


Клиническая психология

Суворова Наталия
Владимировна
Лекция 1



Введение в клиническую психологию



Клиническая (медицинская) психология

- наука, изучающая психологические особенности людей, страдающих различными заболеваниями, методы и способы диагностики психических отклонений, дифференциации психологических феноменов и психопатологических симптомов и синдромов, психологию взаимоотношений пациента и медицинского работника, психопрофилактические, психокоррекционные и психотерапевтические способы помощи пациентам, а также теоретические аспекты психосоматических и соматопсихических взаимодействий.

В соответствии с традициями в клиническую психологию включаются:

- психология больного
- психология лечебного взаимодействия
- норма и патология психической деятельности
- патопсихология
- психология индивидуальных различий
- возрастная клиническая психология
- семейная клиническая психология
- психология девиантного поведения
- психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия
- неврозология
- психосоматическая медицина

Клиническая психология

— *отрасль психологии, которая сформировалась на стыке с медициной, она использует знания психологических закономерностей в медицинской практике: в диагностике, лечении и профилактике заболеваний.*

Клиническая психология изучает все психологические проблемы больных людей на разных этапах их жизни и болезни, а в более широком понимании — она изучает весь динамизм благотворных или пагубных влияний многообразно меняющейся личности человека и межличностных отношений на его здоровье и болезнь.

Основные разделы:

- изучение закономерностей общения и взаимодействия больных и медицинских работников,
- а изучение психологических средств воздействия на больных в целях профилактики и лечения заболеваний.

главное место в клинической психологии

- исследование психологическими методами психических проявлений различных заболеваний и механизмов их возникновения.
- Важное значение уделяется изучению роли в возникновении и течении болезней психогенно-травмирующих и иных психологических факторов, а также исследование особенностей личностной реакции человека на свое заболевание.

Первая психологическая клиника была открыта всего через 17 лет после основания В. Вундтом современной психологии — в 1896 году Лайтнером Уитмером (университет в Пенсильвании, США).

Его деятельность была посвящена диагностике и лечению отклонений в умственном развитии школьников.

Современная же клиническая психология занимается более широким диапазоном психологических отклонений людей всех возрастов.

Уитмер читал первый курс клинической психологии и начал издавать с 1907 года первый журнал "Психологическая клиника" (Psychological Clinic), редактором которого был в течение 29 лет.


Общая клиническая психология

- разрабатывает проблемы основных закономерностей психологии больного человека (критерии нормальной и измененной болезнью психики), проблемы психологии врача (медицинского работника) и психологии лечебного процесса.
- Кроме того, разрабатывается учение о взаимоотношениях психического и соматического в человеке (психосоматические и соматопсихические взаимоотношения), медицинские аспекты учения об индивидуальности и этапах постнатального онтогенеза ее, а также рассматриваются психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии.

Частная клиническая психология

- раскрывает ведущие аспекты психологии больных при определенных заболеваниях, а также особенности врачебной этики при общении с ними.
- *Например, отдельному рассмотрению могут быть подвергнуты психологические особенности больных, страдающих различными соматическими или нервно-психическими заболеваниями, психологические особенности больных на этапах подготовки, проведения хирургических операций и в послеоперационный период.*

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ



Три группы методов:

- 1) клиническое интервьюирование,
- 2) экспериментально-психологические методы исследования,
- 3) оценка эффективности психокоррекционного воздействия

Клиническое интервьюирование

- Клиническое интервью — это метод получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности, психологических феноменах и психопатологических симптомах и синдромах, внутренней картине болезни пациента и структуры проблемы клиента, а также способ психологического воздействия на человека, производимый непосредственно на основании личного контакта психолога и клиента.

Основная цель клинического интервьюирования

- оценка индивидуально-психологических особенностей клиента или пациента, ранжировка выявляемых особенностей по качеству, силе и тяжести, отнесение их к психологическим феноменам или к психопатологическим симптомам.

(крайняя граница нормы или патология???)

*Функции интервью в клинической психологии:
диагностическая и терапевтическая.*

Принципы клинического интервью

- однозначность, точность и доступность формулировок-вопросов;
- адекватность, последовательность (алгоритмизованность);
- гибкость, беспристрастность опроса;
- проверяемость получаемой информации.

