

ПАТОПСИХОЛОГИЯ

(КУРС ЛЕКЦИЙ)

Т.С. Бузина,
кандидат психологических наук,
доцент кафедры клинической психологии
МГМСУ

ПАТОПСИХОЛОГИЯ: ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ

Патопсихология (от греч. pathos – болезнь) -
отрасль клинической психологии.

Она изучает психологические закономерности
нарушения психической деятельности при
различных заболеваниях, связанных с
нарушением работы мозга (нервной системы).

Значение патопсихологии для психологической науки

Изучение изменений психики при различных заболеваниях является одним из важных путей анализа строения психической деятельности в норме и развития общепсихологической теории.

Значение психологии для психиатрии

Основные задачи психиатрии - лечение нарушений психики, предупреждение возникновения этих нарушений и восстановление, утраченного в результате нарушений.

Все эти задачи невозможно решить без представлений о том, что такое психика, как она функционирует, какие функции имеет, как эти психические функции формируются и из чего состоят.

Соотношение патопсихологии и психиатрии

ПСИХОПАТОЛОГИЯ (КАК ОТРАСЛЬ ПСИХИАТРИИ)

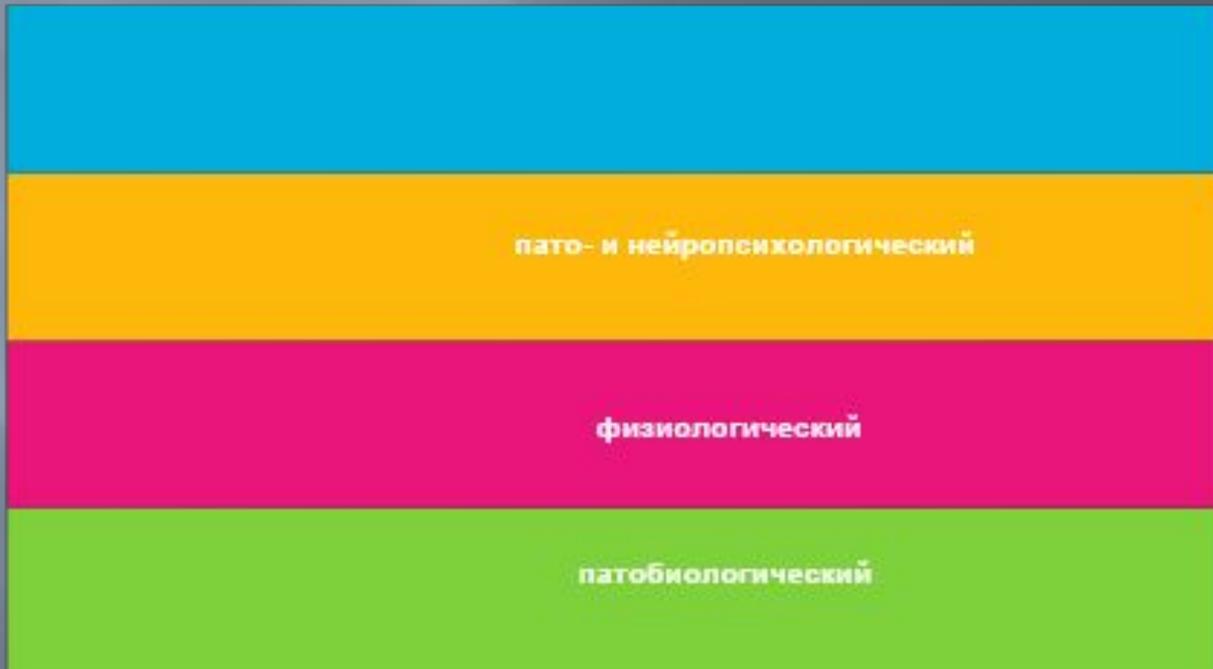
- *Объект* – человек с психическими нарушениями
- *Предмет* – симптомы психических расстройств, их описание, систематика и закономерности их проявлений
- *Метод* – клинический (наблюдение и описание)

ПАТОПСИХОЛОГИЯ (КАК ОТРАСЛЬ ПСИХОЛОГИИ)

- ▣ *Объект* – человек с психическими нарушениями
- ▣ *Предмет* – структура нарушений психических функций, вызывающих эти симптомы
- ▣ *Метод* – эксперимент

Уровни иерархии мозговых процессов

психопатологический



Предмет патопсихологии

- Патопсихология как психологическая дисциплина 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, она изучает закономерности искажений отражательной деятельности мозга.
- Патопсихология занимается исследованием структуры той или иной формы нарушения психической деятельности, исследованием закономерностей распада в их сопоставлении с нормой.

Патопсихология – это частный раздел клинической психологии, рассматривающий нарушения психической деятельности, как на уровне нарушения отдельных психических функций, так и на уровне патопсихологических синдромов при различных психических заболеваниях.

Задачи патопсихологии

- ▣ Дифференциально-диагностическая
- ▣ Анализ структуры дефекта
- ▣ Установление степени психических нарушений
- ▣ Изучение и оценка динамики психических нарушений
- ▣ Обоснование лечебно-реабилитационных и психокоррекционных мероприятий

**МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПРИНЦИПЫ
ПОСТРОЕНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ**

Основные теоретико-методологические принципы патопсихологического исследования:

1. Все психические процессы и функции, а особенно высшие психические функции (ВПФ) формируются прижизненно.

Источником развития ВПФ является социальная среда. Биологическая основа (базис) – это лишь условие развития. Основной механизм формирования ВПФ – интериоризация, присвоение общественного опыта.

Четыре центральные характеристики ВПФ:

- Прижизненное формирования
- Социальное происхождение
- Опосредованность (знакосимволическое, речевое, языковое)
- Произвольность по характеру функционирования

2. *Общие закономерности формирования и развития нормальной психики присущи и патологии.*

- Патологические явления также формируются по законам нормального развития. В патологии нет ничего такого, чего бы не было в норме. Патологические симптомы не возникают, как нечто новое. «Заболевание создает только условия, при которых проявляется и выступает наружу всегда заключенный в нормальной организации механизм.» Из этого принципа вытекает центральная задача патопсихологического анализа – анализ условий и механизмов симптомообразования, психологических по своему содержанию, являющихся элементами развития.
- Поэтому патопсихологическое исследование предполагает не простую констатацию симптомов и измерение степени их выраженности, а поиск механизмов симптомообразования через моделирование.

3. «Распад психики – не является регрессом, негативом развития».

- По мнению Л.С. Выготского дефект – это не регресс, это новый этап развития. Это развитие при новых условиях, в другом направлении. Регресс – возможен, но это частный случай дефекта. В условиях дефекта развитие продолжается и оно создает новую картину жизни.

4. В условиях патологии развитие психики продолжается

- Наличие дефекта приводит к необходимости его компенсировать, что приводит к формированию вторичных симптомов, которые по своей природе являются компенсаторными.
- Компенсация может охватывать как отдельные функции, так и систему личности в целом (м.б. развитие компенсаторных черт характера).
- Компенсация – это не только внутриспсихический процесс – это социальная адаптация, которая направлена на преодоление своей неполноценности.
- Следует различать гиперкомпенсацию, которая может усугублять патологическое развитие, и функциональную компенсацию, которая улучшает адаптацию.

**ОСОБЕННОСТИ
ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
ЭКСПЕРИМЕНТА И ПРИНЦИПЫ ЕГО
ПОСТРОЕНИЯ**

В основе построения психологического эксперимента лежит, прежде всего:

Качественный анализ особенностей протекания психических процессов больного в противоположность задаче лишь одного количественного их измерения.

Анализ ошибок, возникающих у больных в процессе выполнения экспериментальных заданий, чаще всего представляет собой интересный и показательный материал для оценки того или иного нарушения психической деятельности.

Личностное отношение испытуемого должна включать в себя патопсихологическая диагностика (кроме оценки нарушений отдельных психических функций)

- **Самоотношение** больного к ситуации, к себе должно стать предметом исследования. Для этого в него необходимо включить следующие пункты.
 1. Исследование мотивации.
 2. Динамика эмоций в процессе эксперимента.
 3. Целенаправленность и произвольность наблюдаемого поведения.
 4. Динамика исполнения заданий во времени.
- **Мотивация экспертизы** – используется для изучения мотивации больного. Для актуализации этого мотива вводятся специальные инструкции и фразы. У нормального человека обычно этот мотив всегда актуализируется. Если экспериментатору не удастся управлять мотивом экспертизы, то это свидетельствует о нарушенной мотивации.
- Можно наблюдать особо мотивированные формы поведения:
- Симуляция – нет реального симптома, но пациент предъявляет дефект с целью получения какой-либо выгоды.
- Диссимуляция – реальный дефект скрывается больным осознанно.
- Агравация – преувеличение реально существующего дефекта.

Основные особенности патопсихологического эксперимента

1. Объект исследования – человек с нарушенной психикой. Его болезненное состояние требует гибкого подхода к экспериментальному исследованию.
2. Необходимо комплексное исследование с большим количеством методик и разнообразными методическими приемами.
3. Выполнение экспериментальных заданий имеет для разных больных различный смысл. Отношение к эксперименту зависит от отношения больного к факту стационарирования, от отношения к самому экспериментатору.
4. Ситуация экспертизы в патопсихологическом исследовании позволяет изучать мотивацию пациента.
5. Патопсихологический эксперимент – моделирующий. Предъявленный испытуемому реальный отрезок деятельности, реплики экспериментатора вызывают столь же реальное переживание, определенное эмоциональное состояние испытуемого. Патопсихологическое исследование обнажает реальный пласт жизни больного.
6. Программа исследования не может быть единообразной, а зависит от задачи исследования.

Роль стандартизированных методов в патопсихологическом исследовании

1. Измерительные методы позволяют определять выраженность того или иного нарушения. Это бывает важно при необходимости фиксировать изменения в состоянии.
2. Измерительные методы позволяют объективизировать научные данные.
3. Измерительные методы позволяют сравнивать полученные данные на разных этапах лечебно-реабилитационных мероприятий и у разных пациентов.

Организация патопсихологического исследования

1. Узнать цель исследования от лечащего врача.
2. Анализ истории болезни и составление плана собственной беседы и исследования.
3. Клинико-психологическая беседа.

Этапы клинико-психологической беседы

- **На первом этапе:**
 - установление контакта и создание мотива экспертизы
 - сбор собственного анамнеза (обычно мало информации личного характера – увлечения, близкие люди и т.д.)
 - выяснение жалоб пациента – вычлнить среди них жалобы на психологические дисфункции
- **На втором этапе:**
 - предъявление клинико-психологических методик (обязательно оценка эмоционального отношения (реакций); проверка сохранности мотивационных структур – наличие отклика на стимуляцию, поощрение; может ли сам взять инициативу на себя; оценка критичности – способность к адекватной самооценке).
 - Завершение – восстановление контакта, психологическая поддержка

ПОНЯТИЯ ЗДОРОВЬЯ, НОРМЫ, ПАТОЛОГИИ

Общее здоровье – состояние человека, которому свойственно не только отсутствие болезней или физических недостатков, но и полное физическое, душевное и социальное благополучие (ВОЗ)

Основные критерии общего здоровья:

- Структурная и функциональная сохранность органов и систем;
- Свойственная организму индивидуально достаточно высокая приспособляемость к изменениям в типичной для него природной и социальной среде;
- Сохранность привычного самочувствия.

Критерии психического здоровья (ВОЗ):

- ▣ Соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- ▣ Осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;
- ▣ Чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;

- ▣ Критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;
- ▣ Способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- ▣ Способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это;
- ▣ Способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

(Критерии психического здоровья)

Подчеркивается:

индивидуальная динамическая совокупность психических свойств конкретного человека, которая позволяет ему адекватно своему возрасту, полу, социальному положению познавать окружающую действительность, адаптироваться к ней и выполнять свои биологические и социальные функции в соответствии с возникающими личными и общественными интересами, потребностями, общепринятой моралью.

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ «НОРМЫ»

- ▣ 1. **Статистическая модель** - постулируется нормальность среднего большинства. Соответственно отклонения от среднего в прогрессивном порядке расцениваются как различные степени аномальности (патологии).

Ограниченность данного подхода:

не всегда отклонения от среднего являются патологией.

2. Психометрический подход – аномальность определяется по результатам психологических измерений.

