного экспертного исследования психолог может решать задачу либо установления структуры нарушений и их соотношения с сохранными сторонами психической деятельности, либо дифференциальной диагностики. Сложность такого исследования для психолога заключается в том, что больной заинтересован в результатах исследования, а поэтому он может преуменьшать выраженность болезненных нарушений (диссимуляция), усиливать тяжесть имеющихся нарушений (аггравация) или даже симулировать болезненные проявления психики, для того чтобы избежать ответственности или получить инвалидность;

3. исследование измененной психической деятельности под влиянием терапии. В этих случаях неоднократное исследование больного однотипным набором методик позволяет установить динамику изменений психики под влиянием лечения и таким образом продемонстрировать его эффективность;

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. Цель подобного исследования – разработка рекомендаций, способствующих трудовой и социальной реабилитации больного.

5. участие патопсихолога в системе психотерапевтических мероприятий.

ТЕМА 2. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПАТОПСИХОЛОГИИ

История патопсихологии связана с развитием психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии.

В конце XIX века в психологии начинают использоваться методы естествознания, что способствовало ее объективизации. Экспериментальные методы В. Вундта и его учеников проникли в психиатрические клиники, на базе которых были открыты экспериментально-психологические лаборатории. Среди наиболее известных клиник и лабораторий можно отметить клинику Э. Крепелина (1879), крупнейшую психиатрическую клинику Франции в Сальпетриере (1890), где должность заведующего лабораторией более 50 лет занимал П. Жане; лаборатория В.М. Бехтерева в Казани (1885), С.С. Корсакова в Москве (1886), лаборатория И.А. Сикорского в Киеве и др.

Патопсихология как самостоятельная отрасль психологической науки начала формироваться в начале XX в. Становление патопсихологии как самостоятельной науки неразрывно связано с именем В.М. Бехтерева, который и является основоположником патопсихологического направления в отечественной психологической науке. В организованном В.М. Бехтеревым Психоневрологическом институте читались курсы общей психопатологии

и патологической психологии. Таким образом, патопсихология изначально разделялась с психопатологией.

В 20-х годах XX века появляются работы по медицинской психологии известных зарубежных психиатров: «Медицинская психология» Э. Кречмера и «Медицинская психология» П. Жане, в которой автор останавливается на проблемах психотерапии.

На формирование принципов и методов отечественной патопсихологии большое влияние оказал И.М. Сеченов и его работа «Рефлексы головного мозга» (1863). Преемником И.М. Сеченова на этом пути стал В.М. Бехтерев, который уточнил представления о предмете и задачах патопсихологии на начальных этапах ее становления. Представителями школы В.М. Бехтерева были разработаны многие методики экспериментально-психологического исследования душевнобольных, которые до настоящего времени широко используются патопсихологами, сформулированы основные принципы патопсихологического исследования, накоплен богатый материал о расстройствах психических процессов.

Принятый в школе В.М. Бехтерева принцип качественного анализа нарушений психологической деятельности является одним из ведущих принципов отечественной психологии.

В.М. Бехтеревым и С.Д. Владычко были сформулированы требования к методикам экспериментально-психологического исследования: 1) простота (для решения экспериментальных задач испытуемые не должны обладать особыми знаниями, навыками); 2) портативность (возможность исследования непосредственно у постели больного, вне лабораторной обстановки); 3) предварительное испытание методики на большом количестве здоровых людей соответствующего возраста, пола, образования.

Видную роль в определении направления отечественной экспериментальной психологии сыграл ученик В.М. Бехтерева А.Ф. Лазурский, заведующий психологической лабораторией в основанном В.М. Бехтеревым Психоневрологическом институте, организатор собственной психологической школы.

А.Ф. Лазурский явился основоположником естественного эксперимента, и сделал предметом экспериментального исследования конкретные формы деятельности и сложные проявления личности. Естественный эксперимент, разработанный А.Ф. Лазурским, вначале для педагогической психологии, был внедрен в клинику для организации досуга больных, их занятий и развлечений. В ходе этих занятий уточнялись сведения об особенностях психики больных.

Значительным этапом в развитии патопсихологии стала работа Г.И. Россолимо «Психологические профили. Метод количественного исследования психологических процессов в нормальном и патологическом состоянии» (1910), получившая широкую известность в России и за рубежом. Это была одна из первых попыток тестовых исследований. При этом

предлагалась система обследования психических процессов и оценки их по 10-балльной шкале. Эта работа способствовала превращению патопсихологии в точную науку, хотя в дальнейшем предложенный подход оказался недостаточно состоятельным

В настоящее время существует несколько центров, в которых на протяжении ряда лет осуществляется научно-практическая деятельность патопсихологов. Это Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург), лаборатория Центрального института психиатрии МЗ РФ, психологическая лаборатория Центрального научно-исследовательского института трудоспособности и организации труда инвалидов Министерства социальной защиты РФ, психологические факультеты Московского и Санкт-Петербургского университетов.

Большую роль в развитии патопсихологических исследований в разные годы сыграли М.М. Кабанов, Ю.Ф. Поляков, В.В. Николаева, В.М. Коган. Особое развитие получили патопсихологические исследования в детских психоневрологических учреждениях. Разрабатываются методики, способствующие ранней диагностике интеллектуальных нарушений, выявлению дополнительных дифференциально-диагностических признаков психических заболеваний у детей, методики психокоррекционной работы (С.Я. Рубинштейн, В.В. Лебединский, И.А. Коробейников, А.Я. Иванова, А.С. Спиваковская).

Значительную роль в развитии патопсихологии сыграли следующие концепции

1. *Культурно-историческая теория Л.С. Выготского.*
2. *Теория системной динамической локализации высших психических функций в коре головного мозга, сформулированная А.Р. Лурия*
3. *Теория деятельности А.Н. Леонтьева*
4. *Теория отношений В.Н. Мясищева.*

1. Л.С.Выготский высказал положения, что: 1) мозг человека располагает иными принципами организации функций, нежели мозг животного; 2) развитие высших психических функций не предопределено одной лишь морфологической структурой мозга; психические процессы не возникают в результате одного лишь созревания мозговых структур, они формируются прижизненно в результате обучения, воспитания, общения и присвоения опыта человечества; 3) поражение одних и тех же зон коры имеет разное значение на разных этапах психического развития.

Современная отечественная психология базируется на признании общественно-исторического происхождения психики. Сложные психические процессы – высшие психические функции (ВПФ) – являются продуктом исторического развития и имеют сложное психофизиологическое строение. Это характерно не только для высших психических функций человека, но и для элементарных, таких, как тональный слух, фонематический слух и другие, которые имеют социальную природу. Усвоение социального опыта, приводящее к возникновению сложных форм психической деятельности, нельзя

рассматривать как процесс овладения готовым содержанием. Развитие психических функций проходит ряд этапов, после чего они становятся сложными психическими процессами. Все сложные формы психической деятельности (произвольное внимание, логическая память, отвлеченное мышление и др.) имеют опосредованное строение, в котором главная роль принадлежит речи. Слово может замещать предметы и явления при их отсутствии, опосредуя тем самым протекание любого психического процесса и становясь одним из звеньев его структуры. Речь переводит строение и осуществление высших психических функций на новый, более высокий уровень.

2. А.Р. Лурия писал о том, что функциональные системы не появляются в готовом виде к рождению ребенка, они формируются в процессе общения и предметной деятельности ребенка и являются материальным субстратом психических функций.

Наиболее адекватно объясняет психофизиологические механизмы высших психических функций концепция П.К.Анохина о функциональных системах.

Функциональная система – это динамическое образование, объединяющее значительное число анатомических и физиологических образований, часто расположенных в различных частях нервной системы, однако объединенных для выполнения одной задачи.

Функциональные системы формируются в процессе жизнедеятельности ребенка, постепенно приобретая характер сложных, прочных межфункциональных связей. Такое понимание высших психических функций коренным образом изменило представление о сущности развития человеческой психики. Психические процессы и свойства личности не являются результатом созревания отдельных зон или участков мозга. Они складываются в онтогенезе и зависят от образа жизни ребенка.

3. Важнейшие идеи Л.С. Выготского были развиты в трудах А.Н. Леонтьева, который основное внимание уделил разработке проблемы деятельности. Он сформулировал следующий **основной принцип**: внутренняя психическая деятельность возникает в процессе интериоризации внешней практической деятельности и имеет такое же строение, как практическая деятельность. Таким образом, изучая практическую деятельность, мы узнаем закономерности психической деятельности. Данное положение сыграло огромную роль в разработке методологии патопсихологии. Б. В. Зейгарник неоднократно указывала, что понять закономерности нарушений психической деятельности можно, лишь изучая практическую деятельность больного, а корректировать нарушения психической деятельности – управляя организацией практической деятельности.

Деятельность представляет собой форму активности, направленную либо на преобразование окружающего мира (практическая деятельность), либо на формирование его субъективного образа (психическая деятельность).

Эта активность побуждается потребностью, которая не осознается, не переживается субъектом как таковая, а представлена ему как переживание

дискомфорта, неудовлетворенности, напряжения и проявляется в поисковой активности. В ходе поисков происходит встреча потребности с предметом, способным ее удовлетворить. С этого момента потребность становится мотивом, который может осознаваться или не осознаваться. Следует подчеркнуть, что для человека характерно многообразие потребностей, среди которых большое место занимают духовные, социальные. Уже в дошкольном возрасте устанавливается иерархия мотивов, возникает возможность действовать в соответствии с социальными мотивами.

С появлением мотива начинается осуществляться деятельность. А.Н. Леонтьев рассматривает ее как совокупность действий, которые вызываются мотивом. Действие – это процесс, направленный на достижение цели. Цель же представляет собой осознаваемый образ желаемого результата деятельности. Действие – главная структурная единица деятельности. Оно осуществляется на основе определенных способов, соотносимых с конкретной ситуацией (операцией).

Такую структуру имеет и внешняя, и внутренняя деятельность, но форма выполнения действий различна: в практической деятельности участвуют реальные предметы, а в психической – образы предметов.

4. Согласно теории отношений В.Н. Мясищева личность человека – это система его взаимоотношений с окружающим миром. Эти сложнейшие отношения выражаются в его психической деятельности. Отношения человека в развитом виде представляют собой систему индивидуальных, избирательных, осознанных связей личности с различными сторонами объективной действительности.

Психическая болезнь изменяет и разрушает сложившуюся систему отношений, а нарушения в системе отношений личности, в свою очередь, могут привести к болезни. Именно через такие противоречивые отношения В.Н. Мясищев рассматривал неврозы.