Основные этические положения Американской психологической ассоциации по консультированию и интервьюированию:


- 1. Придерживаться конфиденциальности: уважать права клиента и его личную жизнь. Не обсуждать сказанное им во время интервью с другими клиентами. Если же Вы не сможете выполнить требования конфиденциальности, то необходимо сообщить об этом клиенту до разговора; пусть он сам решит, можно ли на это пойти.
- 2. Осознайте пределы своей компетентности. Существует своего рода интоксикация, возникающая после того, как психолог изучит несколько первых методик. Начинающие психологи сразу пытаются глубоко копаться в душах своих друзей и своих клиентов. Это потенциально опасно. Первый шаг к профессионализму—осознание своих пределов.
- 3. Избегайте расспрашивать о несущественных деталях. Консультирование предназначено прежде всего для пользы клиента, а не для увеличения вашего объема информации.
- 4. Относитесь к клиенту так, как вы хотели бы, чтобы относились к Вам. Поставьте себя на место клиента. Каждый хочет, чтобы к нему относились с уважением, щадя его чувство собственного достоинства. Глубокие отношения и разговор по душам начинается после того, как клиент понял, что его мысли и переживания Вам близки. Отношения доверия развиваются из способности клиента и консультанта быть честными.
- 5. Принимайте во внимание индивидуальные и культурные различия. Можно сказать, что практика терапии и консультирования без учета того, с какой культурной группой Вы имеете дело, вообще нельзя назвать этической практикой. Достаточно ли Вы подготовлены для того, чтобы работать с людьми, отличающимися от Вас?

По длительности первое интервью должно быть около 50 минут. Последующие интервью с тем же клиентом (пациентом) несколько короче.

I этап: Установление «доверительной дистанции».

Ситуативная поддержка, предоставление гарантий конфиденциальности; определение доминирующих мотивов проведения интервью.

- **II этап:** Выявление жалоб (пассивное и активное интервью), оценка внутренней картины — концепции болезни; структурирование проблемы,
- **III этап:** Оценка желаемого результата интервью и терапии; определение субъективной модели здоровья пациента и предпочтительного психического статуса.
- **IV этап:** Оценка антиципационных способностей пациента; обсуждение вероятных вариантов исхода заболевания (при его обнаружении) и терапии; антиципационный тренинг.



**Экспериментально-психологические
(пато- и нейропсихологические) методы
исследования**

**Патопсихологические методы
исследования**

Патопсихологические исследования (эксперименты)

- использование любой диагностической процедуры в целях моделирования целостной системы познавательных процессов, мотивов и «отношений личности» (Б.В.Зейгарник).
- Основные *задачи* - обнаружение изменений функционирования отдельных психических функций и выявление патопсихологических синдромов.

Патопсихологический синдром

- понимают патогенетически обусловленную общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных и взаимосвязанных (В.М.Блейхер).
- К патопсихологическим синдромам относят совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности больных, выраженных в психологических понятиях (В.В.Николаева, Е.Т.Соколова, А.С.Спиваковская).
- Считается, что в патопсихологическом синдроме отражаются нарушения различных уровней функционирования центральной нервной системы.

Система иерархии мозговых процессов

- **патобиологический** (*нарушения морфологической структуры тканей мозга, биохимических процессов в них*),
- **физиологический** (*нарушено течение физиологических процессов*),
- **пато- и нейропсихологический** (*нарушено протекание психических процессов и связанных с ними свойств психики*),
- **психопатологический** (*клинические симптомы и синдромы психических нарушений*).

Выделяют следующие патопсихологические регистр-синдромы (И.А.Кудрявцев):

- шизофренический
- аффективно-эндогенный
- олигофренический
- экзогенно-органический
- эндогенно-органический
- личностно-аномальный
- психогенно-психотический
- психогенно-невротический

Психопатологические регистр-синдромы (Кудрявцев И.А.)

- шизофренический симптомокомплекс — складывается из таких личностно-мотивационных расстройств, как изменение структуры и иерархии мотивов, нарушение целенаправленности мышления (резонерство, разноплановость и др.), эмоционально-волевых расстройств (уплощение и диссоциация эмоций, парабулии и др.), изменение самооценки и самосознания (аутизм, отчужденность и др.);

Психопатологические регистр-синдромы (Кудрявцев И.А.)