Ограниченность данного подхода:

Проблема валидности тестов и ситуационного поведения.

3. Социальный подход – любое ненормативное поведение может рассматриваться как проявление патологии.

Ограниченность данного подхода:

Взгляды на девиантность зависят от культурного контекста

4. Утопическая модель – в которой происходит ориентация на малодостижимый идеал психического здоровья.

Ограниченность данного подхода:

нормальным может быть признано
меньшинство

Естественнонаучный (физиологический)–
готовность к диагностике по отдельным
фактам: патология родов, данные ЭЭГ
(повышенная судорожная готовность) и т.д.

Ограниченность данного подхода:

Не учитывается фактор адаптации и
компенсации, смешиваются понятия
«фактора риска» и «патологии»

Биологический подход – жизнь человека
сводится к «природной целесообразности».

Ограниченность данного подхода:

не учитывается влияние социальных
факторов

Системная модель или биопсихосоциальная модель

Согласно этой модели, здоровье пациента, начало болезни и ее прогноз определяются взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов.

Уровни психического здоровья (Б.С. Братусь)

- ▣ 1) уровень психофизиологического здоровья - определяется особенностями нейрофизиологической организации психических процессов;
- ▣ 2) уровень индивидуально-психологического здоровья - характеризуется способностью человека использовать адекватные способы реализации смысловых устремлений;
- ▣ 3) уровень личностного здоровья - определяется качеством смысловых отношений человека.

Степени состояния психического здоровья (нормы) (Семичов С.Б. - цит. по Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е.):

1. Идеальное здоровье (эталон)
2. Среднестатистическое здоровье – усредненный показатель конкретной популяции.
3. Конституциональное здоровье – соотнесение типов психических состояний с типом телесно-организмической конституции.
4. Акцентуация – выраженность, непропорциональность отдельных черт характера, приводящая к дисгармонии личности.
5. Предболезнь – появление первых, разрозненных, эпизодических признаков психической патологии.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Международная классификация психических болезней (МКБ-10)

- F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства
- F1 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ
- F2 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
- F3 Расстройства настроения (аффективные расстройства)
- F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
- F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
- F6 Аномалии личности и поведения в зрелом возрасте
- F7 Умственная отсталость
- F8 Расстройства психологического развития
- F9 Поведенческие эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

Специфика классификации МКБ-10:

- ▣ термин "болезнь" заменён термином "расстройство";
- ▣ предполагает возможность "временного" или промежуточного диагноза;
- ▣ "психосоматический" — "соматоформный";
- ▣ "истерический" — "диссоциативный";
- ▣ термин "психогенный" исключен;
- ▣ под термином "органический" понимается наличие объективных критериев, подтверждающих вовлеченность церебрального субстрата.
- ▣ Возможен многоосевой подход.

Три оси МКБ-10

- ▣ **Ось I. Клинический диагноз, который состоит из:**
 - а) психического расстройства,
 - б) физического расстройства,
 - в) расстройства личности.

- **Ось II. Нетрудоспособность, которая оценивается по шкале 0 – 5 для:**
- а) самообслуживания,
- б) трудовой деятельности (обучение в школе),
- в) деятельности в семье и дома,
- г) жизнедеятельности в широком социальном смысле.

- **Ось III. Контекстуальные факторы, т. е. факторы среды и образа жизни, влияющие на патогенез и течение расстройства:**
 - проблемы связанные с негативными событиями детства;
 - образованием и воспитанием;
 - поддержкой окружающих, включая членов семьи;
 - социальным окружением;
 - домашними и экономическими обстоятельствами;
 - трудовой деятельностью (безработицей);
 - физической окружающей средой;
 - психосоциальными обстоятельствами;
 - юридическими обстоятельствами;
 - семейными болезнями и инвалидностью;
 - образом жизни и трудностями организации жизни.

Отечественная классификация психических заболеваний

- *Эндогенные психические заболевания*
- Шизофрения
- Аффективные заболевания
- Аффективные психозы
- Циклотимия
- Дистимия
- Шизоаффективные психозы
- Функциональные психозы позднего возраста
- *Эндогенно-органические заболевания*
- Эпилепсия
- Дегенеративные (атрофические) процессы головного мозга
- Деменции альцгеймеровского типа
- Болезнь Альцгеймера
- Сенильная деменция
- Системно-органические заболевания
- Болезнь Пика
- Хорея
- Гентингтона
- Болезнь Паркинсона
- Особые формы психозов позднего возраста
- Острые психозы
- Хронические галлюцинозы
- Сосудистые заболевания головного мозга
- Наследственные органические заболевания
- *Экзогенно-органические заболевания*
- Психические нарушения при травмах головного мозга
- Психические нарушения при опухолях головного мозга
- Инфекционно-органические заболевания мозга

DSM-IV

DSM-IV – многоосевая система с пятью «осями».

Состояние любого пациента должно быть оценено по каждой из этих осей (независимых шкал), благодаря чему получается полная картина индивидуальной патологии и функционирования в различных сферах.

Учитывается возможность коморбидности — одновременного наличия у одного и того же индивида более чем одного заболевания.

Коморбидность - диагностирование одного заболевания, протекающего на фоне длительно существующего патологического состояния.

Пять осей DSM-IV

- ▣ **Ось I** - большинство клинических синдромов с критериями их диагностики, (расстройства типа шизофрении и тревожных расстройств и др.)
- ▣ **Ось II** - учитывает состояния, которые считаются неизменными (главным образом, расстройства личности и умственную отсталость).
- ▣ **Ось III** - перечень общесоматических состояний, которые могут сопутствовать и воздействовать на психические расстройства.

- ▣ **Ось IV** - перечисляет средовые и психосоциальные стрессоры, которые выстроены в соответствии со степенью воздействия.
- ▣ **Ось V** - Шкала глобальной оценки функционирования (*GAFS*) – отражает актуальную способность пациента функционировать и справляться с жизненными проблемами. Диапазон простирается от наивысшей способности до неминуемой опасности для себя и окружающих.

Отечественная классификация психических заболеваний

- *Экзогенные психические расстройства*
- Алкоголизм
- Наркомании и токсикомании
- Симптоматические психозы
- Психические нарушения при соматических неинфекционных заболеваниях Психические нарушения при соматических инфекционных заболеваниях Психические нарушения при интоксикациях лекарственными средствами, бытовыми и промышленными токсичными веществами
- *Психосоматические расстройства Психогенные заболевания*
- Реактивные психозы Посттравматический стрессовый синдром
- *Пограничные психические нарушения*
- Невротические расстройства
- Тревожно-фобические состояния
- Неврастения
- Обсессивно-компульсивные нарушения
- Истерические нарушения невротического уровня Расстройства личности
- *Патология психического развития*
- Умственная отсталость Задержки психического развития Искажения психического развития

ПАТОПСИХОЛОГИЯ

ЧАСТЬ 2

РАССТРОЙСТВА ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ

Нарушения сознания

- Сознание – отражение бытия.
Специфика человеческого сознания - не только отражение объективной реальности, но и способность создавать ее.
- Психологическое понимание сознания - высшая, связанная с речью функция мозга, отражающая в обобщенном виде реальную действительность и целенаправленно регулирующая деятельность человека.

- ▣ Сознание включает в себя не только знание об окружающем мире, но и знание о себе — о своих индивидуальных и личностных свойствах, своем месте в системе социальных отношений. Совокупность этих знаний можно назвать самосознанием.
- ▣ Понятие самосознания тесно связано в понятиями «образ-Я», «самооценка», «Я-концепция».

Симптомы помраченного сознания:

1. Нарушение контакта с окружающими.
2. Нарушение ориентировки (в месте, времени, окружающей действительности, собственной личности).
3. Нарушение восприятия.
4. Нарушение мышления (ослабление способности суждения, бессвязность мышления, бред).
5. Нарушение памяти.

Для определения состояния помраченного сознания необходимо установление совокупности всех вышеперечисленных признаков.

Синдромы помрачения сознания

1. Оглушенное состояние сознания -

характеризуется повышением порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций и контакта с внешним миром.

Встречается при острых нарушениях ЦНС, при инфекционных заболеваниях, отравлениях, черепно-мозговых травмах. Длится от нескольких минут до нескольких часов.

Степени оглушения

- ▣ **Обнубиляция** – легкая степень оглушения. Наблюдается колеблющийся тонус сознания.
- ▣ **Сопор** – контакт нарушен, безусловные рефлексы сохранены.
- ▣ **Кома** – глубокая степень оглушения. Отсутствуют реакции на внешние раздражители и безусловные рефлексы.

2. Делирий – наплыв ярких галлюцинаций, ложная ориентировка в окружающем, наличие бреда и аффекта страха.

Длительность – от нескольких часов до 5-7 дней.

Наблюдаются суточные колебания с обострением к ночи.

По выходе помнятся лишь наиболее яркие переживания.

Развивается при различных интоксикациях.

3. Онейроид – сноподобное состояние с преобладанием псевдогаллюцинаторных явлений (переживаемое совершается в мысленном пространстве, а не в реальном).
Фантастический характер бреда, нарушения восприятия времени, ориентировки в окружающем и собственной личности. Сохраняются воспоминания о переживаниях.
Развивается при шизофрении, органических поражениях мозга (энцефалиты, сосудистые поражения), интоксикациях.

4. Сумеречное помрачение сознания:

- ▣ нарушены все виды ориентировки, контакт с окружающими нарушен;
- ▣ внезапное начало, галлюцинаторные и бредовые переживания, аффект злобы;
- ▣ заканчивается внезапно, обычно патологическим сном;
- ▣ полная амнезия пережитого

Длительность от нескольких минут до нескольких часов.

Развивается при органических поражениях мозга, эпилепсии, патологическом опьянении и др.

Другие разновидности сумеречного состояния сознания:

- ▣ **Амбулаторный автоматизм** – упорядоченное сумеречное расстройство сознания без бреда, галлюцинаций и аффекта злобы. Внешне упорядоченное поведение (блуждание, хождение) с полной амнезией эпизода.
- ▣ **Сомнамбулизм** – хождение и совершение действий во время сна.
- ▣ **Фуга** – бурный, неудержимый порыв к бегству длительностью в несколько минут.

5. Псевдодеменция - характеризуется остро наступающими расстройствами суждения, интеллектуально-мнестическими расстройствами. Образование новых связей затруднено, временами можно отметить иллюзорные обманы восприятия, нестойкие галлюцинации с двигательным беспокойством.

Развивается – при реактивных состояниях.

НАРУШЕНИЕ САМОСОЗНАНИЯ

Деперсонализация - чувство отчуждения собственных мыслей, аффектов, действий, своего "Я", которые воспринимаются как бы со стороны.

Деперсонализация может встречаться как самостоятельный синдром, а также входить в структуру других психопатологических состояний.

Деперсонализация

- Характеризуется искаженным восприятием собственной личности в целом с ощущением утраты ее единства или искажения и отчуждения отдельных ее физиологических или психических проявлений.
- Деперсонализация может встречаться как самостоятельный синдром, а также входить в структуру других психопатологических состояний.
- Встречается в структуре неврозов, расстройств личности, невротоподобной шизофрении, циклотимии, резидуально-органических заболеваний головного мозга.

Формы деперсонализации:

- аллопсихическая
- аутопсихическая
- соматопсихическая
- анестетическая

Аллопсихическая деперсонализация

- Искажение или утрата самостоятельного поведения. Действия больных воспринимаются ими как бы автоматическими, совершаемыми без обдумывания, лишены прошлой произвольности и волевой насыщенности, неестественными и наигранными
- Ощущения нереальности восприятия собственной личности, отсутствию эмоционального сопровождения двигательных актов, а также в общем малодифференцированном чувстве внутренней измененности
- Затем утрачивается чувство единства «Я» (ощущение раздвоенности). Больные отмечают, что в них как бы сосуществуют две личности.

Аутопсихическая деперсонализация

- характеризуется чувством постоянно нарастающей потери индивидуальной специфичности социальной коммуникации. Вначале возникает ощущение собственной измененности, сопровождающейся затруднением контактов с людьми. Больные воспринимают себя не такими, как прежде, оскудевшими интеллектуально и духовно, «чужими среди людей». В дальнейшем отмечается чувство полной утраты представления о своем «Я». Больные жалуются, что они полностью лишились собственного мировоззрения, взглядов, суждений, стали безликими людьми.