Некоторое время в психиатрии и психологии было распространено мнение о том, что при некоторых психических и невротических заболеваниях поведение человека начинает соответствовать более низкому уровню, отражающему определенный этап в детском развитии. Так, еще Э. Кречмер сближал мышление больных шизофренией с мышлением подростков. Эти выводы были сделаны на основе следующих наблюдений: во-первых, при некоторых заболеваниях психики больные утрачивают возможность выполнять сложные виды деятельности, но сохраняют простые навыки и умения; во-вторых, некоторые формы нарушений мыслительной деятельности и поведения больных напоминают мышление и поведение детей на определенных этапах их развития.

Однако углубленный анализ этих наблюдений показал, что при нервных и психических заболеваниях не всегда распадаются высшие функции. А.Р. Лурия указывал, что часто в основе болезни лежат нарушения элементарных сенсомоторных актов.

Данные С.Я. Рубинштейн, Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурия о структуре нарушений чтения, письма, мышления у больных с сосудистой патологией, болезнью Альцгеймера, последствиями травмы головного мозга позволили обосновать другую точку зрения.

Психическая болезнь протекает по биологическим закономерностям, которые не могут повторять закономерности развития. Даже в тех случаях, когда болезнь поражает наиболее молодые, специфически человеческие отделы мозга, психика больного человека не приобретает структуры психики ребенка на ранней ступени его развития. Тот факт, что больной не может думать и рассуждать на высоком уровне, указывает на утрату сложных форм поведения и познания, но не означает возврата к этапу детства.

Согласно исследованиям Б.В. Зейгарник, разные виды патологии приводят к качественно различным картинам распада.

ТЕМА 3. ПРИНЦИПЫ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Принципами построения патопсихологического исследования являются:

1. Качественный системный анализ нарушения психической деятельности;
2. Аппеляция к личности больного;
3. Выявление сохранных сторон психики.

Качественный системный анализ нарушения психической деятельности

Патопсихологическое исследование включает в себя ряд компонентов: анализ истории болезни, беседу с больным, наблюдение, обследование пациента с помощью различных методик, сопоставление экспериментальных данных с анамнестическими сведениями, интерпретацию результатов.

Для того чтобы лучше разобраться в особенностях психологических исследований, необходимо кратко остановиться на методологических подходах общей психологии, так как именно они в разное время определяли стратегию и тактику психологических исследований в психиатрических и неврологических клиниках.

Долгое время в клинической практике господствовал метод количественного измерения психических процессов. Теоретической основой такого подхода была функциональная психология (В. Вундт, Г. Эббингауз и др.), разделившая психику на отдельные функции – память, восприятие, внимание и т. д. Психологическое исследование в соответствии с такими представлениями сводилось к измерению каждой психической функции, к установлению ее количественной характеристики. Принцип количественного измерения отдельных психических функций был положен в основу психологических методов исследования в клинике. Исследование распада функции

состояло в установлении степени количественного отклонения от «нормального стандарта». Ярким примером реализации такого подхода является система, разработанная Г.И. Россолимо, который предложил ряд приемов, позволяющих устанавливать уровень отдельных психических функций – «психологический профиль субъекта». Изменения состояния мозга, по мнению автора, вызывали типичные изменения этих профилей.

Метод количественного измерения отдельных психических функций наиболее полно выражен в тестовых исследованиях Бине – Симона, которые базировались на теоретических представлениях о том, что умственные способности ребенка predeterminedены наследственными факторами, а от обучения и воспитания зависят в меньшей степени. В то же время задачи, предлагавшиеся ребенку, требовали определенного запаса знаний и навыков, т.е. результаты тестирования позволяли судить о количестве приобретенных знаний. Важнейшим недостатком тестирования является то, что подобные исследования не позволяют прогнозировать дальнейшее развитие ребенка. При исследовании больных методами, направленными на измерение функций, не могут быть учтены ни особенности умственной деятельности, ни возможности компенсации, анализ которых необходим для организации психокоррекционной работы. Путем измерений выявляется лишь конечный результат, а все многообразие качественных особенностей деятельности остается скрытым от исследователя.

В противоположность узкофункциональному подходу, опирающемуся на количественные измерения, одним из ведущих принципов патопсихологического исследования является качественный системный анализ нарушений психической деятельности. Этот принцип обусловлен теоретическими положениями отечественной общей психологии, согласно которым психические процессы формируются прижизненно в процессе деятельности человека, его общения с другими людьми (Л.С. Выготский, С.Я. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев и др.). Поэтому патопсихологический эксперимент должен быть направлен не на измерение отдельных психических процессов, а на человека, совершающего реальную деятельность (Б.В. Зейгарник), на качественный анализ различных форм распада психики, механизмов нарушений деятельности и возможностей ее восстановления.

Например, при исследовании нарушений познавательных процессов эксперимент необходимо построить так, чтобы показать, как распадаются мыслительные операции и в какой форме можно использовать старые, образовавшиеся в прежнем опыте связи. Направленность экспериментально-психологических приемов на раскрытие качественной характеристики психических нарушений особенно важна при исследовании детей с нарушениями развития. При любой степени психического недоразвития или заболевании всегда происходит (пусть замедленное или искаженное) дальнейшее развитие ребенка. Психологический эксперимент должен не ограничиться констатацией имеющихся у ребенка нарушений, а выявить имеющиеся у него потенциальные возможности.

Использование качественного анализа не предполагает отказа от количественных оценок и статистической обработки данных там, где этого требует поставленная задача, но количественный анализ должен занимать второстепенное место, уступив главную роль качественной характеристике распада психики. Это особенно важно, так как характер нарушений психической деятельности в основном не является специфическим для того или иного заболевания. Один и тот же патопсихологический симптом может быть вызван разными механизмами и являться показателем разных состояний.

Например, снижение умственной работоспособности может выявляться и у детей с признаками раннего органического поражения мозга, и у больных шизофренией и эпилепсией, и при сосудистых заболеваниях. Таким образом, каждый патопсихологический симптом может быть оценен только в комплексе с результатами целостного психологического исследования и в сопоставлении с клиническими данными.

Апелляция к личности больного

Еще одним важным принципом построения патопсихологического исследования является обязательная апелляция к личности больного. Эксперимент должен актуализировать не только умственные операции больного, но и его личностное отношение.

В.Н. Мясищев указывал, что психологическое явление может быть понято только на основе учета мотивов, целей, отношения человека к самому себе, к результату своей деятельности.

Система отношений человека связана со структурой его личности, потребностями, эмоциональными и волевыми особенностями. В материальных и духовных потребностях человека выражается его связь с окружающим миром. Анализируя личность, мы прежде всего характеризуем круг интересов человека, содержание и мотивы его поступков. О патологическом изменении личности можно говорить, если под влиянием болезни меняется отношение человека к себе и окружающим, отсутствует адекватная оценка своих возможностей, действия лишаются целенаправленности.

Выявление сохранных сторон психики

Особое значение приобретает патопсихологическое исследование при решении психокоррекционных задач. Важнейшим принципом патопсихологического исследования является его направленность на выявление оставшихся сохранными форм психической деятельности.

А.Р. Лурия подчеркивал, что успешность восстановления нарушенных сложных психических функций зависит от того, насколько восстановительная работа опирается на сохранные звенья психической деятельности. Восстановление нарушенной психической деятельности должно идти по типу перестройки функциональных систем.

Такой же вывод делают специалисты, работающие в области восстановления речи. В.М. Коган, Л.С. Цветкова указывают, что восстановительная работа должна базироваться на оживлении сохранившихся знаний. При

восстановлении функции (в данном случае речи) должна быть актуализирована вся система связей, активность личности, хотя и болезненно измененной.

Патопсихологическое исследование уже несет в себе элементы психокоррекционной работы. Многие больные расценивают эксперимент как экспертную ситуацию, включающую проверку их интеллектуально-мнестических способностей. Поэтому патопсихолог должен быть внимательным, терпимым и тактичным, умеющим ободрять, стимулировать веру больного в свои возможности, в успех лечения, а при необходимости создать для него щадящие условия, постепенно усложняя задания.

Итак, основными принципами построения патопсихологического исследования являются: системный качественный анализ нарушений психической деятельности; апелляция к личности больного, актуализация его личностных отношений; выявление не только нарушенных, но и оставшихся сохранными функций для опоры на них в психокоррекционной работе.

ТЕМА 4. МЕТОДЫ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Основным методом патопсихологических исследований является эксперимент

В рамках этого эксперимента происходит изучение нарушенных психических процессов и личности в специально созданных условиях, обеспечивающих максимальное проявление имеющихся нарушений. Патопсихологический эксперимент осуществляется с помощью конкретных приемов изучения психических функций – экспериментально-психологических методик.

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

Построение экспериментально-психологического обследования в клинике отличается многообразием, большим количеством применяемых

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

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

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

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

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

Психопатологическое исследование обязательно включает беседу с больным

Обычно беседа с больным состоит из двух частей.

Первая часть общения психолога и испытуемого осуществляется вне эксперимента, т.е. до и после экспериментальной работы. Эта беседа зависит от поставленной перед психологом задачи, от сведений, полученных из истории болезни, от состояния больного. В беседе психолог должен избегать обсуждения с больным его болезненных переживаний, во всяком случае не делать этого по собственной инициативе. Например, не надо задавать больному вопросы о том, испытывает ли он галлюцинации, в чем содержание его бреда. Такие вопросы должен задавать врач. Это требование диктуется тем, что психолог не должен вмешиваться в стратегию и тактику лечения и подменять лечащего врача. Конечно, если больной сам заговорит на такие темы, психологу следует его выслушать, запротолировать его высказывания и постараться тактично перевести беседу на решение задач эксперимента.

В своей беседе психолог должен учитывать отношение больного к ситуации эксперимента, к экспериментатору. Но самое главное заключается в том, что и беседа, и эксперимент обязаны содержать элементы деонтологии: больного необходимо ободрить, настроить на успешное выполнение

экспериментальных заданий. В правильно проводимой беседе всегда присутствуют элементы психотерапевтического воздействия. В некоторых случаях беседа может быть направлена на изменение установок и отношений больного, т. е. иметь коррекционный характер.

Вторая часть беседы происходит непосредственно во время эксперимента, психолог при этом обычно оказывает больному помощь в выполнении экспериментальных заданий.

Разнообразные виды такой помощи описаны в работах С.Я.Рубинштейн:

1. простое переспрашивание, т. е. просьба повторить то или иное слово, поскольку это привлекает внимание ребенка к сказанному или к сделанному;
2. одобрение или стимуляция дальнейших действий, например «хорошо», «дальше»;
3. вопросы о том, почему испытуемый совершил то или иное действие (такие вопросы помогают ему уточнить собственные мысли);
4. наводящие вопросы или критические возражения экспериментатора;
5. подсказка, совет действовать тем или иным способом;
6. демонстрация действия и просьба самостоятельно повторить это действие;
7. обучение тому, как надо выполнять задание.