- психопатический (личностно-аномальный) симптомокомплекс — складывается из эмоционально-волевых расстройств, изменений структуры и иерархии мотивов, неадекватности уровня притязаний и самооценки, нарушений мышления кататимного типа, нарушений прогнозирования и опоры на прошлый ОПЫТ (*в клинике — акцентуированные и психопатические личности и обусловленные в значительной мере аномальной почвой психогенные реакции*);

Психопатологические регистр-синдромы (Кудрявцев И.А.)

- органический (экзо- и эндогенный) симптомокомплекс — складывается из симптомов снижения интеллекта, распада системы прежних знаний и опыта, нарушений памяти, внимания, операциональной стороны мышления, неустойчивости эмоций, снижения критических способностей *(в клинике ему соответствуют экзогенно-органические поражения головного мозга — церебральный атеросклероз, последствия черепно-мозговых травм, токсикомании и др. болезни, а также "эндогенно-органические" расстройства типа истинной эпилепсии, первичных атрофических процессов в головном мозге)*;

Психопатологические регистр-синдромы (Кудрявцев И.А.)

- олигофренический симптомокомплекс — складывается из неспособности к обучению, формированию понятий, абстрагированию, дефицита общих сведений и знаний, примитивности и конкретности мышления, повышенной внушаемости и эмоциональных расстройств.



Основные методы патопсихологической диагностики при нарушениях тех или иных сфер психической деятельности

Патопсихологическая оценка нарушений внимания

- таблицы Шульте
- корректурная проба
- счет по Крепелину
- методика Мюнстерберга

Характеристики внимания

- *Внимание концентрируется достаточно* — в случае, если на каждую из таблиц Шульте испытуемый затрачивает время, соответствующее нормативному.
- *Внимание концентрируется недостаточно* — в случае, если на каждую из таблиц Шульте испытуемый затрачивает время, превышающее нормативное.
- *Внимание устойчивое* — в случае, если не отмечается значительных временных отличий при подсчете цифр в каждой из четырех-пяти таблиц.
- *Внимание неустойчивое* — в случае, если отмечаются значительные колебания результатов по данным таблиц без тенденции к увеличению времени, затраченного на каждую следующую таблицу.
- *Внимание истощаемое* — в случае, если отмечается тенденция к увеличению времени, затрачиваемого испытуемым на каждую следующую таблицу.

Методика Мюнстерберга

бсопнцезвтрщофайонзшгучноеостьь

щукенгшизхъвафьюропдблюбовъавыфрплсхд

бкюрадостьвуфциеждлорргшродшлджъхэщциернк

ждорлвфьюювфбьконкурсйфньгувскапрличност

эпрпаваниедптюзбыттрдшщнпркьюком

янвадмъгфтасенплабораториягш

- Нарушения внимания типичны для соматических заболеваний, сопровождающихся выраженным болевым синдромом и другими яркими клиническими проявлениями.
- Наиболее часто расстройства внимания отмечаются у больных с патологией центральной нервной системы, церебральным атеросклерозом, гипертонической болезнью и другими заболеваниями, сопровождающимися общемозговыми явлениями (к примеру, при нейроинтоксикациях).

Патопсихологическая оценка нарушений памяти

- тест десяти слов
- пиктограмма

По результатам данного теста возможны следующие заключения о характеристиках памяти испытуемого:

Непосредственное запоминание не нарушено — в случаях, когда испытуемый непосредственно после зачитывания ему десяти слов воспроизводит в четырех-пяти попытках не менее 7 слов.

Непосредственное запоминание нарушено — в случаях, когда испытуемый непосредственно после зачитывания ему десяти слов воспроизводит менее 7 слов. Чем меньше количество слов удается испытуемому воспроизвести, тем более выраженными признаются нарушения непосредственного запоминания.

Долговременная память не нарушена — в случаях, когда через час без предварительного предупреждения испытуемый воспроизводит не менее 7 слов, предназначавшихся для запоминания.

Долговременная память снижена — в случаях, когда через час без предварительного предупреждения испытуемый воспроизводит менее 7 слов, предназначавшихся для запоминания.