Соматопсихическая деперсонализация

- характеризуется чувством отчуждения восприятия отдельных физиологических процессов с утратой их чувственной яркости. Она может проявляться в виде отчуждения сна (при его фактическом наличии), в отсутствии субъективного чувства облегчения и удовлетворения от опорожнения во время дефекации или мочеиспускания, при насыщении пищей и т.п., отсутствием ощущений от внутренних органов

Анестетическая деперсонализация

- Характеризуется болезненно переживаемым пациентом ощущением постепенного побледнения высших эмоций с последующей их утратой. Больные тяжело переживают ощущение утраты способности радоваться, печалиться даже при особо важных для них событиях и фактах. Появляется мучительное ощущение чувства утраты эмоций, не способность ощущать удовольствие, радость, любовь, ненависть, грусть.

Дереализация

- Искаженное восприятие объективной реальности в целом без нарушения восприятия отдельных ее параметров.
- Это искаженное мироощущение с чувством безжизненности, нереальности, чуждости, незнакомости, блеклости окружающего.
- К дереализации также относятся: «уже виденное» — кратковременное состояние, при котором в незнакомой ситуации возникает ощущение, что она знакома, что он в ней уже находился; «никогда не виденное» — кратковременное состояние, при котором в знакомой ситуации возникает ощущение, что попал в нее впервые; «уже пережитого» — кратковременное состояние, при котором комплекс эмоциональных переживаний данного момента переживается как идентичный уже когда-то имевшему место.

Дереализация и деперсонализация

(иногда объединяются с психосенсорными расстройствами)

- ▣ **Синдром острого чувственного бреда** - дереализация и деперсонализация выступают как преходящая продуктивная симптоматика, отражающая чрезвычайно выраженные чувства страха и тревоги, свойственные этому состоянию. Причины измененности окружающего больные видят в том, что, «возможно, началась война»; они поражены тем, что «все люди стали такими серьезными, напряженными»; уверены, что «что-то произошло, но никто не хочет» им «об этом рассказать». Собственная измененность воспринимается ими как катастрофа («может быть, я схожу с ума?!»).
- ▣ **При эпилептиформных пароксизмах** - психосенсорные расстройства, дереализация и деперсонализация могут быть их проявлением. Примерами подобной симптоматики являются приступы с чувством уже виденного (*déjà vu*) или никогда не виденного (*jamais vu*). Это чувство сопровождается выраженным страхом, растерянностью, иногда психомоторным возбуждением, но через несколько минут так же внезапно проходит, оставляя лишь тягостные воспоминания о пережитом.
- ▣ **При шизофрении** - деперсонализация нередко служит проявлением негативной симптоматики. При мягком малопрогрессирующем течении заболевания необратимые изменения личности в первую очередь становятся заметны самому больному и вызывают у него тягостное чувство собственной измененности, ущербности, утраты полноты чувств. При дальнейшем прогрессировании заболевания эти изменения, выражающиеся нарастающей пассивностью и равнодушием, замечают и

РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ

Расстройства восприятия



Изменение порогов чувствительности

Психическая гиперестезия	Психическая гипестезия	Психическая анестезия
Усиление восприимчивости при воздействии обычных, даже слабых, нередко индифферентных раздражителей	Снижение восприимчивости к действующим раздражителям	Полная нечувствительность анализаторов при формальной анатомо-физиологической сохранности
Начальные этапы развития непароксизмальных помрачений сознания (делирий, аменция, онейроид), острых психотических состояний (острый галлюциноз, параноид и др.), при невротических синдромах, абстиненции, острой интоксикации.	Оглушенность, депрессивные и субдепрессивные состояния, истерические феномены, в структуре развернутой картины онейроида, при делирии, при алкогольном и наркотическом опьянении, во сне	Сопор, кома, истерические неврозы

Психосенсорные расстройства

Искажение воспринимаемого объекта или его признака

- Метаморфозии (микро-, макропсии; дисмегалопсии)
- Нарушения восприятия «схемы тела» (аутоморфозия)
- Искажение восприятия течения времени (тахихрония, брадихрония)

Особые состояния сознания, психоорганические и абстинентные синдромы, психотические расстройства

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РАССТРОЙСТВ ВОСПРИЯТИЯ

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБМАНОВ СЛУХА (С.Я. Рубинштейн)

- ▣ *Гипотеза: В патогенезе, то есть в механизме развития галлюцинаторных слуховых образов, или иначе обманов слуха, существенную роль играет тревожное прислушивание людей к звукам, особенно к плохо различимым.*

Группы испытуемых

Здоровые

Реактивные состояния, в том числе истерические, галлюцинаторно-параноидные, депрессивные

Больные шизофренией с синдромом вербального галлюциноза

Перенесшие алкогольные психозы

1. Здоровые

- ▣ Во время исследования здоровых испытуемых обманов слуха не возникало (78% правильного опознания)
- ▣ В процессе узнавания звуков наблюдалась обычно смена гипотез — большей частью две или три разные гипотезы по поводу одного звука с окончательным приближенно-правильным узнаванием
- ▣ Количество гипотез отражает часто личностное отношение испытуемого к ситуации эксперимента, заинтересованность в нем, а также индивидуальную степень психической активности

2.1. Пациенты с истерическими реакциями

- Сначала узнавали в звуках то, что было им привычно и знакомо, или то, что волновало их и тревожило (как и здоровые)
- Как бы погружались в эту припомнившуюся им или вымышленную ситуацию
- Звуковые раздражители как бы "подтягивались" к ситуации, искаженно воспринимались в плане конкретной, овладевшей ими, ситуации
- Характеристика звуков, которую продолжали давать больные, носила иллюзорный характер

2.2. Пациенты с реактивными депрессивными

- Обманов восприятия не было
- Слышали звуки, отмечали начало и конец каждого звучания, давали ему характеристики, но не могли узнать предметный источник звука
- Наблюдалось «запаздывающее» узнавания

2.3. Пациенты с галлюцинаторно-параноидным синдромом

- ▣ Наблюдалось чередование их правильного восприятия с искаженным, преимущественно с вкраплением вербальных галлюцинаций
- ▣ Зависимость слов, которые больные слышали, от реальных звуков

3.1. Больные шизофренией с вербальным галлюцинозом

- У значительной части испытуемых эксперимент вызывал *усиление* вербальных слуховых обманов
- Усиление вербальных галлюцинаций становилось особенно выраженным по мере утомления и усиления тревожности больных в процессе прислушивания
- Содержание того, что больные слышали в большинстве случаев, соответствовало тому, что они всегда слышали вне эксперимента, о чем было известно по клиническим наблюдениям
- для некоторой небольшой части больных слушание реальных звуков создавало какое-то облегчение в отношении галлюцинаторных переживаний

4. Больные в период выхода из различных психотических эпизодов алкогольного генеза

- В ряде случаев наблюдались синестезии («звон колоколов сиреневый», три «желтых звука с хриповатостью», «звук зигзагами»)
- Многие слышали музыку, песни
- У некоторых больных возникали сопутствующие слуховым восприятиям зрительные обманы
- Почти у всех можно было отметить сценичность, яркость, образность восприятия предметного источника звука

ВЫВОДЫ

- ▣ У всех больных длительное, напряженное, большей частью тревожное прислушивание к тихим звукам провоцировало различные обманы слуха
- ▣ У всех больных выявилось плохое качество слуховых восприятий: 1) большое количество звуков, в том числе самых явных и определенных, больные не опознавали; они отмечали начало и конец звучания, давали иногда характеристику звука, но не узнавали его;
2) плохое узнавание звуков проявлялось также в скудности и однообразии гипотез; какое-то "шорканье", "шум какой-то" — заявляли многие больные относительно всех, или почти всех, звуков подряд;
3) плохое узнавание звуков сопровождалось ошибочной локализацией источника звуков
4) многие ошибки в узнавании предметного источника звуков были вызваны ранее описанным

ИССЛЕДОВАНИЕ ИНТРАЦЕПТИВНЫХ ОЩУЩЕНИЙ

"Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений"

Стимульный материал:

80 слов-определений для выявления внутренних телесных ощущений испытуемых.

Инструкция при исследовании больных депрессией:

«Выберите из представленного Вам списка следующее:

1. Ощущение подходящее для описания внутренних, телесных ощущений.

Из выбранного первого списка выберите:

2. Важные, значимые

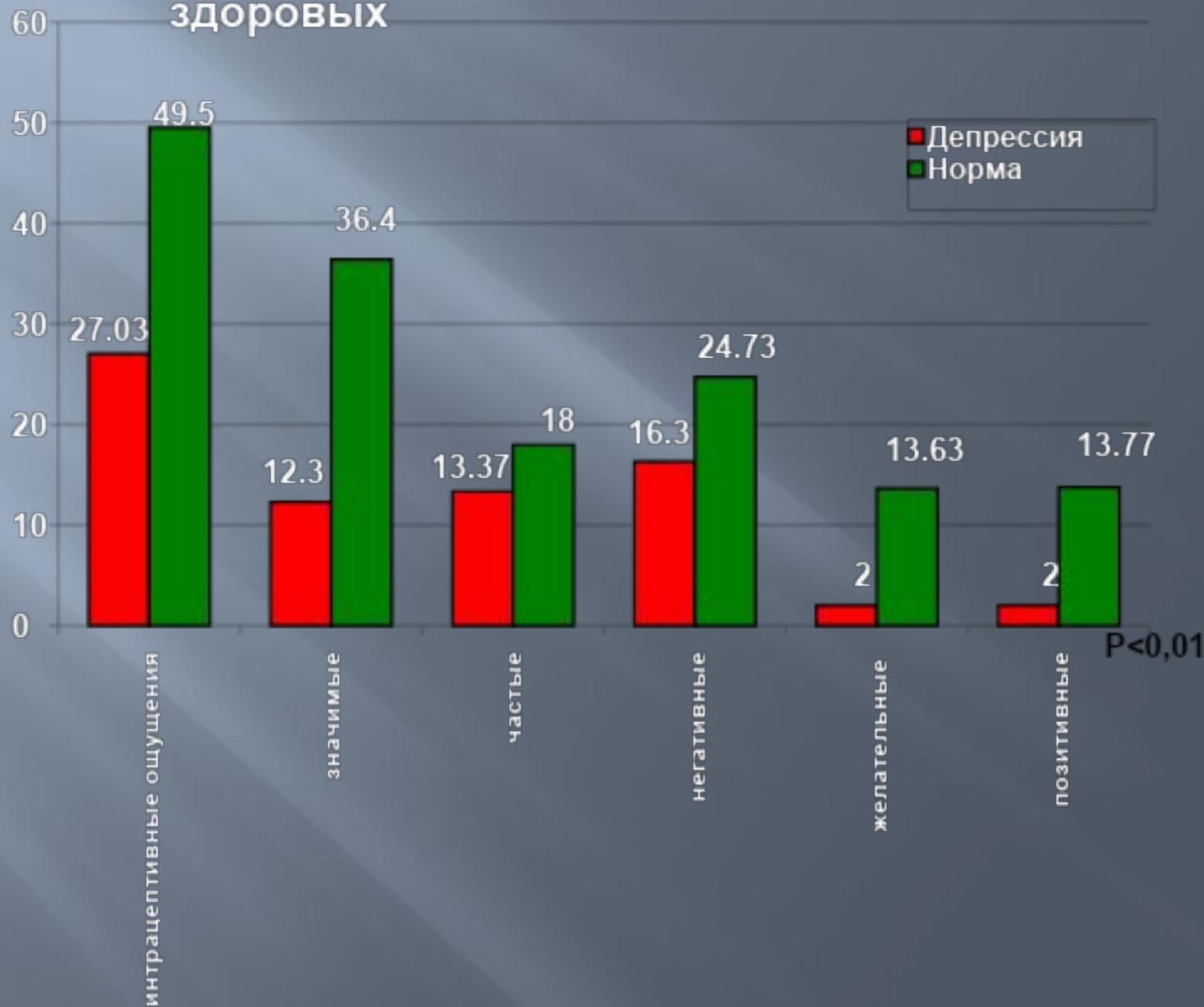
3. Часто встречающиеся

4. Болезненные, неприятные

5. Какие хотелось бы испытывать

6. Позитивные»