При описании отдельных методик обычно приводятся указания на то, какие виды помощи в данном случае уместны. Выбор адекватных способов помощи остается одним из трудных разделов экспериментальной работы, требующих опыта и квалификации. Общие правила, которыми при этом следует руководствоваться, заключаются в следующем:

сначала следует проверить, не окажутся ли эффективными более легкие виды помощи, и лишь затем перейти к демонстрации и обучению;

экспериментатору не следует быть чрезмерно активным и многословным; его вмешательство в ход эксперимента должно быть тщательно обдумано;

каждый акт помощи, так же как ответные действия больного, должен быть внесен в протокол.

Все реакции больного на помощь, похвалу, критику, на невербальные формы общения (мимика, жесты) должны быть отражены в протоколе. Полученные данные необходимо сопоставлять с результатами эксперимента, данными истории болезни, результатами наблюдения.

В ситуацию эксперимента и беседы входит и наблюдение за поведением больного. Важно отметить особенности внешнего вида, выражения лица, эмоциональность реакции больного, его поведение во время обследования. Наблюдение не должно носить навязчивого характера, а быть тактичным и незаметным для больного.

Патопсихологическое обследование с использованием нестандартизированных экспериментально-психологических методик является основным видом деятельности психолога. Но в некоторых случаях в зависимости от задач исследования для расширения полученных данных используются и другие методы анализа психики; тесты, личностные опросники, проективные методы.

Тестирование

Тесты представляют собой стандартные наборы заданий и материалов, с которыми работает испытуемый. Стандартной является и процедура предъявления заданий: они даются в определенной последовательности, время выполнения и оценка результатов регламентированы.

В связи с тестированием необходимо остановиться на двух понятиях (надежность и валидность), относящихся к психодиагностическим методикам. Надежность теста – это независимость его результатов от действия всевозможных случайных факторов (таких, как условия тестирования, личности экспериментатора и испытуемого, наличие предыдущего опыта тестирования и т. д.). Валидность – это соответствие теста измеряемому психическому свойству или процессу.

Безусловные достоинства тестовых методов – их большая объективность, возможность сравнивать результаты, полученные разными испытуемыми.

В то же время исследования, построенные по типу жестко стандартизированной методики (теста), показывают только отклонение от нормы, но не позволяют видеть нарушенные функции и сохранные звенья.

Опрос

Опросниками называют методики, материалом которых являются вопросы, на которые обследуемый должен ответить, либо утверждения, с которыми обследуемый должен согласиться или не согласиться. Ответы могут даваться в свободной форме (опросники открытого типа) или выбираться из вариантов, предлагаемых в опроснике (опросники закрытого типа).

Различают опросники-анкеты и личностные опросники.

Опросники-анкеты предполагают возможность получения информации об обследуемом, не отражающей непосредственно его личностные особенности. Таковыми могут быть биографические опросники, в ряде случаев – опросники интересов и опросники установок (в зависимости от того, насколько соотносятся выявляемые интересы и установки с собственно личностными психологическими характеристиками: например, опросник, выявляющий установку – отношение к определенной социальной группе, относится к опросникам-анкетам).

Личностные опросники, как это явствует из названия, предназначены для измерения личностных особенностей. Среди них выделяют несколько групп.

Проективные методики

В основу построения этих методик положено представление о том, что в творчестве человека, его высказываниях, предпочтениях, интерпретации

событий проявляются скрытые неосознаваемые побуждения, конфликты, переживания, характеризующие личность. Обследование с помощью этих методик предполагает создание ситуации неопределенности. Инструкция определяет либо общие направления, либо начальный момент обследования. Стимульный материал, предъявляемый для обследования, может толковаться разными способами – важно отношение, которое он вызывает, субъективный смысл, ассоциации, возникающие в связи с этим материалом.

На основании ряда формальных показателей, присущих этим методикам, выделяются следующие признаки:

- относительная свобода в выборе ответа и тактики поведения испытуемого;
- отсутствие каких-либо внешних показателей оценочного отношения к испытуемому со стороны экспериментатора;
- общая оценка взаимоотношения личности с ее социальным окружением, обобщенная оценка ряда личностных свойств, а не измерение какой-либо отдельной психической функции.

Методики исследования в 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 аграммации 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.

МОДУЛЬ 2

ТЕМА 5. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

Нозологическая диагностика – определение того, к какой нозологической группе и к какому конкретному заболеванию относятся имеющиеся у больного изменения психической деятельности и его личности (нозологическая диагностика осуществляется врачом, в том числе, на основе данных, представленных психологом). Отдельным, весьма важным направлением является *дифференциальная диагностика*, т. е. отграничение одной нозологической единицы от другой, сходной по внешним проявлениям. Диагностическая работа необходима для того, чтобы больной своевременно начал получать лечение, соответствующее его заболеванию. В связи с успехами в разработке и применении различных лекарственных препаратов проявления психических заболеваний стали более стертыми, атипичными, в психиатрической клинике уже редко можно встретиться с «классическими» симптомами того или иного заболевания, выделенными ранее психиатрами. Зачастую начальные проявления психотических расстройств настолько напоминают расстройства невротического характера, что даже опытные психиатры испытывают большие трудности в дифференциальной диагностике. Например, начальные стадии шизофрении с депрессивными проявлениями и навязчивыми состояниями в виде ритуалов поведения трудно отграничить от истинно невротических расстройств, вызванных психической тревогой. Между тем стратегия и тактика терапии в этих случаях принципиально разные; это же касается и прогноза.

Психологическое исследование при решении задач нозологической диагностики строится на базе системного подхода и направлено на экспериментальное выявление и детальное описание патопсихологического синдрома, т.е. относительно устойчивой, целостной совокупности симптомов (нарушений, проявляющихся в поведении, эмоциональном реагировании и познавательной деятельности больного). Патопсихологический синдром не дается непосредственно в отдельных результатах исследования, он является итогом анализа и психологической интерпретации полученных данных и возможен лишь при целостном, системном анализе симптомов. Именно патопсихологические синдромы позволяют определить нозологическую принадлежность психических расстройств, тогда как симптомы могут быть одинаковыми. Например, такой симптом, как нарушение опосредствованного запоминания, встречается как при органическом синдроме, так и при синдроме аспонтанности и в ряде других случаев.

Синдромный анализ – важнейший принцип изучения нарушений ВПФ

В задачи синдромного анализа входит:

1. Качественное описание характера нарушения ВПФ, а не просто констатация нарушения. Под качественным анализом понимается определение формы нарушения. Количественное описание нарушения также является необходимым.

2. Сопоставление первичных расстройств, непосредственно связанных с нарушенным фактором, и вторичных расстройств, появляющихся на базе первичных из-за системной организации функций. ВПФ может нарушаться при разных повреждениях мозга, но каждый раз ее нарушение специфично. Сопоставление первичных и вторичных расстройств позволит сделать предположение относительно локализации повреждения.

3. Изучение не только нарушенных функций, но и сохранных. Это также необходимо для выяснения локализации повреждения, а также для реабилитации больного, т.е. реабилитация основана на компенсации нарушенных функций за счет сохранных.

Методами синдромного анализа являются: анализ истории болезней, клиническая беседа, наблюдение, использование психодиагностических, в том числе нейропсихологических, методик.

Принцип синдромного анализа в патопсихологической диагностике непосредственно вытекает из системных высших психологических функций человеческой личности. Опираясь на этот принцип, психолог анализирует и учитывает не только отдельные результаты, полученные в ходе применения психологических методик, но и особенности поведения и эмоционального реагирования, абстрагируясь от несущественных, случайных проявлений психической деятельности, устанавливая причинно-следственные связи. Например, с учетом всей экспериментальной ситуации и особенностей деятельности, смоделированной в эксперименте, одни и те же симптомы могут интерпретироваться по-разному (неспособность к выделению существенного при решении мыслительной задачи служит первичным симптомом при слабоумии, при выраженных астенических расстройствах она также может быть выявлена экспериментально, но как вторичное нарушение; первичным здесь будет выраженная истощаемость психических процессов).

Приемы и показатели позволяющие получать достоверные данные о больном. Существуют определенные приемы и показатели, помогающие получать достоверные данные о больном. В частности, важным показателем является степень целенаправленности и устойчивости установки экспертного больного во время эксперимента. Чем более гибка тактика больного, чем тоньше он реагирует на нюансы поведения экспериментатора в ходе исследования («подстраивается» под него), тем более сохранна его психика. И наоборот, чем жестче установки, чем единообразнее реакции и демонстрируемые нарушения, чем больше больной проявляет удовлетворение, слыша негативную оценку своих результатов, тем более он снижен в интеллектуальном и личностном плане.

Что касается самой процедуры экспертного исследования, то она тоже имеет ряд особенностей.

Во-первых, если при обычном диагностическом исследовании вначале предъявляются относительно простые и нейтральные задания (запоминание слов, счет в уме), то в данном случае целесообразно начинать с более трудных заданий. В результате иногда при наличии установочного поведения больной хорошо выполняет трудные пробы, а следующие за ними более простые делает нарочно неверно.

Во-вторых, для выявления истинного уровня психических расстройств бывает уместно изменить мотивировку задания (мыслительная проба подается как проба на утомляемость или восприятие), а следовательно, как бы «притупить бдительность» больного.

В-третьих, необходимо сопоставить поведение больного в беседе, уровень его ориентировки в окружающей обстановке с реальными результатами эксперимента – при симуляции агравации (изначальное усиление имеющихся симптомов) может обнаружиться значительная разница. В этом же направлении необходимо анализировать и жалобы больного.

Характеристика структуры нарушений

Иногда психологу приходится определять структуру нарушений психики вне зависимости от дифференциально-диагностических или экспертных задач, когда речь идет о новых или малоизученных формах заболеваний: исследование особенностей психической деятельности при хронических интоксикациях разного рода (когда наблюдаются даже психологические симптомы); у людей, занятых на работе с профессиональной вредностью, и т.п. Так, например, в Международной классификации болезней лишь относительно недавно появился синдром посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), т.е. нарушений психики, вызванных переживаниями, выходящими за пределы обычного человеческого опыта (катастрофы, войны, стихийные бедствия), хотя такие больные встречались в клиниках всегда. Соответственно психологическое исследование подобных больных должно быть направлено прежде всего на получение максимально полной информации об особенностях психики (характеристики познавательных функций и личности), а также на описание сохранных звеньев психической деятельности.

Классификация нарушений психики при соматических заболеваниях

Нарушения психики имеют место не только при нервно-психических заболеваниях, они встречаются при чисто соматических и психосоматических заболеваниях, при которых нормальная жизнедеятельность организма человека нарушается из-за воздействия психического фактора (психотравмы, специфические личностные особенности). В.В. Николаева выделяет два основных аспекта этой проблемы

1) роль психического фактора в происхождении соматических заболеваний.