Методика, предназначенная для исследования опосредованного запоминания (**пиктограмма**), включает в себя предъявление испытуемому для запоминания 10-15 понятий, которые он должен нарисовать так, чтобы впоследствии по рисунку вспомнить заданные понятия. Через час испытуемому предлагается по рисункам воспроизвести заданные слова. Примерный ряд понятий: 1) веселый праздник, 2) глухая старушка, 3) сердитая учительница, 4) девочке холодно, 5) болезнь, 6) разлука, 7) развитие, 8) побег, 9) надежда, 10) зависть. Интерпретация сходна с тестом десяти слов.

Расстройства памяти также как и расстройства внимания чаще входят в структуру экзогенно-органического типа психического реагирования. Нередко они сопутствуют невротическим нарушениям.

Для астенических состояний различного генеза (чаще других соматического) типичными оказываются явления истощаемости и ослабление способности к запоминанию к концу исследования. При олигофрении наблюдается равномерное снижение непосредственной и оперативной памяти. При деменции в пожилом возрасте, как правило, нарушается механическая и ассоциативная память, резко выражены расстройства запоминания. Для шизофрении мнестические нарушения не типичны. Гипермнезии типичны для маниакальных состояний.

Патопсихологическая оценка нарушений восприятия

- **Проба Ашафенбурга**
- **Проба Рейхардта**
- **Проба Липмана**
- **Исследование сенсорной возбудимости**

Патопсихологическая оценка нарушений мышления

- тесты на классификацию,
- тесты на исключение,
- силлогизмы,
- аналогии,
- обобщение,
- ассоциативный эксперимент,
- проблема Эверье,
- пиктограмма.

Характеристики мышления

- *Конкретное мышление* — определяется в случаях, когда испытуемый объединяет предметы в конкретные ситуационные группы (например, пальто со шкафом, «потому, что пальто висит в шкафу»).
- *Склонность к детализации* — определяется в случаях, когда испытуемый выделяет дробные группы (например, «одежда домашняя и одежда на выход», «корнеплоды и некорнеплоды»).
- *Опора в мышлении на латентные признаки* — определяется в случаях, когда в классификации делается упор на малоактуальных» скрытых признаков понятий (например, в одну группу объединяются автобус и медведь потому, что оба «склонны к плавному началу движения»).

Характеристики мышления

- **Методики на исключение, обобщение понятий, выделение существенных признаков, анализ отношений понятий (аналогии)** применяются с целью определения особенностей мышления лиц, с различной психической патологией а также тех, которые ложатся в основу интеллектуальных способностей.
- Для оценки способности разграничивать разнородные понятия используется **методика исключение понятий**. Испытуемому предлагается из четырех предметов или из пяти слов исключить один предмет или слово, которые не подходят к остальным, сходным родовым понятием. Анализ методики сходен с методикой классификации понятий.

Характеристики мышления

- **Методика выделение существенных признаков** позволяет судить о качестве понимания испытуемым главных и второстепенных признаков предметов и явлений. Процедура ее заключается в отборе испытуемым двух слов (признаков) предмета или явления, расположенных в скобке и относящихся к понятию, расположенному за скобками.

- **ассоциативный эксперимент**

Регистрируются: 1) латентный период; 2) качественные характеристики ответов. Выделяют общеконкретные, индивидуально-конкретные, абстрактные, ориентировочные, созвучные, экстрасигнальные, междоментные, персеверирующие, эхोलалические и атактические ответы.

Особенности мышления больных шизофренией, как правило, включают атактические (трава-гвоздь) или созвучные (народ-урод) реакции. Это обусловлено особенностями расстройств мышления при шизофрении, в частности, ассоциациями по созвучию — рифмованием слов.

- **Методика Эббингауза** сходна с ассоциативным экспериментом и позволяет оценить стройность и продуктивность мышления. Пациенту предлагается заполнить пробелы в рассказе:
Стал дед очень стар. Ноги у него не.... глаза не.... уши не..., зубов не стало. И когда он ел, у него текло изо... .Сын и невестка перестали его за... сажать и давали ему...за печкой. Снесли ему раз обедать в..., онхотел ее подвинуть, да уронил на..., чашка и.... Стапи тут... бранить старика за то, что он им все в...портит и...бьет.