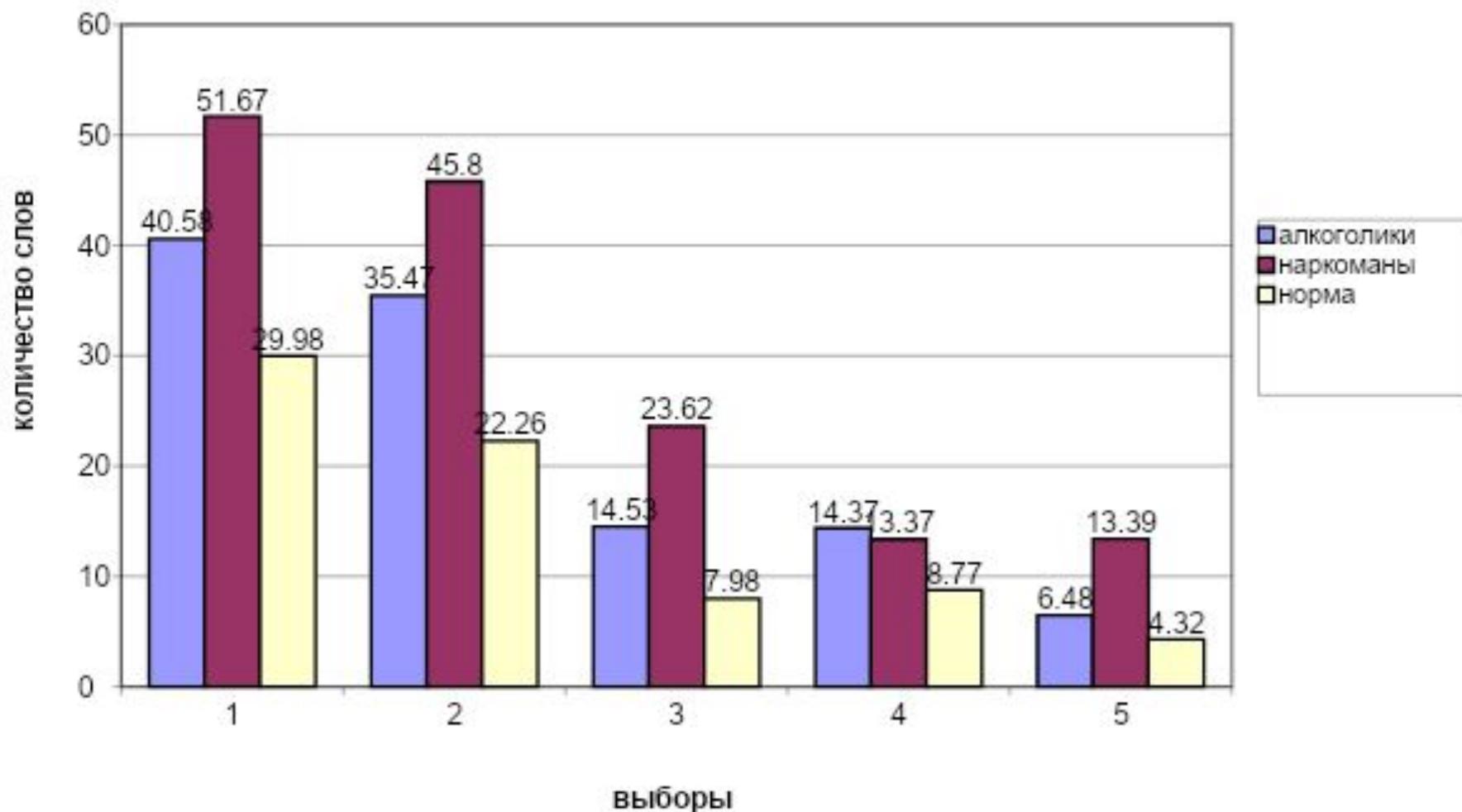
Сравнительный анализ объемов словарей интрацептивных ощущений больных депрессией и здоровых



Инструкция при исследовании больных, зависимых от ПАВ

1. Внутренние телесные ощущения;
2. Словарь пережитых (знакомых) ощущений;
3. Важные (значимые) ощущения;
4. Болезненные ощущения;
5. Опасные (угрожающие) ощущения;
6. Ощущения, которые хочется испытать;
7. Нормальное самочувствие.

Средний объем словаря интрацептивных ощущений больных, зависимых от ПАВ и здоровых



НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

Варианты патологии памяти

Дисмнезии

гипермнезии

ГИПОМНЕЗИИ

амнезии

Парамнезии

**Псевдоремни-
нищенции**

криптомнезии

конфабуляции

Варианты амнезий

По отношению к
периоду
времени,
подвергнувшего
ся амнезии или
к периоду
болезни

Ретроградная
Антероградная
Конградная
Тотальная
(антероретро-
градная, полная)

По
нарушенной
функции
памяти

- Фиксационная

По динамике

- Прогрессирующая

- Стационарная

- Регрессирующая

По объекту
амнезии

- Аффективная

ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ МНЕСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

3 уровня нарушений:

1. Динамический
2. Операциональный
3. Мотивационный

Виды запоминания:

- ▣ Непосредственное запоминание
- ▣ Опосредованное запоминание

Методы исследования памяти

Методика «Опосредованное запоминание» (А.Н. Леонтьев)

Слова-стимулы (15)	Карточки с изображениями (30)	
•Дождь	Лошадь	Магазин
•Собрание	Полотенце	Карандаш
•Пожар	Глобус	Поднос
•Горе	Фужер	Тарелка
•День	Рубашка	Стул
•Драка	Собака	Гусь
•Отряд	Чернильница	Петух
•Театр	Велосипед	Складной нож
•Ошибка	Кувшин	Детские штанишки
•Сила	Пара носок и пара ботинок	Забор
•Встреча	Приборы: тарелка, ложка, вилка, нож	Часы
•Ответ	Комната	Расческа
•Праздник	Завод	Уличный фонарь
•Сосед	Школьная доска	Пейзаж
•Труд	Зеркало	2 пера от чернильной ручки

«Пиктограмма» (А.Р. Лурия)

№	Стимул	Рисунок и объяснение	Воспроизведение
1.	Веселый праздник		
2.	Вкусный ужин		
3.	Тяжелая работа		
4.	Развитие		
5.	Богатство		
6.	Счастье		
7.	Тяжелая болезнь		
7.	Теплый ветер		
8.	Сомнение		
9.	Ядовитый вопрос		
10.	Печаль		
11.	Голодный ребенок		
12.	Разлука		
13.	Дружба		
14.	Надежда		
15.	Справедливость		
16.	Любовь		

Динамический уровень

- ▣ Инертность мнестических процессов (замедленность, персеверации – стереотипное повторение, застревание)
- ▣ Неустойчивость воспроизведения во времени.
- ▣ Истощение.

Операциональный уровень.

- ▣ Способность к опосредованию.
- ▣ Характер опосредования – уровень обобщения, выделение существенных признаков.

Мотивационный уровень.

Способность к формированию цели – нарушение подконтрольности, избирательности психических процессов.

Сопоставление результатов воспроизведения незавершенных действий у больных с разной патологией мотивационной сферы тоже указывает на ее роль в мнестической деятельности

Б.В. Зейгарник – отношение воспроизведения незавершенных действий к воспроизведению завершенных у здоровых:

ВН

---- = 1,9

ВЗ

У больных шизофренией (простая форма) – 1,1,

у больных эпилепсией – 1,8,

у больных с астеническим синдромом – 1,2.

Л.В. Петренко «Нарушение высших форм памяти»

- *Больные с диффузными последствиями ЧМТ, симптоматической эпилепсией* (экзогенная этиология – менингоэнцефалит, арахноэнцефалит, токсоплазмоз):
опосредование улучшает продуктивность запоминания, но непостоянство умственной работоспособности приводило к тому, что наряду с правильным опосредованием у них возникали ошибочные ответы по типу А-Х-А'.
- *Больные с эпилептической болезнью* – сочетание чрезмерной конкретности суждений с инертными способами работы делает невозможным актуализацию опосредованного материала и приводит к застреванию на этапе опосредования, средства запоминания становятся самоцелью. Здесь наблюдается патологическое изменение операциональной стороны деятельности по запоминанию А-Х-Х
- *Больные с поражением медиабазальных отделов лобных областей мозга* – грубо нарушен процесс воспроизведения при непосредственном запоминании.

При опосредованном запоминании преобладающими типами воспроизведения были А-Х-Х и А-Х-У. Целенаправленная деятельность запоминания и воспроизведения подменялась случайными, не связанными с конечной целью задания действиями. Это свидетельствовало о б отсутствии подконтрольности психических процессов и целенаправленности.

2.3. Расстройства мышления

- Мышление – это познание.
- "Человек бессмертен благодаря познанию. Познание, мышление - это корень его жизни, его бессмертия".

Г. В. Ф. Гегель

- «Мышление – это опосредованное и обобщенное познание объективной реальности».

С.Л. Рубинштейн

Расстройства содержания мышления

Навязчивые идеи

- Возникают произвольно;
- Осознаются как неадекватные, чуждые;
- Вызывают эмоциональный и душевный дискомфорт;
- Носят неотступный характер и желание избавиться от них;
- Отношение к ним – критичное.
- Встречаются при тревожных расстройствах и расстройствах настроения

Сверхценные идеи

- Логически обоснованное убеждение, тесно связанное с особенностями личности и обладающее большим эмоциональным зарядом.
- Часто является составной частью личности и ее мировоззрения.
- Критика отсутствует или носит формальный характер.
- Встречается как самостоятельное психопатологическое расстройство у акцентуированных и психопатических личностей, а также на начальных этапах формирования бредовых симптомов.

Бредовые идеи

- Непоколебимые суждения и умозаключения, не соответствующие объективной реальности;
- Не поддаются коррекции и нарушают адаптацию больного в среде.
- Входит в структуру большинства психотических синдромов.

Расстройства процесса мыслительной деятельности – течения ассоциативных процессов:

Расстройства темпа мышления

- Ускорение (маниакальные состояния)
- Замедление
- (депрессивные синдромы, оглушение, некоторых вариантах олигофрении и деменции)

Расстройства подвижности мышления

- Детализация
- Обстоятельность
- Вязкость
- (эпилептическая болезнь, психоорганический синдром)

Расстройства целенаправленности и мышления

- Витиеватость
- Соскальзывание
- Резонерство
- Разноплановость
- Аморфность
- Разорванность мышления
- (Наиболее полно встречаются при синдромах шизофренического дефекта)

Расстройства грамматического строя речи

- Бессвязность
- Стереотипии
- Персеверации
- (при синдромах шизофренического дефекта, органического и эпилептического слабоумия, иногда при оглушенности)

Методы исследования мышления

Понимание рассказов

Специально подобранные рассказы, чаще всего поучительного характера, притчи. Направленность задания в некоторой степени зависит от способа его проведения (С. Я. Рубинштейн, 1962). Чтение текста обследуемому облегчает восприятие смысла рассказа, но от обследуемого требуется более значительное сосредоточение внимания. При самостоятельном чтении обследуемый повторным чтением легко компенсирует недостаточность внимания.

- ▣ При воспроизведении рассказа обращается внимание на характер изложения — словарный запас, темп речи, особенности построения фразы, лаконичность или чрезмерная обстоятельность.
- ▣ Существенное значение имеет :
 - доступность скрытого смысла рассказа,
 - связыванность его с окружающей действительностью,
 - доступность юмористической стороны рассказа.

Затруднение понимания скрытого, переносного смысла рассказа при близости пересказа к заданному тексту часто бывает при интеллектуальной недостаточности

- ▣ Для проведения исследования необходимо приготовить серию текстов, отличающихся различной степенью сложности.

Установление последовательности событий

- Затруднения в установлении развития сюжета по серии рисунков свидетельствуют о недостаточности уровня процессов обобщения и отвлечения.
- Особенно явственно они обнаруживаются при органических поражениях головного мозга с преимущественной локализацией в лобных отделах (Б. В. Зейгарник, 1943; А. Р. Лурия, 1947), когда больные описывают отдельно каждый рисунок, но сопоставить их не могут и приходят к совершенно нелепым выводам о развивающемся на этих рисунках событии.
- Для такого рода больных с лобным синдромом характерна абсолютная некритичность мышления, их ошибочные рассуждения недоступны коррекции.