Выявление роли психического фактора в происхождении того или иного соматического заболевания помогает врачам подобрать наиболее адекватные методы лечения, определить конкретные формы и пути психотерапевтического воздействия. Решение этой задачи осуществляется с помощью метода беседы (причем беседы ведутся неоднократно в течение длительного времени), а также разнообразных методик исследования личности. Это направление деятельности психолога становится все более актуальным, поскольку число заболеваний, причисляемых к психосоматическим, постоянно растет. Если раньше к таким заболеваниям относили язвенную болезнь желудка, некоторые виды аллергии, то теперь все чаще говорят о психогенной природе радикулитов, мигрени, бронхиальной астмы и многих других заболеваний, вплоть до злокачественных опухолей.

2) влияние соматического состояния на психику.

Выделяют два вида патогенного влияния: а) соматогенный (воздействие интоксикации на ЦНС), который чаще всего выражается в астенических проявлениях; б) психогенный (шоковая реакция личности на заболевание, формирование неадекватной внутренней картины болезни). Второй вид более распространен.

Практическая деятельность психолога в клинике может затрагивать оба аспекта.

Таким образом, соматическое заболевание может приводить к нарушению как познавательной деятельности, так и личности, и своевременное выявление этих нарушений психологом дает возможность их коррекции.

В области познавательной деятельности больного необходимо уточнить характер нарушений умственной работоспособности, квалифицировать особенности астенического синдрома. При ряде заболеваний возможны более редкие виды нарушений (например, деменция у больных с заболеваниями почек, задержка психического развития у детей с врожденными пороками сердца и т.д.).

При исследовании личностных особенностей большое внимание уделяется анализу **внутренней картины болезни**. Иногда наблюдаются особо острые личностные реакции, требующие срочной помощи психиатра или психолога. Так, например, после пересадки органов может произойти личностная дезинтеграция – больному мужчине кажется, что ему пересадили женское сердце, и он начинает ощущать в себе женские черты личности. Хронические соматические заболевания у подростков часто приводят к формированию ипохондрического типа ВКБ; заболевания в детском возрасте нередко становятся причиной патологического формирования личности.

С проблемой отношений личности и мотивационно-потребностной сферы тесно связано такое важное понятие патопсихологии, как **«внутренняя картина болезни» (ВКБ)**.

В 1938 г. А.Р. Лурия ввел это понятие и вложил в него следующее содержание: это «вся масса ощущений, не только местных болезненных,

но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, ее причина...».

Таким образом, внутренняя картина болезни является отражением больным своего заболевания. Исследователи подчеркивают структурную сложность внутренней картины болезни и выделяют три уровня отражения – сенситивный, логический, эмоциональный, отмечая, что на различных этапах развития болезни удельный вес того или иного уровня может быть различным (В.В. Николаева, 1976).

Б.В. Зейгарник и В.В. Николаева (1977) подчеркивают, что осознание болезни (иными словами, тип ВКБ) теснейшим образом связано со строением мотивационной сферы человека. Так, узость содержания ведущей деятельности, одновершинность мотивационной сферы нередко приводят к ипохондрическому развитию личности, создают сложности при построении замещающей деятельности.

Обусловленность типа реакции на болезнь многими факторами приводит к большому разнообразию типов внутренней картины болезни. Многие исследователи пытались их систематизировать и построить классификацию. Р. Конечный и М. Боухал (1982) приводят следующую классификацию реакции на болезнь:

- 1) нормальная, т.е. соответствующая состоянию больного;
- 2) пренебрежительная, когда больной недооценивает тяжести заболевания;
- 3) отрицающая, когда больной не обращает на болезнь никакого внимания;
- 4) нозофобная, когда больной понимает, что его опасения преувеличены, но не может бороться с ними;
- 5) ипохондрическая, когда больной «уходит в болезнь»;
- 6) нозофильная, когда больной получает определенное удовлетворение от того, что он свободен от обязанностей;
- 7) утилитарная как высшее проявление нозофильной реакции, причем мотивы ее могут быть различны – получение сочувствия, внимания, выход из неприятной ситуации (военная служба, нелюбимая работа), получение материальных выгод. Следует подчеркнуть, что утилитарная реакция имеет разную степень осознанности.

Дальнейшая социальная адаптация больного, особенно психически больного, в большой степени зависит от внутренней картины болезни. Реакция на заболевание оказывается мощным фактором, влияющим на течение патологических процессов. Кроме того, реакция на болезнь, отношение к ней в большой степени определяют реабилитационный потенциал больного. Общеизвестно, что при двух одинаковых нарушениях один больной «уходит в болезнь», другой же продолжает прежний образ жизни, несмотря на рекомендации врачей, третий реально оценивает свои возможности и пытается максимально их использовать.

ТЕМА 6. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Для того чтобы полученные данные патологического исследования не только соответствовали практическому запросу, но и могли быть представлены другим специалистам, имеющим непосредственное отношение к изучаемой проблеме (лечащий врач, экспертная комиссия и др.), введены определённые требования к структуре заключения, позволяющие последовательно изложить результаты исследования [5, с. 29]

Итак, рассмотрим отдельные составляющие и содержание патопсихологического заключения.

Паспортная часть включает в себя:

- *краткие сведения об испытуемом* (фамилия, имя, отчество, возраст, пол, национальность, образование и т.д. Эти данные надлежит зашифровывать);
- *практическую задачу* (цель исследования) как основной запрос, который формулируется лечащим врачом, педагогом, родителями или самим клиническим психологом в зависимости от его сферы деятельности;
- *клинический диагноз* (при его наличии или предположении, который психолог получает от лечащего врача);
- *краткий анамнез*, включающий в себя сведения о начале и развитии болезни, основных проявлениях, условиях жизни, перенесённых заболеваниях, хронической патологии, наследственности и др. (сведения

об анамнезе психолог получает от лечащего врача (в условиях клиники), от школьного врача или педагога (в условиях образовательного учреждения), от родителей при их личном обращении за психологической помощью).

Также в данной части могут быть описаны жалобы самого испытуемого по поводу его состояния. Эти сведения могут быть важными в тех случаях, когда описание пациента отличается от описания врача, родителей, педагога.

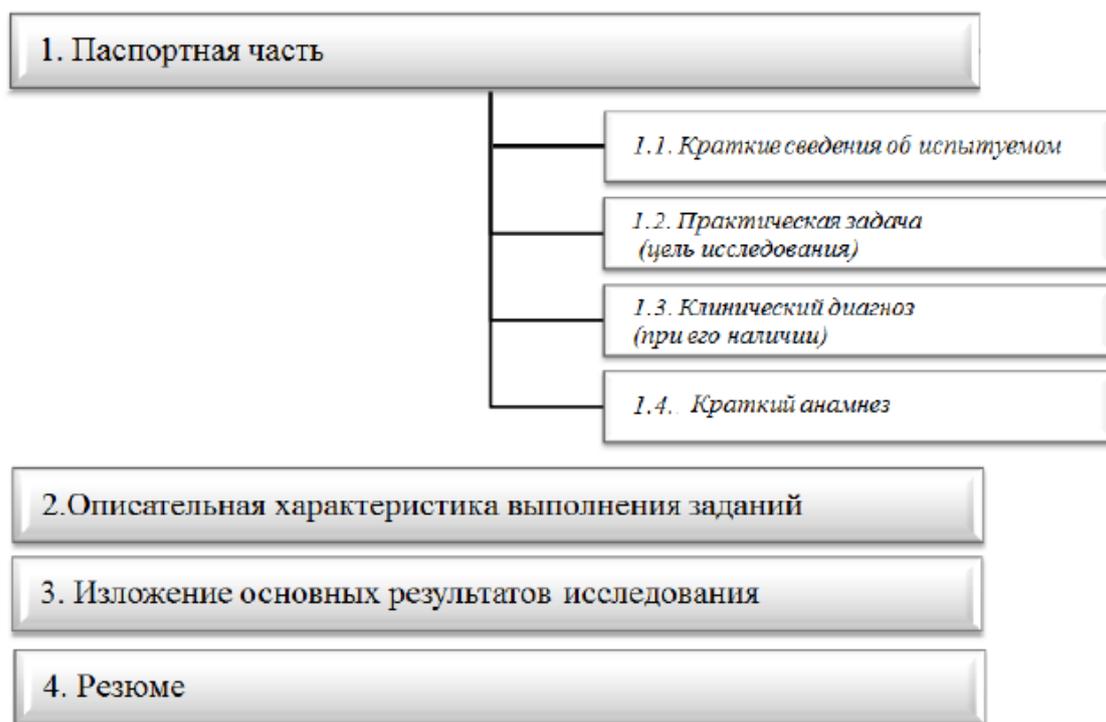


Рис. 1 – Общий план написания заключения

Описательная характеристика выполнения заданий включает в себя краткие сведения о том, как работал испытуемый при выполнении методик, уровень его активности и заинтересованности (старательно/небрежно, заинтересованно/без интереса, оценивал или нет свои результаты). Показатель заинтересованности в своих результатах очень важен для клинического психолога, так как, по мнению С.Я. Рубинштейн, «чем сохраннее личность, тем обычно глубже выражена эмоциональная реакция на исследование в целом. У психопатов она принимает иногда утрированный характер. Безучастное отношение к факту исследования наблюдается при глубоком распаде личности либо при очень глубокой депрессии» [5].

Изложение основных результатов исследования должно содержать в сжатой форме сведения о характере познавательной сферы испытуемого, причём выводы в каждом случае подкрепляются конкретными эмпирическими данными. Начинать описание нужно с центрального дефекта, выявленного в процессе исследования. Затем обратить внимание на его

взаимосвязи и описать вторичные дефекты, что в целом даёт возможность представить психологический синдром нарушений психической деятельности. Умение психолога выделить и корректно квалифицировать то или иное нарушение психической деятельности является важным шагом патопсихологического анализа. В данной части заключения также описываются сохранные стороны психической деятельности пациента, обязательно указываются особенности эмоциональной, мотивационно-волевой сферы испытуемого и его личностные характеристики, выявленные в ходе исследования.

В конце заключения делается краткий вывод или *резюме*, представляющее собой конкретный ответ на изначально поставленный практический вопрос, которому подчинена цель исследования. В этом кратком выводе излагаются наиболее важные результаты исследования, характеризующие структуру основного психологического синдрома. Резюме не должно содержать суждение о диагнозе или его постановку, так как это относится к компетенции лечащего врача [5, с. 30]. Вместе с тем при постановке функционального диагноза в компетенцию психолога входит формулировка диагноза относительно личностной и социальной сферы испытуемого

МОДУЛЬ 3

ТЕМА 7. НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ

1. Агнозии

Агнозия (от греч. а – отрицательная частица, gnozis – 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 контрастных деталей.

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.

Иллюзии – искажённое восприятие реально существующих объектов.

Иллюзии подразделяются на физиологические, физические и психические.