- Для оценки целенаправленности мышления используется проблема Эверье.
- Наиболее ярко особенности нарушений мышления могут быть выявлены с помощью анализа **пиктограмм**, которые позволяют судить о характере ассоциаций испытуемого. В этом проективном тесте оценивается: 1) техника исполнения рисунка (величина, завершенность, их обрамление, подчеркивание, наличие уточняющих линий, отличия и сходство рисунков, относящихся к различным понятиям); 2) расположение рисунков на листе; 3) принцип, положенный в основу ассоциативного ряда для запоминания; 4) степень оригинальности или стандартности.

Заключения по тесту отражают особенности ассоциативной деятельности и выражаются следующими типичными словосочетаниями:

- *Преобладание стандартных образов* — в случаях, когда рисунки совпадают с теми, которые использует большинство лиц данной культуры (например, изображение флагов, шаров, елок для запоминания понятия «веселый праздник»).
- *Преобладание атрибутивных образов* — в случаях, когда при изображении заданных понятий используется принцип принадлежности к чему-либо, т.е. доминируют рисунки, отражающие предметы или явления, являющиеся неотъемлемой частью заданного понятия (например, изображение тяжестей, ассоциирующихся с «тяжелой работой»).
- *Преобладание конкретных образов* — в случаях, когда рисунки содержат предметы или явления, непосредственно связанные с ситуацией (например, лежащий в постели человек при изображении понятия «болезнь»).
- *Преобладание метафор* — в случаях, когда при изображении заданного понятия используются конкретные образы, прямо с ним не связанные и использующие абстрагирование (например, туча, закрывающая солнце при изображении «болезни»).
- *Преобладание персонифицированных и индивидуально значимых образов* — в случаях, когда при изображении заданных понятий используются индивидуально-значимые образы (например, ребенок на понятие «счастье»).
- *Преобладание органической графики* — в случаях, когда в рисунках преобладает незавершенность линий в тех образах, которые требуют завершенности (к примеру, круг), повторное или неоднократное проведение линий.
- *Грубая органическая графика* — в случаях, когда доминируют макрографические образы, отмечается подчеркивание, обрамление рисунков, чрезмерная стереотипия рисунков.
- *Преобладание геометрических фигур* — в случаях, когда понятия изображаются преимущественно геометрическими фигурами.
- *Стереотипия человеческими фигурами* — в случаях, когда в рисунках преобладает изображение человеческих фигур.

при психической норме

- в пиктограмме преобладают конкретные, атрибутивные, стандартные упорядоченные образы.
- При органических поражениях головного мозга — чрезмерная стереотипия, упорядоченность, аккуратность в изображениях и четкое нумерование рисунков, их низкая дифференцированность, незавершенность линий, подчеркивание, обрамление изображений.
- При шизофрении доминируют абстрактные образы, возможна стереотипия, но не за счет человеческих фигур, буквенное изображение и геометрические фигур, а также атипичное (несимметричное, негармоничное) расположение рисунков на листе.

Патопсихологическая оценка нарушений интеллекта

тест прогрессивных матриц Равена.

Результаты оцениваются по количеству правильно подобранных недостающих фрагментов по каждому заданию. Выделяется пять степеней развития интеллекта по тесту Равена:

I степень — более 57 правильных ответов (баллов), т.е. более 95%— особо высокоразвитый интеллект.

II степень — от 45 до 57 баллов (75-94%) — интеллект выше среднего.

III степень —от 15 до 45 баллов (25-74%) — интеллект средний.

IV степень — от 3 до 15 баллов (5-24%) — интеллект ниже среднего.

V степень — менее 3 баллов (5%) — интеллектуальный дефект.

Считается, что уровень 30 баллов является для взрослого человека условной границей между оценкой его интеллекта в рамках нормы и при умственной отсталости.

Патопсихологическая оценка нарушений эмоций

- определение выраженности тревоги (шкала Спилбергера, Шихана)
- депрессии (Бека, Гамильтона)
- тест цветовых выборов Люшера.

Патопсихологическая оценка индивидуально-психологических особенностей

Миннесотский многопрофильный опросник личности (MMPI).