- **Классификация**

- **Исключение**

- **Существенные признаки**

Сад (растения, садовник, собака, забор, земля)

Игра (карты, игроки, штрафы, наказания, правила)

- **Простые аналогии**

- **Сложные аналогии**

Овца — стадо -

А

Малина — ягода -

Б

Море — океан -

В

Свет — темнота -

Г

Отравление — смерть -

Д

Враг — неприятель -

Е

□ Испуг — бегство

□ Физика — наука

□ Правильно — верно

□ Грядка — огород

□ Пара — две

□ Слово — фраза

□ Бодрый — вялый

□ Свобода — воля

□ Страна — город

□ Похвала — брань

□ Месть — поджоги

□ Десять — число

□ Плакать — реветь

□ Глава — роман

□ Покой — движение

□ Смелость — геройство

□ Прохлада — мороз

□ Обман — недоверие

□ Пение — искусство

□ Тумбочка — шкаф

Нарушения операциональной стороны мышления при психических заболеваниях

Снижение процесса обобщения

- В суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях; оперирование общими признаками заменяется установлением конкретных связей между предметами. Не могут отобрать признаки, которые наиболее полно раскрывают понятие
- конкретно-ситуационный характер суждений, непонимание переноса, условности
- 95% олигофрения 86% эпилепсия 70% энцефалиты

Искажение процесса обобщения

- Отражают лишь случайную сторону явлений, существенные отношения между предметами мало принимаются во внимание; предметное содержание вещей и явлений не учитывается. В мышлении больных доминируют связи, неадекватные конкретным отношениям. Они утрачивают направленность на объективное содержание задания. Чаще встречается у больных шизофренией (67%) и при **психопатиях** (33%).

Конкретно-ситуационные обобщения

- Нет обобщения – есть сюжет.
- Обобщение на основе личного опыта.
- Функциональные обобщения
(промежуточный вариант по отношению к норме)

*Обычно сохраняется уровень социальной
понятности*

Нарушения мотивационного компонента мышления

разноплановость

- суждения больных протекают в разных плоскостях. Больные не выполняют задания, хотя усваивают инструкцию, у них сохранены умственные операции сравнения, различения, обобщения, отвлечения. Действия больного лишены целенаправленности. Особенно четко разноплановость выступает в заданиях на классификацию

резонерство

- это нарушения не столько интеллектуальных операций, сколько личности в целом (повышенная аффективность, неадекватное отношение, стремление подвести любое, даже самое незначительное явление под какую-то «концепцию»). Неадекватность, резонерство больных, их многоречивость выступали в тех случаях, когда имела место аффективная захваченность, чрезмерное сужение круга смыслообразующих мотивов, повышенная тенденция к «оценочным суждениям». Типы резонерства при различной психической патологии: а) Шизофреническое (классическое) резонерство. б) Эпилептическое резонерство в) Органическое резонерство

нарушение критичности

- умение обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями
- Наблюдается при психотических расстройствах, расстройствах личности и поведения

ТИПЫ РЕЗОНЕРСТВА

ШИЗОФРЕНИЧЕСКОЕ

- Выхолощенное, эмоционально мало окрашенное, практически не имеет житейского содержания, содержит отголоски философских идей, метафизическое, причудливое, вычурное.

ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЕ

- Чаще всего содержит морализаторство, идеи справедливости и несправедливости, отношений людей друг с другом, эмоционально окрашено.
- При этом резонерство уводит от интеллектуальной цели.

ОРГАНИЧЕСКОЕ

- Рассуждения, сопровождающие затруднительную деятельность, напоминают внутреннюю речь, перешедшую во внешний план, но не помогают, а затрудняют деятельность.

НАРУШЕНИЕ ДИНАМИКИ МЫСЛИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

лабильность

- Неустойчивость способа выполнения задания. Уровень обобщения больных в основном не снижен; больные правильно обобщают материал; операции сравнения, переноса нарушены. Однако адекватный характер суждений больных не устойчив. (Сосудистые заболевания мозга)
- Повышенная отвлекаемость и «откликаемость» при маниакальном

инертность

- Больные не могут менять избранного способа своей работы, изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой.
- Часто встречаются у больных эпилепсией, иногда у больных с отдаленными последствиями тяжелых травм головного мозга, при некоторых формах умственной отсталости.

Расстройства при решении проблем

- При решении проблем речь идет о том, чтобы изменить исходное неудовлетворительное состояние таким образом, чтобы достичь удовлетворительной цели (улучшения конфликтных отношений с коллегами по работе).

Сложность заключается в следующем:

- необходимо совершение длинной цепочки умственных операций;
- повседневные, социальные проблемы сопровождаются дополнительными препятствиями, обусловленными личностью того, кто решает эти проблемы, а также его возможными социальными действиями.

Основные моменты, обуславливающие трудности при решении проблем

- Недостаточная регуляция эмоций
- Недостаточное понимание проблемы
- Недостаточная компетентность в решении проблемы

Недостаточное понимание проблемы

- ▣ решение проблемы — это активно-конструктивный процесс. Так формируется «пространство», в котором локализуется проблема и происходит поиск ее решения. Трудно определяемые, а также открытые и комплексные проблемы требуют особых усилий для их понимания и предполагают наличие соответствующих знаний и предварительного опыта со стороны того, кто решает проблему

Недостаточный поиск информации

- ▣ Недостаточное понимание проблемы имеет место из-за импульсивных, поспешных выводов, недостаточного внимания к информации (чрезмерной избирательности) и склонности принимать решения исходя из личных или обусловленных расстройством соображений.
- ▣ Это имеет место прежде всего при *дефиците внимания* или *гиперактивности* и *агрессивности*. При обоих видах нарушения констатируется, что такие люди почти не используют время и энергию для понимания проблемы или ее видоизменения (трансформации) (например, с помощью ролевой эмпатии, дешифровки многозначных раздражителей, использования активной реконструкции) и вместо этого склонны к поверхностному восприятию и ригидному паттерну объяснения (например, интерпретация чье-либо поведения как недоброжелательного, ощущение себя переутомленным).

Недостаток знаний

- ▣ Ограниченное понимание проблемы сопровождается дефицитом специфических знаний. Понимание проблемы возможно на основании информации или извлеченной из долговременной памяти, или полученной от других. Необходима база дифференцированных знаний. Лица в депрессивном состоянии склонны из-за замкнутой и негибкой системы мышления к отрицательным представлениям о проблеме (например, к негативному образу Я, самообвинениям) и соответствующим «решениям» (например, избегающему поведению, утрате интереса, инактивности).

Недостаточная чувствительность по отношению к проблеме

- ▣ Очевидно, что чем раньше распознается только еще зарождающаяся проблема, тем лучше, что особенно важно в случае возникновения динамичных проблем. Низкая чувствительность приводит к тому, что проблема начинает интенсивно развиваться и, незамеченная, достигает такого уровня развития, когда бороться с ней становится намного труднее. Это может быть вызвано тем, что у индивида отсутствует необходимый опыт, чтобы оценить опасность первых признаков отклонений от нормы, а также тем, что даже осознаваемые признаки проблемы не воспринимаются как нечто опасное из-за низкого ожидания контролируемости и не вызывают со своей стороны каких-то предупредительных действий по решению проблемы.

Недостаточная компетентность в решении проблемы

- ▣ *Недостаточное продумывание средств и цели*
- ▣ *Недостаток навыков*
- ▣ *Выполнение должно быть: а) гибким относительно цели, б) учитывать обратную связь и в) последовательным*
- ▣ *Недостаточное предварительное планирование*
- ▣ *Недостаток способности усваивать и использовать знания (инертное знание)*

- Расстройства решения проблем совершенно явно способствуют дальнейшему поддержанию уже имеющегося психического нарушения, а улучшения навыков и умений мыслить и решать проблемы улучшают как психическое самочувствие, так и здоровье пациента в целом.
- Расстройства решения проблем возникают из-за того, что нарушается мышление, в том числе способность находить правильные пути решения своих проблем или обдумывать конкретные фазы решения. Часто причины кроются и во внешних ситуациях, в которых индивид должен тоже уметь хорошо ориентироваться. В частности, ему необходима не только способность думать, но и способность держать дистанцию по отношению к предмету, о котором он думает.

■

2.4. РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

- **Эмоции** – психический процесс, отражающий субъективное отношение к действительности и к самому себе.
- Основные качества эмоциональных состояний - это положительное, отрицательное, двойственное и неопределенное отношение к объекту или ситуации.
- Важной характеристикой эмоций является их экспрессивный компонент, который проявляется мимикой, пантомимикой, особенностями речи (темп, тембр, сила, напряженность, интонации и т.д. – паралингвизмы) и соматовегетативными феноменами.
- Наиболее объективными показателями эмоциональных проявлений, которые не подчиняются волевым задержкам, выступают соматовегетативные симптомы: кожно-гальваническая реакция, перистальтика желудочно-кишечного тракта, зрачковые рефлексy, выделение слюны и пота, изменение клеточного и

- Эмоции рассматриваются как сложные паттерны реакций, причем решающее место занимают различные компоненты субъективного переживания.
- Компоненты эмоций:
- а) аффективные компоненты (эмоциональные компоненты в узком смысле слова);
- б) когнитивные компоненты (мысли, представления, фантазии и т. п.);
- в) телесно-перцептивные компоненты (восприятие физиологических изменений и собственного экспрессивного поведения).

Психологическая классификация эмоциональных расстройств

Различают :

- ▣ а) эмоциональные расстройства как таковые (например, избыток депрессивных эмоций — печаль, тревога и гнев);
- ▣ б) эмоциональные расстройства как компоненты сложных клинических синдромов (например, глубокая печаль как компонент депрессии);
- ▣ в) расстройства, зависимые от эмоционального состояния, в других психических сферах (например, падение работоспособности или сообразительности как следствие хронического страха перед экзаменом).

***ПАРАМЕТРЫ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ
РАССТРОЙСТВ***

Содержание

Среди содержаний переживания можно выделить: отдельные эмоции (например, «первичные эмоции»: радость, печаль, тревога и т. п.).

Когнитивно неспецифичные - не связанные с определенными обстоятельствами (объектами, ситуациями, действиями) ;

Когнитивно специфичные - направленные на определенные обстоятельства.

Примером этого может служить различие неспецифической панической атаки, с одной стороны, и тревогой, вызванной специфическим обстоятельством («фобия»), с другой.

Частота возникновения, интенсивность и устойчивость

Расстройства обычно характеризуются чрезмерной частотой возникновения, значительной интенсивностью и/или продолжительностью негативных эмоций и недостаточностью частоты возникновения, интенсивности или продолжительности положительных эмоций. Наряду с этим расстройства характеризуются еще и частотой смены эмоциональных состояний (эмоциональная «лабильность»).

Осознанность и реалистичность

- ▣ Эмоциональное состояние может зависеть от когнитивных процессов, которые могут быть в большей или меньшей степени дифференцированными и осознанными. Так, тревога может возникнуть вследствие длительного предэкзаменационного ожидания, в то время как в другом случае она наступает спонтанно. Наряду с этим эмоции — особенно их когнитивные компоненты — могут различаться по степени адекватности реальности. Как неадекватная реальности может быть рассмотрена, например, депрессивная печаль, сопровождающаяся негативной самооценкой, если эта самооценка выглядит с точки зрения общества как неоправданная

Эмоциональные расстройства как компоненты синдромов

В обычной клинической классификации эмоциональные расстройства появляются как в качестве самостоятельной категории, так и в качестве компонентов сложных синдромов. Например: депрессии, фобии, мании

Условия возникновения и последствия эмоциональных расстройств

Расстройства эмоциональной сферы могут возникать по многим причинам, которые можно объединить в три группы условий возникновения:

- ▣ ситуационные условия;
- ▣ личностно обусловленные условия;
- ▣ внутренние пусковые процессы.