К основным видам психических иллюзий относят:

- парэйдолии – зрительные иллюзии фантастического содержания
- аффективные иллюзии – возникают при выраженных эмоциональных состояниях
- вербальные иллюзии- больной слышит **вместо** нейтральной речи речь другого, как правило, угрожающего содержания
 - слуховые
 - зрительные
 - вкусовые
 - тактильные
 - обонятельные

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.

Галлюцинации – это восприятие предметов и явлений, которые объективно не существуют.

Классификация галлюцинаций:

1. По идентификации галлюцинаторного образа с реальностью:
 - истинные – расстройства восприятия, при которых галлюцинаторные явления воспринимаются больными как бы извне, из окружающей среды и сопровождаются чувством реальности.
 - ложные – возникают не во внешней среде, внутри больного.
2. По вовлечённости анализатора:
 - простые – вовлечён 1 анализатор
 - сложные – вовлечено несколько анализаторов
3. По анализатору:
Зрительные; обонятельные; вкусовые; тактильные; слуховые.
4. По содержанию:
 - с завершённой предметностью
 - с незавершённой предметностью
5. По условиям возникновения:
 - галлюцинации Шарля-Боне – наблюдаются при нарушении периферического отдела анализатора, сенсорной депривации
 - гипногогические- возникают перед сном
 - гипнопомпические – возникают при пробуждении
 - функциональные – возникают на фоне реального раздражителя **вместе с**, исчезают с удалением раздражителя (в пределах той же модальности)
 - апперцептивные – раздражитель действовать перестал, а галлюцинация есть (в пределах той же модальности)
 - психопатические (психотические)
6. По проекции
 - гемианоптические
 - экстракампинные

Галлюцинации имеют общие и отличительные черты при сравнении их с представлениями, получаемыми от реальных предметов. Для галлюцинаций характерно следующее:

- 1) галлюцинаторные образы проецируются вовне. Больные относятся к галлюцинациям как к реально воспринимаемым объектам;

2) галлюцинаторный образ, как правило, чувственно окрашивается. Яркость впечатлений, чувственность образа убеждают больных в реальности галлюцинаций;

3) возникновение галлюцинаторного образа сопровождается отсутствием подконтрольности. Больного невозможно убедить в том, что галлюцинаторного образа реально не существует.

Вопрос о механизме возникновения галлюцинаций изучался многими учеными. И.П. Павлов считал, что галлюцинации возникают при наличии гипнотической парадоксальной фазы. С.Я. Рубинштейн пришла 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.

ТЕМА 8. НАРУШЕНИЯ ВНИМАНИЯ

Внимание – это психический процесс, характеризующийся сосредоточенностью деятельности субъекта в определенный момент времени на каком-либо реальном или идеальном объекте (предмет, событие, образ, рассуждение и т.д.).

Внимание вместе с восприятием и памятью является так называемым предвестником мышления. Внимание характеризуется как динамическая сторона сознания.

Многие исследователи, в том числе И.Л. Баскакова, Л.С. Выготский, В.С.Мухина и др., подчеркивают наличие общих закономерностей развития памяти, воображения и внимания у ребенка. Возрастные характеристики этих познавательных процессов у ребенка раннего возраста изначально являются произвольными, непреднамеренными. В старшем дошкольном возрасте под влиянием новых видов деятельности (обучение в виде игры) и новых требований перед ребенком возникают особые задачи, направленные на сосредоточение и удержание внимания на объекте или воспроизведение какого-либо задания. Это приводит к формированию нового уровня внимания, а также памяти, воображения и других высших психических функций. Произвольное внимание получает свое наибольшее развитие в младшем школьном возрасте, когда обучение становится ведущей деятельностью ребенка. Основными характеристиками внимания являются: устойчивость, концентрация; объем; переключаемость.

Выделяют следующие виды нарушений внимания: снижение устойчивости; уменьшение объема; нарушение переключаемости.

1. Снижение устойчивости внимания

Снижение концентрации внимания и его колебания приводят к *снижению устойчивости внимания*. Недостаточная устойчивость внимания затрудняет протекание целенаправленной познавательной деятельности и является одной из самых главных предпосылок к возникновению трудностей

в мыслительной деятельности. Обеспечение первоначальной фиксации внимания на объекте выступает ведущей предпосылкой сосредоточенного и устойчивого внимания.

У психически больных, как правило, нарушено и зрительное, и слуховое внимание. По методике отыскивания чисел на таблицах Шульте обнаруживаются результаты, превосходящие норму по количеству затраченного времени. Обращает на себя внимание общая замедленность в работе с резко выраженной неравномерностью психической деятельности. У некоторых больных скорость отыскивания чисел может снижаться, а время, затрачиваемое на их отыскивание, – увеличиваться. В некоторых случаях время удваивается за счет того, что больные «теряют» числа на таблице и не видят их.

При обследовании методикой В.М. Когана по дифференциации совмещенных признаков было выявлено, что больные по сравнению со здоровыми затрачивают больше времени на раскладывание карточек. Осуществляя две операции одновременно – пересчет карточек и раскладывание их по цвету, – больные значительно больше допускают ошибок. Результаты исследований, проведенных Б.В. Зейгарник, Д.Д. Федотовым, Н.Г. Тихомировой, свидетельствуют об истощаемости и колебании активного внимания больных.

2. Уменьшение объема внимания

Уменьшение объема внимания – это количественное сужение совокупности раздражителей из-за нарушения способности к их удержанию. Так, например, у умственно отсталых детей по сравнению с их нормальными сверстниками сужен объем внимания. Они смотрят и не видят, слушают и не слышат. Бросая взор на какой-то предмет, они видят в нем меньше отличительных признаков, чем нормально развивающийся ребенок. Это одна из причин, осложняющих ориентировку таких детей на улице, в помещении и особенно в малознакомых местах.

Узость поля внимания связана с трудностью, а иногда и с невозможностью осуществить мыслительный синтез. Именно это наблюдается у большинства детей с отклонениями в развитии. Нормально развивающийся ребенок дошкольного возраста видит и замечает многое, но и он не способен организовать свое наблюдение.

Для расширения объема внимания необходимо не просто вовлечение все большего количества учитываемых признаков, но и их ассимиляция, включение в структуру опыта, иерархизация, что требует сохранности соответствующих механизмов.

3. Нарушение переключаемости внимания

Нарушение переключаемости внимания – это нарушение лабильного перехода от одного стереотипа выполнения деятельности к другому, нарушение способности к отторживанию предшествующих способов деятельности.

Нарушение переключаемости внимания выражено у различных категорий больных по-разному. Люди с шизофренией, отличающиеся лабильностью протекания мыслительной деятельности, легко и свободно

переключаются с объекта на объект. Однако при выборе новых способов деятельности большое значение имеет их собственная мотивация. Легкость, с которой эти больные переключаются, отягощается потерей осмысленности, выхолащенностью действия.

Умственно отсталые и больные эпилепсией испытывают значительные трудности при переключении с одного задания на другое. В их деятельности особенно ярко проявляется застреваемость или «соскальзывание» на уже знакомый способ решения задания. У них снижена способность к распределению внимания между разными видами деятельности. Они не могут сразу выполнять два задания, например, рисовать и рассказывать стихотворение.

ТЕМА 9. РАССТРОЙСТВА 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.

ТЕМА 10. НАРУШЕНИЯ 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 уводят 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 корригируется мышлением. Для того чтобы мышление могло регулировать поведение, оно должно быть целенаправленным, критичным, лично-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 много-речевые 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.

ТЕМА 11. НАРУШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

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.

ТЕМА 12. НАРУШЕНИЯ УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ

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 сменяющихся 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 осмысливает 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 оттормаживание 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 неперсыщаемости 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 сохранные, 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.

ТЕМА 13. НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

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. переходящим.

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.

ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

ЗАДАНИЯ ДЛЯ СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ

МОДУЛЬ 1

ЗАНЯТИЕ № 1

Теоретические основы патопсихологии

Вопросы для обсуждения:

1. Определение патопсихологии.
2. Понятие о патопсихологии. Объект и предмет патопсихологии.
3. Цели и задачи патопсихологии. Разграничение понятий «патопсихология», «психопатология» и «специальная психология».
4. Соотношение патопсихологии с другими областями психологической науки. Взаимодействие патопсихологии и психиатрии, место патопсихологии среди смежных дисциплин: нейропсихология, нейрофизиология, дефектология.

Задание: Составить концепт-карту по теме.

Метод Концепт-карты. Концепт-карты – один из способов развития логического мышления и способностей к **обучению**, помогающий учащимся осознать место отдельного понятия в контексте некоторой области и установить взаимосвязи между ними.

Составление концепт-карт отличается от иных методов организации материала тем, что в процессе обязательно принимают участие студенты. Это один из методов когнитивной визуализации. Когнитивная визуализация не тоже самое, что и визуализация или иллюстративный метод, так как представляет собой «преобразование, переосмысление» предмета изучения и направлена не на иллюстрацию осваиваемого материала, а на развитие познавательных способностей, аналитического и критического мышления.

Основные достоинства применения концепт-карт в обучении:

1. Позволяют суммировать главные идеи учебного материала
2. Помогают синтезировать и вычленять главные идеи, темы и взаимосвязи (особенно это полезно детям без навыков систематизации)
3. Визуальная составляющая улучшает понимание учебного материала и его припоминание