- Первая клиническая шкала (невротического сверхконтроля / ипохондричности)
- Вторая шкала (депрессии)
- Третья шкала (эмоциональной лабильности/истерии)
- Четвертая шкала (социальной дезадаптации/психопатии)
- Пятая шкала (мужественности/женственности)
- Шестая шкала (аффективной ригидности /паранойи)
- Седьмая шкала (тревоги/психастении)
- Восьмая шкала (индивидуалистичности/аутизма/шизофрении)
- Девятая (оптимизма/гипомании)
- Десятая (интра-экстраверсии)



Экспериментальное нейропсихологическое исследование

Нейропсихологическое исследование нарушений речи

исследование спонтанной, диалоговой, повествовательной (монологической), автоматизированной, отраженной речи.

При оценке **спонтанной и диалоговой речи**

Одни вопросы предусматривают короткий, односложный ответ (типа «да», «нет», «хорошо», «плохо»), другие — развернутый. Вопросы затрагивают бытовую жизнь.

При анализе полученных ответов учитывается способность понимать обращенные к нему вопросы, поддерживать диалог.

Отмечается характер мимики, жестов, ответов, их односложность или развернутость, особенности произносительной стороны речи, наличие эхололий, быстрота, с которой даются ответы, различия в ответах на эмоционально значимые и индифферентные для испытуемого вопросы.

Нейропсихологическое исследование нарушений речи

- При исследовании **автоматизированной речи** испытуемого просят перечислить числовой ряд (от 1 до 6, от 7 до 12, от 15 до 20), перечислить месяцы в году. При этом учитывается возможность плавного перечисления автоматизированных рядов, пропуски составляющих элементов, персеверации, парафазии.
- **Повествовательная (монологическая) речь** исследуется с помощью пересказа коротких рассказов вслух после прочтения их экспериментатором, а также составления предложений или короткого рассказа по любой сюжетной картине.
- При анализе повествовательной речи обращается внимание на тот факт, в какой мере в пересказе отражены ключевые элементы текста, сохранена нужная последовательность повествования, близость пересказа к тексту, понимание смысла рассказа.
- Отмечаются также возможность самостоятельного воспроизведения рассказа без наводящих вопросов, активность, развернутость, плавность или отрывистость речи, поиски слов, аграмматизм, преобладание в речи глаголов, вводных слов или существительных, характер парафазии, их изменчивость.

Нейропсихологическое исследование нарушений речи

- Исследование отраженной речи пациента просят повторить изолированные гласные звуки (а, о, у, и, е, ю), изолированные согласные звуки (эм, эр, рэ, с, д, к), слоги-триграммы (лив, кет, бун, шом, тал, гис), серий трех сложных гласных звуков (аоу, уао, оау, уоа, оуа, аюо), серий оппозиционных слогов (ба-па, па-ба, ка-ха, са-за), различение изолированных гласных звуков и их серий (а-у-у-а-у-а), дифференцирование близких по звучанию слогов, слов и звукосочетаний (да-та-да-да-та-та), повторение простых и сложных слов (дом, работа, водопровод, полководец, стратостат), повторение предложений и серий слов, не связанных по смыслу (дом-лес, луч-мак, сон-бег, ночь-план-лист), повторение серий слогов-триграмм (бун-лец, кет-лаш, зук-тиз, рел-зук-тиз), повторение серий слов, название реальных предметов, частей тела, изображений предметов, название действий (топор-рубить, ножницы-резать, пистолет-гстрелять).

Нарушения речи:

- **Речевой напор**, выражающийся патологическим речевым возбуждением, при котором больной ощущает непрерывную потребность говорить и не может прекратить свои многословные высказывания.
- **Вычурная речь**, проявляющаяся использованием пациентом необычных, малопонятных, часто не подходящих по смыслу слов, сопровождающихся манерной жестикуляцией и гримасничеством.
- **Зеркальная речь (эхолалия)**, признаками которой являются произвольно повторяемые испытуемым слова, услышанные от окружающих.
- **Монотонная речь** -расстройство речи, при котором отсутствуют (или крайне незначительны) изменения интонаций.
- **Обстоятельная речь** представляет собой замедленную речь, в рамках которой больной излишне подробно излагает маловажные и несущественные детали.
- **Олигофазическая речь** проявляется обеднением словарного запаса, грамматического строя и интонациям.
- **Парадоксальная речь** выражается в преобладании противоречивых по смыслу высказываниях пациента.
- **Персевераторная речь** представлена многократным повторением испытуемым одного и того же слова или оборота речи и невозможности подобрать необходимые слова и обороты для продолжения речи,
- **Пуэрильная речь** у взрослого напоминает лепетание, картавость и интонационные особенности детской речи.
- **Рифмованная речь** представляет собой речь, наполненную всевозможными рифмами, которые больной использует часто в ущерб смыслу.
- **Скандированная речь** —больной говорить медленно, отдельно произнося слоги и слова.

Нейропсихологическое исследование нарушений письма

списывание коротких фраз, письмо букв, слогов, слов и фраз под диктовку, запись автоматизированных энграмм (речевых стереотипов, к примеру, собственных имени, отчества, фамилии, адреса).

Аграфия проявляется нарушением способности писать правильно по смыслу и форме при сохранности двигательной функции руки.

Нейропсихологическое исследование нарушений чтения

чтения идеограмм, букв в наборе, выполненном разными шрифтами, «зашумленных» букв, простых предложений и коротких рассказов.

- Алексия представляет собой расстройство, при котором нарушается способность читать, обусловленное нарушением понимания текста.

- Выделяют:

Вербальную алексию, связанную с нарушением понимания смысла фраз и отдельных слов и

литеральную алексию, обусловленную нарушением узнавания отдельных букв, цифр и других знаков.

Нейропсихологическое исследование нарушений счета

предлагается: прочесть, назвать и написать предложенные числа, произвести автоматизированные счетные операции (проверка знаний таблицы умножения), сложение и вычитание однозначных и двузначных чисел, письменный счет, решение простых задач.

Акалькулия — это нарушение способности производить арифметические действия, встречается при поражении теменной и затылочной долей доминантного полушария головного мозга.

Она может быть связана с нарушением зрительного восприятия и воспроизведения близких по графической структуре цифр (при поражении затылочной области коры больших полушарий головного мозга) — оптическая акалькулия.

Нейропсихологическое исследование нарушений праксиса


- При оценке *идеаторного и идеомоторного праксиса* оценивается способность пациента манипулировать реальными предметами (причесаться, расстегнуть и застегнуть пуговицу, завязать шнурки), воображаемыми предметами (показать, как пилят дрова, чистят зубы, размешивают сахар в чашке), а также выполнять символические действия (прощаться, отдать воинское приветствие).
- *Конструктивный праксис* оценивается с помощью методики складывание из палочек по образцу, рисование по вербальному заданию, срисовывание объемных геометрических фигур.
- *Динамический праксис* изучается на основании таких проб как: проба «кулак-ладонь-ребро», проба заданной последовательности движений пальцев по проприоцептивному показу (при закрытых глазах), проба заданной последовательности движений пальцев (постукивание по столу) по зрительному эталону.
- *Оральный праксис* оценивается на основании выполнения простых движений губ и языка, а также с помощью символического орального праксиса (показать, как задувают горящую свечу).

Нарушения праксиса:

- Акинетическая (психомоторная) апраксия обусловлена недостатком побуждения к движениям.
- Амнестическая апраксия проявляется нарушениями произвольных движений при сохранении подражательных.
- Идеаторная апраксия характеризуется невозможностью наметить план последовательных действий, составляющих сложный двигательный акт при сохранении возможности их случайного выполнения.
- Конструктивная апраксия выражается невозможностью составления целого предмета из его частей.
- Пространственная апраксия проявляется нарушением ориентировки в пространстве, прежде всего в направлении «правое-левое».

Нейропсихологическое исследование нарушений схемы тела

- методики право-левой ориентировки,
- *оценка пальцевого гнозиса*



Оценка эффективности психокоррекционного и психотерапевтического воздействия

Клиническая шкала (Б.Д. Карвасарский)

- 1) степени симптоматического улучшения;
- 2) степени осознания психологических механизмов болезни;
- 3) степени изменения нарушенных отношений личности
- 4) степени улучшения социального функционирования