Расстройства настроения

- ▣ Настроение – эмоциональное состояние, переживаемое человеком, которое представляет собой смену радости и печали в зависимости от обстоятельств.
- ▣ Расстройства настроения характеризуются патологическим чувством подавленности или эйфории, в тяжелых случаях с психотическими симптомами.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ

Депрессия :

- ▣ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ - Постоянно сниженное настроение (печаль, тоска);
- ▣ ангедония (отсутствие стремления к удовольствиям);
- ▣ МОТИВАЦИОННЫЕ СИМПТОМЫ - отсутствие побуждений, инициативы, непринужденности .;
- ▣ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ - недостаток активности, апатия; утомляемость после каждого активного действия.
- ▣ КОГНИТИВНЫЕ СИМПТОМЫ - негативная самооценка. пессимистическая оценка будущего, суицидальные мысли
- ▣ нарушения сна (например, ранними пробуждениями), изменение веса
- ▣ Также может наблюдаться тревога, с чрезмерным беспокойством за родных или преувеличенными опасениями.
- ▣ Длительность – более 2-х недель

Мания

- ▣ - постоянно приподнятое настроение (или раздражительность), продолжающееся, по меньшей мере, неделю;
- ▣ высокое самоуважение,
- ▣ участие в рискованных и непродуманных предприятиях или связях,
- ▣ крайняя многоречивость, отвлекаемость и быстрая смена одной незаконченной мысли другой, жажда деятельности и бессонница.

- ▣ **Гипомания** включает в себя все симптомы мании, но не имеет тяжелых последствий для индивида. Гипоманиакальные индивиды остаются в хорошем контакте с реальностью и могут находить, что их социальное и профессиональное функционирование улучшается
- ▣ **Смешанное настроение** имеет место при почти ежедневных и длящихся как минимум неделю симптомах как мании, так и депрессии. Такая стремительная и диаметрально противоположная перемена настроения приводит к нарушению социального и профессионального функционирования, поскольку настроения чередуются без компенсации одного другим.

- ▣ В обеих системах, МКБ и *DSM*, расстройства настроения подразделяются на:
 - ▣ депрессию без мании (униполярная депрессия)
 - ▣ депрессию с манией (биполярное расстройство).

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ ДЕПРЕССИИ

Биологический подход

- ▣ При депрессии определенную роль, по-видимому, играет низкая активность двух нейротрансмиттеров, норэпинефрина и серотонина. Может ей способствовать и аномальное функционирование некоторых гормонов, таких как кортизол и мелатонин. Подобные биологические проблемы могут быть связаны с генетическими факторами.

Электросудорожная терапия (ЭСТ) является эффективным и быстродействующим, хотя и спорным методом лечения монополярной депрессии. Другими эффективными лечебными средствами являются три вида антидепрессантов — ингибиторы МАО, трициклические антидепрессанты и антидепрессанты второго поколения, а медикаментозная терапия находит широкое применение.

Психодинамический подход

Согласно психодинамической теории, некоторые люди, которые переживают реальную или воображаемую утрату, могут регрессировать к более ранней стадии развития, мысленно связывать себя с человеком, которого они потеряли, и впадать в депрессию. Психодинамические терапевты пытаются помочь людям с монополярной депрессией осознать свою утрату и чрезмерную зависимость от окружающих и проделать определенную работу по преодолению своих слабостей.

Поведенческий подход

Согласно бихевиористской точке зрения, когда люди начинают получать намного меньше позитивных вознаграждений, возрастает вероятность того, что они впадут в депрессию. Поведенческие терапевты вновь знакомят пациентов с событиями и видами деятельности, которые когда-то доставляли пациентам радость, вознаграждают недепрессивные модели поведения и обучают эффективным навыкам общения.

КОГНИТИВНЫЙ ПОДХОД

- Согласно теории выученной беспомощности, люди впадают в депрессию, когда они считают, что потеряли контроль над подкреплениями в своей жизни и когда они объясняют эту потерю внутренними, глобальными и устойчивыми причинами. Согласно теории негативного мышления Бека, монополярной депрессии способствуют неадекватные иррациональные установки (атрибуция), когнитивная триада Бека (негативная оценка своего опыта, самого себя и своего будущего), ошибки в мышлении и автоматические мысли.

Когнитивная терапия депрессии помогает людям расширить диапазон своей деятельности, бросить вызов автоматическим мыслям, идентифицировать свое негативное мышление и тенденциозность и изменить свои установки.

Социокультурный подход

Социокультурные теоретики указывают на более широкие социальные факторы, которые способствуют депрессии, включая стрессоры, культурные факторы, половую и расовую принадлежность и непосредственное социальное окружение.

Межличностная психотерапия (ИРТ) занимается межличностными проблемными областями депрессии, такими как межличностная утрата, межличностный ролевой конфликт, межличностный ролевой переход (сдвиг) и межличностный дефицит. Супружеская терапия может помочь в тех случаях, когда депрессия связана с неблагоприятными близкими отношениями.

- Наибольшее подтверждение в исследованиях находят биологический, когнитивный и социокультурный подходы

Экспериментальное исследование телесного образа Я при депрессии (методика «Рисунок человека»)

Основные параметры	Больные депрессией	Здоровые
Непропорциональность частей тела	100%	6,2%
Непропорционально большая голова	33,3%	3,3%
Отсутствуют значимые части лица и головы (глаза, рот, нос, уши)	40%	-
Отсутствуют значимые части тела (шея, кисти, пальцы, ступни)	80%	-
Неадекватная половая идентификация (отсутствует, изображен противоположный пол)	50%	3,3%
Формальное или «детское» изображение человека	80%	-

Тревожные расстройства

- При тревожном расстройстве переживаются тревога или изнуряющий страх с их характерными симптомами мрачного предчувствия, напряжения, учащенного сердцебиения, а в некоторых случаях — неспособности сдвинуться с места, которые возникают в отсутствие реальной угрозы. Большинство тревожных расстройств отличается различными «пусковыми механизмами» (триггерами), которые порождают тревогу, но только в индивидах, характеризующихся невротичностью.

Основные виды тревожных расстройств

- **Паническое расстройство** заключается в повторяющихся и внезапных панических атаках.
Панические атаки могут возникать при ряде расстройств и характеризуются симптомами крайней тревоги: дрожью, удушьем, одышкой, оцепенением, сердцебиением и страхом смерти или утраты контроля.
- **Агорафобия** (буквально — страх рыночной площади) представляет собой сложную фобию, то есть набор страхов, в который входит страх оказаться (особенно в одиночестве) в ситуации, которая не является безопасной и бегство из которой затруднено. Расстройство усугубляется в прогрессирующей степени тем, что такие индивиды избегают как таких «неотвратимых» ситуаций, так и выхода из них.
- **Специфические фобии** - страх перед отдельными предметами или ситуациями — например, боязнь пожара (**пирофобия**) или страх высоты (**акрофобия**). Фобиями страдают преимущественно женщины; фобии подразумевают предвосхищающий страх и избегание фобических ситуаций (см. исследование конкретного случая арахнофобии).
- **Социальная фобия** подразумевает устойчивый страх оказаться на людях или боязнь социальных событий, в ходе которых индивид мог бы вызвать общественное замешательство. Социальная *фобия*, чаще встречающаяся у женщин, может ограничиваться социальными событиями или **генерализоваться** на большинство ситуаций; ее следует отличать от избегающего личностного расстройства.
- **Обсессивно-компульсивное расстройство:**
Обсессии - навязчивые мысли, образы или импульсы, они являются нежелательными
Компульсии - повторяющиеся действия (проверки) или акты мышления (например, молитвы), которые производятся ради кратковременного облегчения тревоги, вызванной обсессиями. Например, обсессивный страх подхватить инфекцию может снижаться путем компульсивного мытья рук.

- **Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)** – крайняя реакция на сильный (обычно угрожающий жизни) стрессор.
- 1. Избегание напоминаний о событии – например, путем самоотвлечения (возможно, чередующегося с амнезией), чтобы избежать неотвязно преследующих их мыслей, или через физическое избегание места нападения или аварии.
- 2. Оцепенелость реакций: ангедония, неспособность к восприятию позитивного, отчужденность и отсутствие эмоциональной или общей заинтересованности в окружающих.
- 3. Повторное переживание события в форме ночных кошмаров, грез наяву, а также связывание с событием обыденных звуков (например, заводящейся машины) и зрительных образов.
- 4. Повышенное возбуждение приводит к бессоннице, неспособности сосредоточиться, сверхбдительности (постоянному мониторингу опасности), преувеличенным реакциям испуга, т. е. гиперреакциям в ответ на изменение в стимулах, и повышенные физиологические реакции на ассоциированные слова или образы.
- 5. Выученная беспомощность может быть вызвана единичным, неподконтрольным событием и распространяется (генерализуется) на другие ситуации, нередко приводя к депрессии. Это может сочетаться с виной: индивиды считают, что они каким-то образом несут ответственность за исход травматического события, в котором они выжили, а другие погибли. Эти симптомы могут дополнительно осложняться злоупотреблением психоактивными веществами и суицидальными тенденциями.
- Могут высказываться психосоматические жалобы (например, на боли в животе) и диссоциативные симптомы, особенно в случаях, когда источником травмы является сексуальное или физическое насилие в детстве. Эффекты психотравмы детского периода у взрослых все чаще рассматриваются как ПТСР, что особенно удобно при выборе лечебных подходов.
- Симптомы должны сохраняться дольше одного месяца и могут считаться хроническими

- **Острое стрессовое расстройство** представляет собой реакцию на те же стрессоры, что участвуют в ПТСР, но продолжается всего один месяц и включает в себя, по меньшей мере, три диссоциативных симптома.
- **Генерализованное тревожное расстройство**, или «свободно плавающая тревога», включает в себя неконтролируемые, чрезмерные опасения, беспокойство и тревогу; в какой-то момент жизни оно развивается у 5% населения. Какой-либо источник этих тревог установить трудно, и они могут приводить к паническим атакам, при которых индивид не в состоянии избежать конкретных ситуаций или объектов, так как страх генерализуется на большинство ситуаций.

Основные теории формирования стрессовых расстройств

- ▣ Биологические и генетические факторы – Исследования показали, что травматическое событие вызывает такие изменения в мозге и всем организме, которые могут вести к тяжелым стрессовым реакциям и, в некоторых случаях, к стрессовым расстройствам (Bremner et al., 1997, 1993). Возможно, что люди, чьи биохимические реакции на стресс особенно сильны, более склонны, чем другие, к формированию острого и посттравматического стрессовых расстройств.

- ▣ **Детский опыт** - серия исследований показала, что некоторые события детского возраста, видимо, подвергают людей риску впоследствии заболеть острым и посттравматическим стрессовыми расстройствами. Люди, чье детство было отмечено нищетой, оказываются более подверженными стрессовым расстройствам при столкновении с последующей травмой. В таком же положении находятся люди, родители которых развелись до того, как ребенку исполнилось 10 лет; дети, члены семьи которых страдали психологическими расстройствами, или те, кто в раннем возрасте испытали насилие, жестокое обращение или пережили катастрофу (Putnam, 1996; Astin et al., 1995; Bremner et al., 1993).

- ▣ **Личность** - Некоторые исследования позволяют предположить, что люди с определенными профилями личности более подвержены формированию стрессовых расстройств (Kessler et al., 1995; Clark et al., 1994). Например, последствия урагана Хьюго показали, что дети, имевшие до урагана более высокий уровень тревоги, чем другие, оказались более склонны к формированию тяжелых стрессовых реакций (Lonigan et al., 1994). Люди, имевшие психологические проблемы до изнасилования или борющиеся со стрессовыми жизненными ситуациями, оказываются особенно уязвимыми (Darvres-Bornoz et al., 1995). Наконец, люди, которые рассматривают негативные события в своей жизни как находящиеся вне их контроля, имеют тенденцию к формированию более тяжелых стрессовых симптомов, нежели те, кто чувствует большую власть над событиями своей жизни (Kushner et al., 1992).

- **Социальная поддержка** - люди, получившие недостаточную социальную поддержку после травматического события, более склонны к формированию стрессового расстройства (Pickens et al., 1995). Жертвы изнасилования, чувствовавшие, что друзья и родственники любят их, заботятся о них, ценят и принимают их, более успешно восстанавливали свое психическое здоровье. Это относится и к тем, у кого система уголовной юстиции поддержала чувство собственного достоинства и самоуважение (Davis, Brickman & Baker, 1991; Sales, Baum & Shore, 1984). И напротив, клинические отчеты предполагают, что недостаточная поддержка социальных систем внесла свою лепту в формирование посттравматического расстройства у некоторых ветеранов войны во Вьетнаме (Figley & Leventman, 1990).