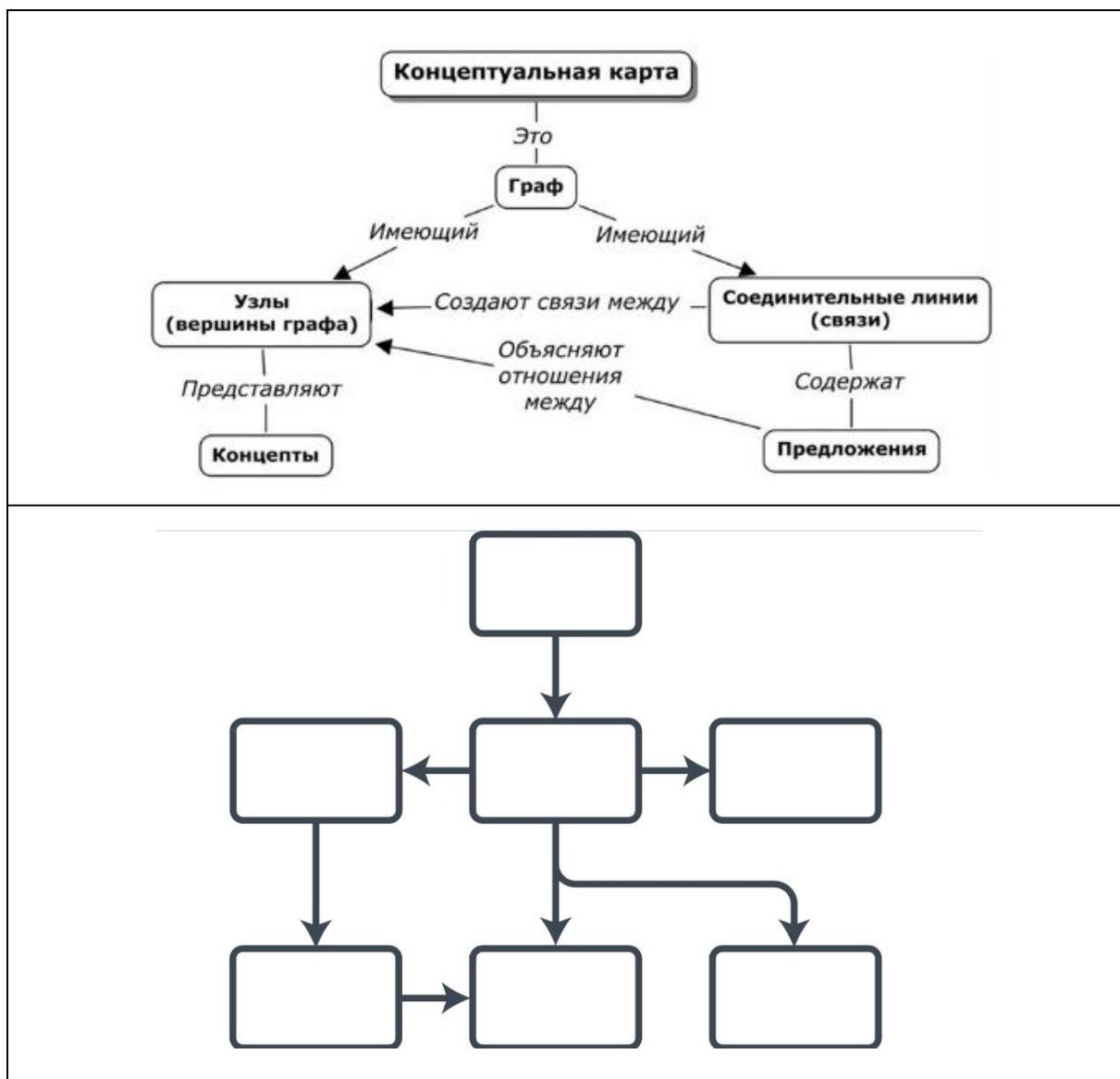
Правила

Как использовать этот метод?

1. Определите тему, по которой вы собираетесь провести мозговой штурм.

2. Запишите все идеи/факты/предметы и т.д., которые приходят вам в голову, когда вы думаете об этой теме.

3. Нарисуйте карту и установите связи между ними.



Литература:

1. Загорная, Е.В. Основы патопсихологии. Учебное пособие под ред. профессора С.Л. Соловьёвой / Е.В. Загорная. – М.: Мир науки, 2018. – Режим доступа: <http://izd-mn.com/PDF/24MNNPU17.pdf>.

2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. / Б.В. Зейгарник – Москва: Академия, 2006. – 208 с.

3. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учебное пособие для студ. пед. вузов / И.Ю. Левченко [и др.]. – М.: Академия, 2000. – 232с.

4. Титова, Н.М. Клиническая психология: конспект лекций: [пособие для подготовки к экзаменам] / Н.М. Титова. – Москва: Приор, 2006. – 107 с.

ЗАНЯТИЕ № 2

История развития патопсихологии

Вопросы для обсуждения:

1. Научные, практические и методологические предпосылки выделения патопсихологии в самостоятельную ветвь психологии. Краткий анализ психологических теорий и экспериментальных направлений, повлиявших на развитие патопсихологии (Работы В. Вундта, Э. Крепелина, П. Жанэ, З. Фрейда, К. Ясперса).

2. Естественнонаучные традиции отечественной экспериментальной психологии. Значение идей И.М. Сеченова, И.П. Павлова, роль школы В.М. Бехтерева, работ С.С. Корсакова, А.Н. Бернштейна в становлении патопсихологии. Ведущая роль Л.С. Выготского в формировании патопсихологии, значение работ Б.В. Зейгарник и С.Я. Рубинштейн для становления отечественной патопсихологии.

3. Развитие представлений о патопсихологии в дореволюционный период.

4. Развитие представлений о патопсихологии в послереволюционный период.

5. Развитие представлений о патопсихологии в современный период.

Литература для конспектирования:

- Золотова, Н.В. Роль школы Б.В. Зейгарник в отечественной патопсихологии / Н.В. Золотова // Прикладная психология и психоанализ. – 2006. – № 4. – С. 167–172.

ЗАНЯТИЕ № 3

Принципы патопсихологического исследования

Вопросы для обсуждения:

1. Принципы построения патопсихологического исследования.

2. Преимущества и недостатки количественного и качественного анализа особенностей протекания психических процессов.

3. Использование патопсихологических показателей для решения вопросов дифференциальной диагностики в психиатрии. Определение качества и степени нарушений психической деятельности.

4. Роль патопсихологических исследований для решения проблем экспертизы (воинской, трудовой, судебной). Значение данных экспериментально-патопсихологических исследований для характеристики динамики психического заболевания (установление качества ремиссии, учет эффективности лечения, динамика состояния в стационаре и т.п.).

5. Патопсихологическое исследование и восстановление утраченной работоспособности, разработка научных основ для трудовых рекомендаций. Место патопсихологии в области реабилитации и психологической коррекции больных. Патопсихология и психопрофилактика.

Литература:

1. Загорная, Е.В. Основы патопсихологии. Учебное пособие под ред. профессора С.Л. Соловьёвой / Е.В. Загорная. – М.: Мир науки, 2018. – Режим доступа: <http://izd-mn.com/PDF/24MNNPU17.pdf>.

2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. / Б.В. Зейгарник – Москва: Академия, 2006. – 208 с.

3. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учебное пособие для студ. пед. вузов / И.Ю. Левченко [и др.]. – М.: Академия, 2000. – 232с.

4. Титова, Н.М. Клиническая психология: конспект лекций: [пособие для подготовки к экзаменам] / Н.М. Титова. – Москва: Приор, 2006. – 107 с.

ЗАНЯТИЕ № 4

Методы патопсихологического исследования

Вопросы для обсуждения:

1. Общая характеристика методов патопсихологического исследования.
2. Патопсихологический эксперимент.
3. Беседа.
4. Тестирование.
5. Опрос.
6. Проективные методики.

Задание: подобрать методики (техники) для каждого из методов патопсихологического исследования по определенному запросу (кейсу).

Литература:

1. 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.

2. 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.

МОДУЛЬ 2

ЗАНЯТИЕ № 5

Патопсихологические исследования в клинической практике.

Внутренняя картина болезни

Вопросы для обсуждения:

1. Нозологическая диагностика.
2. Синдромный анализ.
3. Характеристика структуры нарушений.
4. Внутренняя картина болезни.

Задание: разобрать вопросы темы с использованием метода «Фишбоун».

Метод «Фишбоун» (35–40 мин). Студенты делятся на 4 группы в соответствии с количеством вопросов для обсуждения по теме.

«Скелет рыбы» и направлен на развитие критического мышления обучающихся в наглядно-содержательной форме.

Суть данного методического приема – установление причинно-следственных взаимосвязей между объектом анализа и влияющими на него факторами, совершение обоснованного выбора. Дополнительно метод позволяет развивать навыки работы с информацией и умение ставить и решать проблемы.

Схемы «Фишбоун» дают возможность:

- организовать работу участников в парах или группах;
- развивать критическое мышление;
- визуализировать взаимосвязи между причинами и следствиями;
- ранжировать факторы по степени их значимости.

Правила. Составление схемы «Фишбоун». «Рыбий скелет» состоит из четырех блоков информации:

– голова, где обозначаются проблема, вопрос или тема, которые подлежат анализу;

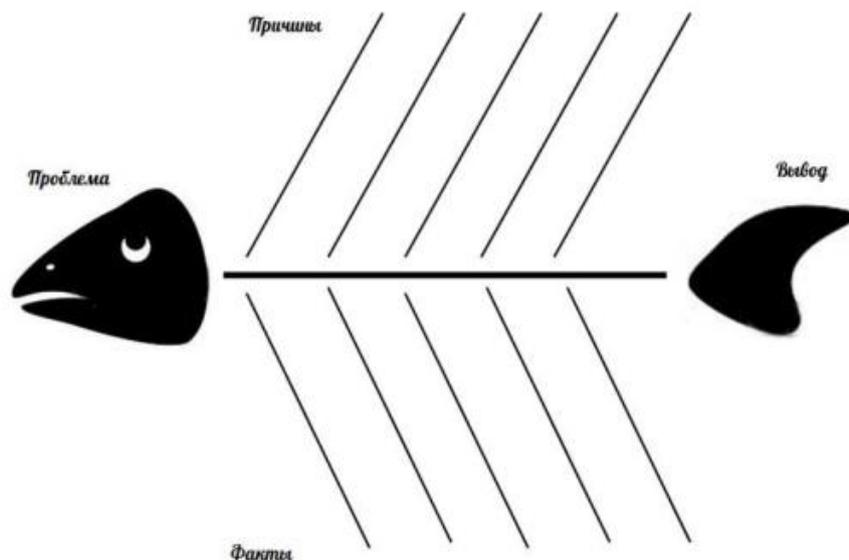
– верхние косточки (расположенные справа при вертикальной форме схемы или сверху при горизонтальной) – на них фиксируются причины и основные понятия того или иного явления, проблемы;

– нижние косточки (изображаются напротив) – факты, подтверждающие наличие сформулированных причин или суть понятий, указанных на схеме;

– хвост – ответ на поставленный вопрос, выводы, обобщения.

Очень важно, чтобы решения проблемы были выстроены по степени актуальности: чем ближе к голове, тем насущнее.

Составление записей на «теле» рыбы проводится по правилу «КТЛ» (кратко, точно, лаконично): лучше использовать всего 1–2 существительных для обозначения того или иного пункта, которые будут четко отражать суть явления.



Литература:

1. Загорная, Е.В. Основы патопсихологии. Учебное пособие под ред. профессора С.Л. Соловьёвой / Е.В. Загорная. – М.: Мир науки, 2018. – Режим доступа: <http://izd-mn.com/PDF/24MNNPU17.pdf>.
2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. / Б.В. Зейгарник – Москва: Академия, 2006. – 208 с.
3. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учебное пособие для студ. пед. вузов / И.Ю. Левченко [и др.]. – М.: Академия, 2000. – 232с.
4. Титова, Н.М. Клиническая психология: конспект лекций: [пособие для подготовки к экзаменам] / Н.М. Титова. – Москва: Приор, 2006. – 107 с.

ЗАНЯТИЕ № 6

Патопсихологическое заключение

Вопросы для обсуждения:

1. Схема патопсихологического заключения
2. Что включает в себя начало патопсихологического заключения?
3. Какую информацию размещают во второй (основной части) патопсихологического заключения?
4. Чем необходимо оканчивать заключение?
5. Сколько экземпляров патопсихологического заключения должно быть? Для чего?
6. При каких условиях результаты обследования можно обсудить с пациентом?
7. От чего зависит характер заключения?

Практические задание:

1. Прочитайте патопсихологические заключения и ответьте на следующие вопросы:

Соблюдена ли структура патопсихологического заключения? О чем идет речь на каждом из этапов? Каков результат каждого этапа заключения? Где и как осуществляется переход с одного этапа составления заключения на другой? Согласуется ли резюме заключения с фактами, обозначенными в ходе заключения?

Обоснуйте ответ.

2. Группа делится на подгруппы, в группе выбирается один испытуемый. Задание: «Подберите методики, которые на Ваш взгляд использовались при исследовании больных из выданных Вам заключений. Проведите патопсихологическое исследование на здоровом испытуемом, оформите заключение об особенностях психической деятельности клиента.»

Заключения

1. Н., 25, студент, поступил в психиатрическую больницу на обследование

Жалоб не высказывает, на расспросы отвечает расплывчато, в ходе исследования иногда наблюдается адекватная улыбка, иногда неадекватный ситуации смех. Стационарирование в больницу считает недоразумением. Себя считает психически здоровым. При исследовании самооценки все показатели резко завышены, что свидетельствует о нарушении критичности. Напр., относит себя к числу самых здоровых людей. Считает, что самым здоровым ему мешает быть «зрение... очки мешают заниматься подводным плаванием, их приходится часто снимать, а также родимое пятно на теле». Больной оценивает себя также достаточно высоко по шкале «счастье», сопровождая свою оценку резонерским высказыванием «Самые счастливые люди, которые ясно разбирались в себе, ясно понимают себя и согласно познанию себя совершают поступки, т.е. действия этих людей не противоречат, действия их осознаны, т.е. они познали себя, и это они делают... Самые несчастливые -...люди, которые никогда не знают, что им делать и часто совершают и действуют по указке других людей, т.е. нерешительные, расплывчатые, раздвоенные, расстроенные».

Больной не критичен к своим действиям, суждениям. Он «принципиально» не согласен с замечаниями экспериментатора, спорит, стремясь доказать свою правоту.

Формально больному доступны мыслительные операции, однако обнаруживаются искажения операционной стороны мышления, выражающиеся в повышенной актуализации маловероятных свойств предметов. Так, при выполнении задания «исключение предметов», больной предлагает сразу несколько вариантов решения, не может выбрать из них наиболее правильный. Напр., предлагается карточка с изображением пилы, топора, коловорота, шурупа. Исключению в данном случае подлежит шуруп., т.к. все

остальные предметы – орудия труда. Больной же исключает пилу, т.к. «остальные предметы, которыми может пользоваться только один человек, а пилой обязательно два.» или «потому, что пила – это режущий инструмент, а остальные предметы входят в поверхность». Обращает на себя внимание расплывчатость, разноплановость суждений, резонерство.

Таким образом, на первый план при патопсихологическом исследовании выступают грубые нарушения критичности в сочетании с выраженными нарушениями мышления (по типу соскальзывания, разноплановости суждений, резонерства).

2. С., 49 лет, поступил в психиатрическую больницу на обследовании

Жалоб на умственную работоспособность не высказывает. Беседует охотно. Заметна склонность показать себя с лучшей стороны. Часто подчеркивает, что «здоров и ничем серьезным не болел». В речи встречаются слова с уменьшительными суффиксами. Инструкции выслушивает очень внимательно. Выполняет задания старательно. Допущенные ошибки, даже самые незначительные, старается скрыть (когда в чем-то не уверен, начинает говорить тихим голосом; или старается незаметно вообще уйти от выполнения трудного для него задания; часто свой успех пытается оправдать тем, что он впервые столкнулся с работой такого рода).

Инструкции к заданиям усваивает. Суждения последовательные, логика суждений не нарушена.

Вместе с тем следует отметить выраженное нарушение операционной стороны мышления. Оперирование общими признаками предметов затруднено и заменяется установлением конкретно-ситуационных связей между предметами. Умение абстрагироваться от конкретных деталей нарушено (напр., операция классификации предметов, в основе которой лежит выделение обобщенного свойства предмета, отвлечение от множества других его конкретных свойств, вызывает затруднение. Больной часто прибегает к ситуационному принципу образования групп. Создает большое количество мелких групп на основании довольно конкретной предметной связи. Так, объединяет в одну группу посуду и весы («Это все предметы для приготовления пищи...весы тоже к кухне подходят...они способствуют лучшему приготовлению пищи...в поваренной книге предусматривается состав в граммах...нужно что-то развесить, например.»)

Отмеченные нарушения мышления ярко и четко выступают при применении метода «пиктограмма». В созданных образах-ассоциациях отсутствовала условность, много излишних конкретных деталей, как в суждениях, так и в самих рисунках. Например, для запоминания слова «сомнение» больной придумывает следующий образ и ведет такое рассуждение: «Я раскрываю утреннюю газету, быстро просматриваю вторую страницу, но предварительно я написал свою заметку и жду, что ее напечатают в следующем номере, т.к. в предыдущем не было... быстро пробежал одну страницу –

заметки нет, у меня возникает сомнение – будет ли в этом номере напечатана моя статья; открываю следующую страницу, допустим это газета «Неделя», опять нет, несколько страниц просмотрел, у меня возникает волнение – напечатают или нет; в конце концов я открываю последнюю страницу и нахожу свою корреспонденцию, сомнение мое исчезает».

Описанный характер нарушения мышления можно квалифицировать как снижение уровня обобщения.

Следует отметить выраженную утомляемость больного при умеренно интеллектуальной нагрузке (сам больной тщательно пытается скрыть утомление). Отмечаются грубые колебания внимания, которые иногда граничат с колебаниями тонуса сознания.

Примером может служить отсчитывание из 200 по 13 = ...187...175...83...70...157...144...123...126...48...135...138...39...123...126...48...135... Процесс запоминания и воспроизведения грубо не изменен. Отмечается лишь некоторая слабость воспроизведения.

Таким образом, в момент исследования выявились нарушения мышления: а) снижение уровня обобщения (наличие конкретно-ситуационных и обстоятельных суждений), б) выраженная обстоятельность, тугоподвижность и детализация ассоциаций; в) отмечается также заметная утомляемость и ярко выраженные колебания внимания, граничащие с колебаниями тонуса сознания.

3. С., 20 лет, военнoслужаший, поступил в психиатрическую больницу на обследование

Во время обследования спокоен, вежлив. Охотно рассказывает о своих жалобах («память неважная, рассеянный»). Подробно описывает «состояния», которые отмечались во время службы в армии. Старается подчеркнуть свою несостоятельность при усвоении материала, обращает внимание экспериментатора на «плохой сон», «трудности засыпания».

В ходе выполнения экспериментальной работы отмечается намеренная медлительность больного. Долго обдумывает инструкции к заданиям, медленно включается в работу, как бы обдумывая план действий. После длительного периода «размышлений», выполняет работу правильно, без видимых затруднений, в соответствии с инструкцией. Обнаруживает сохранность мыслительных операций, доступность обобщения и абстрагирования (лишь испытывает затруднения при опосредовании отвлеченных понятий). Суждения последовательны, направленность мышления сохранена. Ассоциации в пиктограмме адекватны, эмоционально окрашены, в меру абстрактны; без излишней детализации и обстоятельности. О достоверности результатов проверки мнестических процессов судить не представляется возможным из-за стремления больного к преувеличению своей несостоятельности в умственной работе. Повышенной утомляемости, нарушения внимания во время исследования выявить не удалось.

МОДУЛЬ 3

ЗАНЯТИЕ № 7

Нарушения восприятия

Вопросы для обсуждения:

1. Понятие и история исследования восприятия.
2. Виды нарушений восприятия.
3. Агнозии.
4. Псевдоагнозии при деменции. Нарушение осмысленности и обобщенности перцептивной деятельности дементных больных.
5. Обманы чувств.
 - а) Иллюзии, виды иллюзий.
 - б) Галлюцинации: понятие, классификация, механизм возникновения.
 - в) Псевдогаллюцинации.
6. Нарушение мотивационного компонента восприятия. Зависимость восприятия от структуры деятельности, реализуемой субъектом.
7. Методики исследования восприятия.

Литература:

1. Загорная, Е.В. Основы патопсихологии. Учебное пособие под ред. профессора С.Л. Соловьёвой / Е.В. Загорная. – М.: Мир науки, 2018. – Режим доступа: <http://izd-mn.com/PDF/24MNNPU17.pdf>.
2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. / Б.В. Зейгарник – Москва: Академия, 2006. – 208 с.
3. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учебное пособие для студ. пед. вузов / И.Ю. Левченко [и др.]. – М.: Академия, 2000. – 232с.
4. Титова, Н.М. Клиническая психология: конспект лекций: [пособие для подготовки к экзаменам] / Н.М. Титова. – Москва: Приор, 2006. – 107 с.

ЗАНЯТИЕ № 8

Нарушения внимания

Вопросы для обсуждения:

1. Исследование внимания.
2. Снижение устойчивости внимания.
3. Нарушение зрительного и слухового внимания.
4. Уменьшение объема внимания.
5. Нарушение переключаемости внимания.

Литература:

1. Загорная, Е.В. Основы патопсихологии. Учебное пособие под ред. профессора С.Л. Соловьёвой / Е.В. Загорная. – М.: Мир науки, 2018. – Режим доступа: <http://izd-mn.com/PDF/24MNNPU17.pdf>.
2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. / Б.В. Зейгарник – Москва: Академия, 2006. – 208 с.
3. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учебное пособие для студ. пед. вузов / И.Ю. Левченко [и др.]. – М.: Академия, 2000. – 232с.
4. Титова, Н.М. Клиническая психология: конспект лекций: [пособие для подготовки к экзаменам] / Н.М. Титова. – Москва: Приор, 2006. – 107 с.

ЗАНЯТИЕ № 9

Расстройства памяти

Вопросы для обсуждения:

1. Понятие и история исследования памяти.
2. Виды нарушений памяти.
3. Нарушения непосредственной памяти: Корсаковский синдром, прогрессирующая амнезия. Факторы, лежащие в основе возникновения нарушений непосредственной памяти.
4. Нарушение динамики мнестической деятельности.
5. Нарушение опосредованной памяти.
6. Нарушение мотивационного компонента памяти. Значение мотивационного компонента в строении и протекании процессов памяти.
7. Специфика нарушения мотивационного компонента памяти у больных шизофренией и эпилепсией.
8. Методики исследования нарушений памяти.