- **Тяжесть травмы.** Как можно было предположить, тяжесть и природа травматического события также помогают установить, разовьется ли у человека стрессовое расстройство. Некоторые события могут затмить даже влияние счастливого детства, позитивного отношения и социальной поддержки.
- В большинстве случаев, чем тяжелее травма, тем выше вероятность развития стрессового расстройства (Putnam, 1996; Shalev et al., 1996). Например, если рассмотреть военнопленных времен войны во Вьетнаме, наибольший процент имеющих расстройство обнаруживается среди тех людей, которые находились в плену дольше других и с кем обращались с особой жестокостью. Особенно высокому риску формирования стрессовых реакций подвергаются люди, получившие увечья и тяжелые физические травмы, равно как свидетели нанесения другим людям травм и очевидцы убийства (Putnam, 1996; Kessler et al., 1995). Как сказал человек, выживший в катастрофе: «Тяжело быть оставшимся в живых» (Kolff & Doan, 1985, p. 45).

Расстройства личности и поведения

- Эти расстройства предполагают наличие аномальных черт характера, приводящих к нарушенным, неадекватным паттернам поведения, которые носят устойчивый характер и накладывают отпечаток практически на всю жизнь индивида.
- П.Б. Ганнушкин (1933), рассматривая психопатии как аномалии характера, писал, что они «определяют весь психический облик индивидуума, накладывают на весь его душевный склад свой властный отпечаток», «в течение жизни...они не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям» и «...мешают приспособиться к окружающей среде».

Критерии психопатий (О.В. Кербиков)

- ▣ тотальность патологических черт характера;
- ▣ их относительная стабильность;
- ▣ их выраженность до степени, приводящей к социальной дезадаптации.

- При психопатиях декомпенсации, острые аффективные и психопатические реакции, социальная дезадаптация возникают от любых психических травм, в самых разнообразных трудных ситуациях, от всевозможных поводов и даже без видимой причины.
- При акцентуациях нарушения возникают только при определенном роде психических травмах, в некоторых трудных ситуациях, а именно лишь тогда, когда они адресуются к "месту наименьшего сопротивления", к "слабому звену" данного типа характера. При каждом типе акцентуации имеются свойственные ему, отличные от других типов, "слабые места".

Акцентуации характера

- Акцентуации характера – это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

(А.Е. Личко)

Типы акцентуаций

Тип акцентуированной личности, по К. Леонгарду	Тип акцентуации характера, по А. Е. Личко
Лабильный	Лабильный циклоид
Сверхподвижный /Эмотивный	Лабильный
Демонстративный	Истероидный
Сверхпунктуальный	Психастенический
Ригидно-аффективный/ Неуправляемый	Эпилептоидный
Интравертный	Шизоидный
Боязливый	Сенситивный
Неконцентрированный или неврастенический	Астено-невротический
Экстравертный	Конформный
Слабовольный	Неустойчивый
-	Гипертимный
-	Циклоидный

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ

Понятие и структура патопсихологического синдрома

- ▣ Патопсихологический синдром - это относительно устойчивая, внутренне связанная совокупность отдельных симптомов.
- ▣ Симптом - это единичное нарушение, которое проявляется в различных сферах: в поведении, эмоциональном реагировании, познавательной деятельности больного.
- ▣ Патопсихологический синдром не является непосредственно данным. Для его выделения необходимо структурировать и интерпретировать получаемый в ходе исследования материал.
- ▣ Характер нарушений не является специфичным для того или иного заболевания или формы его течения. Он является лишь типичным для них.
- ▣ Эти нарушения должны оцениваться в комплексе с данными целостного психологического исследования.
- ▣ Представления о патопсихологическом синдроме позволяет прогнозировать появление наиболее типичных для данного заболевания расстройств.

Основные типы патопсихологических симптомокомплексов:

- ▣ Шизофренический
- ▣ Органический
- ▣ Психопатический
- ▣ симптомокомплекс психогенной дезорганизации психической деятельности

Шизофренический симптомокомплекс.

При патопсихологическом исследовании:

- нецеленаправленность мыслительного процесса;
- непоследовательность суждений;
- специфическое эмоционально выхолощенное и бесплодное резонерство;
- искажение процессов обобщения с разноплановым подходом к выделению ведущих признаков;
- актуализация слабых и латентных признаков предметов и понятий;
- феномены патологического полисемантизма (многозначности), причудливости, несоответствия, выхолощенности ассоциаций, фрагментарности восприятия;
- своеобразные изменения внимания и умственной работоспособности, связанные с мотивационными расстройствами,
- нарушения критичности мышления, неправильная самооценка

Органический симптомокомплекс

- ▣ Преобладают изменения операциональной сферы мышления и процессов памяти по типу снижения интеллектуальных и мнестических возможностей, исследуемых в сочетании с относительной сохранностью личностно-мотивационной сферы мышления, достаточной адекватностью эмоциональных реакций.
- ▣ Отмечаются выраженная тенденция к образованию конкретно-ситуационных связей, обстоятельность суждений, снижения всех видов запоминания, замедленность, примитивность, стереотипность ассоциаций, нарушения умственной работоспособности с истощаемостью, лабильностью внимания, субъективной утомляемостью и колебаниями качества ответов по мере увеличения интеллектуальной нагрузки.
- ▣ Снижение критичности мышления при относительно верной самооценке.

Психопатический симптомокомплекс.

- ▣ Явления нарушений самооценки;
- ▣ Неадекватность уровня притязаний (чаще завышенный);
- ▣ Аффективная обусловленности поведения;
- ▣ Расстройства прогностической и регуляторной функций мышления со своеобразным эмоционально насыщенным рассуждательством (резонерством);
- ▣ Неустойчивость мотивации в процессе обобщения, выраженная аффективная логика суждений при затрагивании наиболее лично значимых тем;
- ▣ явления парциальной (частичной) некритичности при оценке своего противоправного поведения и ситуации.

Симптомокомплекс психогенной дезорганизации психической деятельности

- Характерные признаки специфической хаотичности, ненаправленность деятельности, своеобразные «искажения» процесса обобщения с выделением аффективно значимых признаков предметов, с аффективно обусловленными задержками, затруднениями, нарушениями в операциях опосредования, абстрагирования.
- Отмечается снижение уровня обобщений, чаще динамического характера (выделение конкретно-ситуационных признаков). Обнаруживаются затруднения при понимании логических связей событий, неспособность осмысления относительно несложных наглядно-образных ситуаций с искаженной переработкой сюжета, вытеснением эмоционально значимого (отрицательно окрашенного) компонента.
- Характерны также динамические нарушения конструктивных способностей («праксиса»), привычных навыков, памяти (всех ее видов — оперативной, кратковременной, отсроченной, механического и смыслового запоминания), сочетающиеся с трудностями переключения внимания, замедленным и неравномерным темпом психической деятельности.

Психологические особенности больных шизофренией

- Со времен Кречмера шизофрению было принято связывать с шизоидным складом личности, который в наиболее типичных случаях характеризуется интравертированностью, склонностью к абстрактному мышлению, эмоциональной холодностью и сдержанностью в проявлениях чувств в сочетании с одержимостью в осуществлении тех или иных доминирующих стремлений и увлечений.
- В настоящий момент выделяют и гипертимные и возбудимые типы личности, а также «образцовые» и дефицитарные личности.

- Мышление, речь и восприятие больных отличаются необычностью и парадоксальностью
- Отмечается особая диссоциация, характеризующая не только познавательную, но и всю психическую деятельность и поведение больных.
- Больные шизофренией могут выполнять сложные виды интеллектуальной деятельности, но часто испытывают затруднения при решении простых задач. Нередко парадоксальными являются также способы их действий, склонности и увлечения.

Сфера восприятия и мышления

- ▣ Разные свойства окружающего мира выделяются больными несколько иначе, чем здоровыми: они по-разному «акцентируются», что приводит к снижению эффективности и «экономичности» процесса восприятия. Однако при этом отмечается повышение «перцептивной точности» восприятия образа.

- Выявляется *тенденция к актуализации практически малозначимых признаков предметов и снижение уровня избирательности, обусловленной регулирующим влиянием прошлого опыта на мыслительную деятельность.*
- При этом указанная патология выступает особенно отчетливо в тех видах деятельности, реализация которых существенно детерминирована социальными факторами, т. е. предполагает опору на прошлый социальный опыт. В тех же видах деятельности, где роль социального опосредования незначительна, нарушений не обнаруживается.

- Деятельность больных шизофренией вследствие снижения социальной направленности и уровня социальной регуляции характеризуется ухудшением избирательности, но больные шизофренией в связи с этим могут получить в некоторых случаях «выигрыш», испытывая меньшие трудности, чем здоровые, при необходимости обнаружить «латентные» знания или открыть в предмете новые свойства. Однако «проигрыш» неизмеримо больше, так как в подавляющем большинстве повседневных ситуаций снижение избирательности уменьшает эффективность деятельности пациентов.
- Снижение избирательности составляет одновременно фундамент «оригинального» и необычного мышления и восприятия больных, позволяющего им рассматривать явления и предметы с разных сторон, сопоставлять несопоставимое, отойти от шаблонов. Имеется много фактов, подтверждающих наличие у лиц шизоидного круга и больных шизофренией особых способностей и склонностей, позволяющих им достигать успехов в отдельных областях творчества.

■ .

- В литературе существуют данные о сходстве «общего познавательного стиля» мышления и речи больных шизофренией и их родственников, в частности родителей [Lidz T., 1962; Wynne L. S., Singer M., 1965, 1972; Ciare D. D. et al., 1967; Shopler E., Loflin J., 1969].
- Данные, полученные Ю. Ф. Поляковым и соавт. (1983, 1991) при экспериментально-психологических исследованиях, проведенных в Научном центре психического здоровья РАМН, свидетельствуют о том, что среди родственников психически здоровых больных шизофренией имеется существенное накопление лиц с разной степенью выраженности аномалий

- ▣ В ряде последних работ некоторые психологические характеристики рассматриваются как факторы предрасположенности («уязвимости»), на основе которых вследствие стрессов могут возникать шизофренические эпизоды. В качестве таких факторов выделяют дефицит информационных процессов, дисфункцию внимания, нарушение коммуникативности и межперсонального функционирования, низкую академическую и социальную «компетенцию» [Walt N. J. et al., 1982; Ott S. L. et al., 1998].
- ▣ Выявленная у больных шизофренией особенность познавательной деятельности, заключающаяся в снижении избирательной актуализации знаний, не является следствием развития заболевания. Она формируется до манифестации последнего, предиспозиционно. Об этом свидетельствуют отсутствие прямой связи между выраженностью этой аномалии и основными показателями движения шизофренического процесса, в первую очередь его прогрессивностью.

- В ходе болезненного процесса изменяются характеристики познавательной деятельности: снижаются продуктивность и обобщенность мыслительной деятельности, контекстуальная обусловленность речевых процессов, распадается смысловая структура слов и т. д.
- Однако, снижение избирательности с прогрессивностью болезненного процесса не связана.

Психологическая структура шизофренического дефекта

Выделяют две тенденции:

- ▣ формирование парциального, или диссоциированного дефекта
- ▣ формирование тотального, или псевдоорганического дефекта

[Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф., 1991].

Парциальный или диссоциированный дефект

- ▣ Ведущий компонент - снижение потребностно-мотивационных характеристик социальной регуляции деятельности и поведения.
- ▣ Это приводит к снижению социальной направленности и активности личности, к дефициту общения, социальных эмоций, ограничивает опору на социальные нормативы и снижает уровень деятельности преимущественно в тех областях, которые требуют опоры на прошлый социальный опыт и социальные критерии.
- ▣ Уровень регуляции остается у этих больных достаточно высоким в тех видах деятельности и в ситуациях, где роль социального фактора относительно невелика. Это и создает картину диссоциации и парциальности проявления нарушений психической деятельности у этих больных.

Тотальный псевдоорганический дефект

- На первый план выступает снижение потребностно-мотивационного компонента всей психической активности, проявляющееся глобально и охватывающее все или большинство видов психической деятельности, что характеризует поведение больного в целом.
- Такой тотальный дефицит психической активности приводит в первую очередь к резкому снижению инициативы во всех сферах психической деятельности, сужению круга интересов, снижению уровня ее произвольной регуляции и творческой активности.
- Наряду с этим ухудшаются и формально-динамические показатели деятельности, снижается уровень обобщения.
- Это снижение не является следствием истощаемости, а обусловлено недостаточностью потребностно-мотивационных факторов в детерминации психической деятельности.