Литература:

1. Загорная, Е.В. Основы патопсихологии. Учебное пособие под ред. профессора С.Л. Соловьёвой / Е.В. Загорная. – М.: Мир науки, 2018. – Режим доступа: <http://izd-mn.com/PDF/24MNNPU17.pdf>.
2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. / Б.В. Зейгарник – Москва: Академия, 2006. – 208 с.
3. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учебное пособие для студ. пед. вузов / И.Ю. Левченко [и др.]. – М.: Академия, 2000. – 232с.
4. Титова, Н.М. Клиническая психология: конспект лекций: [пособие для подготовки к экзаменам] / Н.М. Титова. – Москва: Приор, 2006. – 107 с.

ЗАНЯТИЕ № 10

Расстройства мышления

Вопросы для обсуждения:

1. Исследование нарушений мышления в отечественной патопсихологии. Работы Б.В. Зейгарник, Ю.Ф. Полякова, Т.К. Мелешко, В.А. Литвак.
2. Специфика психиатрических и психологических представлений о нарушениях мышления.
3. Нарушение операционной стороны мышления. Снижение уровня обобщения. Искажение обобщения. Нарушение понимания конкретных связей между предметами.
4. Нарушение динамики мыслительной деятельности. Лабильность и инертность мышления.
5. Нарушение мотивационного компонента мышления. Разноплановость мышления. Резонерство.
6. Специфика нарушений мышления при шизофрении и других психических расстройствах.
7. Методики исследования мышления.

Литература:

1. Загорная, Е.В. Основы патопсихологии. Учебное пособие под ред. профессора С.Л. Соловьёвой / Е.В. Загорная. – М.: Мир науки, 2018. – Режим доступа: <http://izd-mn.com/PDF/24MNNPU17.pdf>.
2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. / Б.В. Зейгарник – Москва: Академия, 2006. – 208 с.
3. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учебное пособие для студ. пед. вузов / И.Ю. Левченко [и др.]. – М.: Академия, 2000. – 232 с.
4. Титова, Н.М. Клиническая психология: конспект лекций: [пособие для подготовки к экзаменам] / Н.М. Титова. – Москва: Приор, 2006. – 107 с.

ЗАНЯТИЕ № 11

Нарушения личности

Вопросы для обсуждения:

1. Пограничная психиатрия и патопсихология: психопатии как аномалии характера и личностные и поведенческие расстройства (по МКБ-11), невротическое развитие личности.
2. Нарушение опосредованности и иерархии мотивов.
3. Нарушение смыслообразования.
4. Формирование патологических потребностей и мотивов.
5. Снижение активности поведения, не критичность поведения.

6. Потеря общественно выработанных «нормативов» поведения.
7. Нарушения самосознания и самооценки.
8. Методики исследования личности.

Литература:

1. Загорная, Е.В. Основы патопсихологии. Учебное пособие под ред. профессора С.Л. Соловьёвой / Е.В. Загорная. – М.: Мир науки, 2018. – Режим доступа: <http://izd-mn.com/PDF/24MNNPU17.pdf>.
2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. / Б.В. Зейгарник – Москва: Академия, 2006. – 208 с.
3. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учебное пособие для студ. пед. вузов / И.Ю. Левченко [и др.]. – М.: Академия, 2000. – 232с.
4. Титова, Н.М. Клиническая психология: конспект лекций: [пособие для подготовки к экзаменам] / Н.М. Титова. – Москва: Приор, 2006. – 107 с.

ЗАНЯТИЕ № 12

Нарушения умственной работоспособности

Вопросы для обсуждения:

1. Понятие умственной работоспособности в психологии труда и патопсихологии. Умственная работоспособность, продуктивность и истощаемость психической деятельности.
2. Влияние нарушений мотивационной сферы на работоспособность.
3. Клинические проявления нарушения умственной работоспособности. Симптом пресыщения.
4. Патопсихологический анализ нарушений умственной работоспособности при психических расстройствах.
5. Изменение строения отдельных видов познавательной деятельности как индикатор нарушений умственной работоспособности. Психическая активность и нарушение умственной работоспособности.
6. Роль нарушений умственной работоспособности в формировании личностных особенностей и черт характера.
7. Необходимость учета фактора изменения умственной работоспособности в «стратегии» экспериментального исследования и в организации восстановительной работы с больными.

Литература:

1. Загорная, Е.В. Основы патопсихологии. Учебное пособие под ред. профессора С.Л. Соловьёвой / Е.В. Загорная. – М.: Мир науки, 2018. – Режим доступа: <http://izd-mn.com/PDF/24MNNPU17.pdf>.

2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. / Б.В. Зейгарник – Москва: Академия, 2006. – 208 с.

3. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учебное пособие для студ. пед. вузов / И.Ю. Левченко [и др.]. – М.: Академия, 2000. – 232с.

4. Титова, Н.М. Клиническая психология: конспект лекций: [пособие для подготовки к экзаменам] / Н.М. Титова. – Москва: Приор, 2006. – 107 с.

ЗАНЯТИЕ № 13

Нарушения сознания

Вопросы для обсуждения:

1. Характеристика сознания. Признаки помрачения сознания.
2. Оглушенное состояние сознания.
3. Делириозное помрачение сознания.
4. Онейроидное (сновидное) состояние сознания.
5. Сумеречное состояние сознания.
6. Псевдодеменция.
7. 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. Загорная, Е.В. Основы патопсихологии. Учебное пособие под ред. профессора С.Л. Соловьёвой / Е.В. Загорная. – М.: Мир науки, 2018. – Режим доступа: <http://izd-mn.com/PDF/24MNNPU17.pdf>.

2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 4-изд., стер. / Б.В. Зейгарник – Москва: Академия, 2006. – 208 с.

3. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учебное пособие для студ. пед. вузов / И.Ю. Левченко [и др.]. – М.: Академия, 2000. – 232с.

4. Титова, Н.М. Клиническая психология: конспект лекций: [пособие для подготовки к экзаменам] / Н.М. Титова. – Москва: Приор, 2006. – 107 с.

РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ

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.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Бизюк, А.П. Патопсихология: краткий курс в контексте общей и клинической психологии / А.П. Бизюк, Л.М. Шипицына; под ред. Л.М. Шипицыной. – Санкт-Петербург: Речь, 2010. – 416 с.
2. Вольф, М. Патопсихология и ее методы / М. Вольф; [пер. с фр. Т. Смоленской]; науч. ред. перевода на рус. яз. С.Л. Соловьева. – Санкт-Петербург [и др.]: Питер, 2004. – 191 с.
3. Горбатов, Д.С. Практикум по психологическому исследованию: [учеб. пособие] / Д.С. Горбатов. – Самара: Бахрах-М, 2003. – 271 с.
4. Дереча В.А. Психология, патопсихология и психопатология личности: учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по гуманитарным и медицинским направлениям / В.А. Дереча. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Юрайт, 2022.- 250, [2] с.: табл. – (Высшее образование).
5. Загорная, Е.В. Основы патопсихологии. Учебное пособие под ред. профессора С.Л. Соловьёвой / Е.В. Загорная. – М.: Мир науки, 2018. – Режим доступа: <http://izd-mn.com/PDF/24MNNPU17.pdf>
6. Зейгарник, Б.В. Основы патопсихологии: учебник для среднего профессионального образования / Б.В. Зейгарник. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2023. – 367 с.
7. Левченко, И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учебное пособие для студ.пед.вузов / И.Ю. Левченко; Соавт.Добровольская Т.А., Юсупова Г.Х., Ткачева В.В. и др. – М.: Академия, 2000. – 232с.
8. Максимова, Н.Ю. Курс лекций по детской патопсихологии: Учеб. пособие / Н.Ю. Максимова, Е.Л. Милютин. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 576с.

Дополнительная литература

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. Брил, А. Лекции по психоаналитической психиатрии / Пер. с англ. и вступ. ст. А.Б. Хавин. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – 336 с.
6. Дети с нарушениями развития: Хрестоматия: Учеб. пособие для студентов и слушателей спецфакультетов / Сост. Астапов В.М. – М.: Международная педагогическая академия, 1995. – 264 с.
7. 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.
8. 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.
9. Кемпинский, А. Психология шизофрении: Пер. с пол. А.А. Боричев. – СПб.: Ювента, 1998. – 293 с.
10. 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.
11. 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. – 144 с.
12. Леонтьев, А.А. Основы психолингвистики: Учеб. для студ. вузов, обуч. по спец. «Психология». – М.: Смысл, 1997. – 287 с.
13. Логопатопсихология: 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.
14. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие для студ. мед. вузов. – 6-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.
15. Мэш, Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка: [учеб. пособие: пер. с англ.]. – 3-е междунар. изд. – Москва: ОЛМА-ПРЕСС, 2003. – 512 с.
16. 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.
17. 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.
18. Патопсихология. Учебно-методический комплекс / составители В.А. Каратерзи, Д.В. Алексеенок. – Витебск: Издательство УО «ВГУ имени П.М. Машерова», 2018: url <https://rep.vsu.by/handle/123456789/14241>

19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. Рибо, Т. Недуги личности: [пер. с фр.]. – Перепеч. – Минск: Беларуская Энцыклапедыя, 2005. – 256 с.
23. 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.
24. 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.
25. Титова, Н.М. Клиническая психология: конспект лекций: [пособие для подготовки к экзаменам]. – Москва: Приор, 2006. – 107 с.
26. 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. URL <https://rep.vsu.by/handle/123456789/36453>
27. Bootzin, R.R. Abnormal psychology: Current perspectives. – 5th ed. – New York: McGraw-Hill, Inc., 1988. – 639 p.
28. Costin, F. Abnormal psychology: Patterns, Issues, Interventions. – New York: John Wiley & Sons, 1989. – 116p
29. Halgin, R.P. Abnormal psychology: The human experience of psychological disorders. – Madison: Brown & Benchmark Publishers, 1994. – 520 p.
30. 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.
31. Vitkus, J. Casebook in abnormal psychology. – 2nd ed. – New York: McGraw-Hill, Inc., 1993. – 282 p.
32. 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, V. 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.

Учебное издание

ПАТОПСИХОЛОГИЯ
ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 1-23 01 04 ПСИХОЛОГИЯ

Учебно-методический комплекс по учебной дисциплине

Составитель

КАРАТЕРЗИ Вероника Александровна

Технический редактор

Г.В. Разбоева

Компьютерный дизайн

Л.В. Рудницкая

Подписано в печать 19.12.2024. Формат 60x84^{1/16}. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 3,89. Уч.-изд. л. 3,76. Тираж 35 экз. Заказ 190.

Издатель и полиграфическое исполнение – учреждение образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

Свидетельство о государственной регистрации в качестве издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий

№ 1/255 от 31.03.2014.

Отпечатано на ризографе учреждения образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

210038, г. Витебск, Московский проспект, 33.