- В патопсихологических синдромах, характеризующих разные типы дефекта можно выделить и общие, и различные черты.
- Общей их чертой является снижение потребностно-мотивационных компонентов социальной регуляции психической деятельности. Эта недостаточность проявляется нарушениями основных составляющих ведущего компонента психологического синдрома: в снижении уровня общения социальных эмоций, уровня самосознания, избирательности познавательной деятельности. Наиболее выражены эти особенности при дефекте парциального типа — возникает своеобразная диссоциация нарушений психической деятельности.
- Ведущим компонентом второго типа дефекта, псевдоорганического, является нарушение потребностно-мотивационных характеристик психической активности, приводящее к тотальному снижению преимущественно всех видов и параметров психической деятельности.

- Прослеживается тесная связь негативных изменений, характеризующих парциальный дефект, с конституционально обусловленными, преморбидными личностными особенностями. В течение болезненного процесса эти особенности видоизменяются: часть из них еще более углубляется, а некоторые сглаживаются. Не случайно, что у ряда авторов этот тип дефекта получил название дефекта шизоидной структуры. В формировании второго типа дефекта с преобладанием псевдоорганических расстройств наряду с влиянием конституциональных факторов выявляется более выраженная связь с факторами движения болезненного процесса, в первую очередь с его прогрессивностью.

- Анализ шизофренического дефекта с позиций патопсихологического синдрома позволяет обосновать главные принципы коррекционных воздействий в целях социально-трудовой адаптации и реабилитации больных, согласно которым недостаточность одних компонентов синдрома частично восполняется за счет других, относительно более сохранных.
- Так, дефицит эмоциональной и социальной регуляции деятельности и поведения может в определенной степени компенсироваться сознательным путем на основе произвольной и волевой регуляции деятельности.
- Дефицит потребностно-мотивационных характеристик общения может быть в какой-то мере преодолен включением больных в специально организованную совместную деятельность с четко обозначенной целью. Мотивирующая стимуляция, применяемая в этих условиях, не апеллирует непосредственно к чувствам больного, а предполагает осознание необходимости ориентировки на партнера, без которой задача вообще не может быть решена, т. е. компенсация достигается в этих случаях также за счет интеллектуальных и волевых усилий больного. Одной из задач коррекции является обобщение и закрепление положительных мотиваций, создаваемых в конкретных ситуациях, способствующих их переходу в устойчивые личностные характеристики.

МОТИВАЦИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА

- ▣ Проблема мотивации – это проблема объяснения поведения.
- ▣ От мотивации зависит, как и с каком направлении будут использованы различные функциональные способности субъекта.
- ▣ Мотивацией также объясняется выбор между различными возможными действиями, между различными вариантами восприятия и возможными содержаниями мышления,
- ▣ Мотивацией объясняется интенсивность и упорство в осуществлении выбранного действия и достижении его результатов.
- ▣ Понятие мотивации включает в себя также и контроль за исполнением и результатом.

- Мотивация - «это когниции, которые подготавливают действия, в особенности желания или намерения совершить действие» (Куль и Хекхаузен)
- Следует различать намерения и желания. Намерение совершить действие от желания отличается более высокой степенью субъективной обязательности («мне бы хотелось» и «я хочу») и наличием представлений о цели и действии.
- Намерения - мотивация, лежащая в основе выполнения какого-либо действия или «воля».
- Воля - это мотивация к реализации.
- Желание же больше рассматривается, как мотивация, лежащая в основе выбора между альтернативными действиями.

- Начиная с появления психоанализа, мы знаем, что мотивация зачастую не выражается в развернутых когнитивных процессах выбора, а может быть неосознаваемой и выражаться в запуске определенных поведенческих программ без участия сознания. Поэтому в настоящее время существует различие декларативной и процедурной мотивации.
- Употребляется также и понятие метамотивации. Это мотивация более высокого порядка, которая управляет самими мотивационными процессами.

Варианты патологий влечений и мотивов деятельности.

1. Угнетение или редукция

- ▣ *Анорексия* – резкое угнетение пищевого инстинкта.
- ▣ *Снижение либидо* – угнетение полового влечения.
- ▣ *Гипобулия* – снижение интенсивности и уменьшение количества побуждений к деятельности, сопровождающееся регрессом мотивов. Крайняя степень – *абулия* (отсутствуют и мотивы и побуждения к деятельности).

2. Усиление влечений и мотивов деятельности.

- ▣ *Булимия* – усиление пищевого инстинкта.
- ▣ *Гиперсексуальность* – резкое усиление полового влечения, приобретающего характер доминирующего мотива.
- ▣ *Гипербулия* – патологическое увеличение интенсивности и количества побуждений и мотивов деятельности.

Варианты гипербулии

- **эйфорическая** – характеризуется наличием цели и принятием решения, но не продуктивна из-за повышенной отвлекаемости и лабильности мыслительным и волевым процессам – наблюдается при маниакальном синдроме.
- **психопатическая** (конституционально-личностная) – отличается полимотивностью деятельности, быстро возникающими побуждениями, диктуемых сиюминутным эмоциональным состоянием. Эти действия аффективно-непоследовательны, не сопровождаются предварительным глубоким обдумыванием и прогнозированием, быстро угасают.
- **дементно-эгоцентрическая** – при регрессе личности, когда мотивация деятельности переходит на утилитарно-эгоистический и гедонистический уровень с эгоцентрической направленностью поступков – синдромы изменения личности по эпилептическому типу, при психоорганическом синдроме.
- **дементно-асемическая** – суетливая псевдоделовитость, при отсутствии способности к логическому осмыслению побуждений и мотивов деятельности, и сочетается с явлениями апраксии и другими симптомами выпадения высших корковых функций – деменции пресенильного и сенильного возраста.

3. Извращения влечений, побуждений, мотивов

- ▣ *Навязчивые влечения* – побуждения к деятельности появляются помимо воли, не отражают его интересы и ситуацию, сопровождаются борьбой мотивов, сохранением критического отношения к ним. Обычно они не реализуются в поступках, т.к. существует волевой контроль над действиями.

Наблюдаются при невротических и психопатических синдромах.

- ▣ *Компульсивные влечения* – побуждения к деятельности возникают подобно витальным влечениям, таким как голод, жажда, половое влечение. Они диктуются психофизическим дискомфортом и принимают характер доминирующего мотива деятельности. Критическое отношение к этому влечению сочетается с невозможностью борьбы с ним. Все поступки направлены на его реализацию.

Характерны для синдромов зависимости и некоторых психопатических синдромов.

- ▣ *Импульсивные влечения* – возникают остро, безмотивно. Напоминают пароксизм. Сознание полностью подчинено реализации влечения. Наблюдается суженность сознания и последующая фрагментарность воспоминания. После реализации влечения возникает психическое истощение, общая релаксация в сочетании с успокоением и удовлетворением.

Может наблюдаться в кататоническом возбуждении.

МОТИВАЦИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА И КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Фобические расстройства

- Испытывается чувство страха перед определенным объектом (или определенными ситуациями или событиями). Поэтому данный объект имеет эмоциональную негативную значимость. Это непосредственно приводит к мотивации избегания объекта или ситуации.
- Если объект точно локализован в пространстве (площади, скопления большого числа людей, некоторые виды животных и т. п.), то зачастую возникают (реалистичные) ожидания, что вызывающий тревогу объект можно избежать целиком и полностью, только если остаться дома или идти заранее определенной дорогой.
- Таким образом, мотивация избегания вступает в конфликт с позитивной мотивацией других различных видов, которая может быть реализована только, например, вне дома. В результате появляются мотивационные конфликты (точнее: конфликты желаний совершить действие) между приближением и избеганием. Подобные конфликты типичны также и для фобий, которые направлены на определенные категории событий (например, экзамены при экзаменационной фобии; встречи с другими людьми при социофобии). Зачастую таких событий в равной степени боятся и стремятся к ним из-за их желаемых результатов.
- При сильно выраженной фобии избегание таких конфликтов преобладает. Как следствие, появляется приносящее вред самому индивиду поведение избегания, которое ставит под угрозу выполнение повседневных и профессиональных обязанностей, нарушает социальные отношения. Одновременным следствием является недостаток реалистичного опыта взаимодействия с соответствующими объектами, вызывающими страх. Это ведет к сохранению тревоги и лежащих в ее основе негативных убеждений.

Навязчивые расстройства

- ▣ Предполагается, что навязчивое поведение зачастую является мотивированным и в его основе лежат определенные цели (хотя они и не являются сознательными). Достаточно понятным представляется только мотивационный механизм навязчивых способов поведения, приводящих к редукации тревожного напряжения. В основе лежит, с актуально генетической точки зрения, страх перед нежелательным событием (например, страх перед заражением). Этот страх, будучи достаточно интенсивным, ведет к желанию любой ценой и полностью избежать соответствующего события. Однако, как правило, именно таких событий, которых боятся лица с навязчивыми расстройствами, не всегда можно избежать. В соответствии с этим страх перед заражением не исчезает, даже несмотря на тысячи социальных ситуаций, не приведших к заражению, но подкрепляется за счет одной-единственной гриппозной инфекции. В результате соответствующие желания действий переводятся в намерения с недостаточно уточненными компонентами цели, т. е. в намерения с недостаточной спецификацией условий, которые должны быть в наличии, чтобы цель была воспринята как достаточная и действие могло быть завершено.
- ▣ Такие намерения можно удовлетворить только с помощью все время существующего или постоянно повторяющегося поведения (например, беспрестанное мытье рук или принятие душа), что является типичным навязчивым поведением. В неблагоприятном случае за такой избыточностью действий следует недостаточность во всех других основных поведенческих сферах. Более того, необходимо признать, что такой мотивационный механизм становится привычным и на процедурной основе, в конце концов, начинает протекать нерелективно. Этим можно также объяснить и трудности, возникающие при интервенции.

Депрессивные расстройства

- Сниженная мотивация и следующий за ней недостаток действий относятся к основным симптомам депрессии. При этом дефицит действий может основываться на нарушениях любой фазы мотивационного процесса.
- а) Так как депрессия характеризуется чрезмерной тоской и недостатком позитивных эмоций, то, как правило, она сопровождается также и избытком негативной и/или недостатком позитивной значимости действий. Такая картина обычно дополняется негативными ожиданиями действий и будущих событий (Веск, 1967), а также устойчивыми нереалистичными, невыполнимыми прежними намерениями. Поэтому во многих случаях не осуществляется даже фаза активизации нового мотивационного процесса.
- б) Даже если начинает протекать новый мотивационный процесс, то при депрессии во всех его фазах типичной является чрезмерная фиксация на актуальном положении вещей, т. е. длительные размышления перед формированием решения.
- в) Решающей здесь может быть существующая негативная значимость действия и конфликт приближения – избегания, а также негативная метамотивация. Если, несмотря на эти проблемы, намерение возникает, то зачастую его перевод в конкретные действия будет нарушен вследствие недостаточной в депрессивном состоянии способности к концентрации внимания. Такое нарушение состоит в том, что действия либо вовсе не начинаются, либо неинтенсивны и не проводятся планомерно.
- г) В результате достижение важных жизненных целей затрудняется, отсутствуют подкрепляющие стимулы. Тем самым подтверждаются негативная значимость и ожидания и индивид попадает в замкнутый круг негативной, дефицитарной мотивации.
- Депрессивные эмоции (тоска, тревога и пр.), замкнутый круг дефицитарной мотивации и вытекающее из этого отсутствие позитивных жизненных событий могут все вместе вызвать «тяжесть страдания», которая, в свою очередь, может стать мотивом для попытки изменить депрессивное состояние (вторичная мотивация контроля над эмоциями, мотивацией и действием).
Если человек осознает, что иного пути изменения ситуации не существует, то может в качестве чрезвычайного следствия мотивации к преодолению депрессии совершить самоубийство или попытку самоубийства.

Шизофрения

- Так же как когнитивные и эмоциональные расстройства, мотивационные расстройства могут принимать при шизофрении достаточно разнообразные формы. При *гебефренической* шизофрении (дезорганизованный тип шизофрении по *DSM-1У*) может возникнуть весьма значительный недостаток мотивации и действий. Причиной этому является, предположительно, общее эмоциональное уплощение и утрата значимости. С другой стороны, существуют также стереотипные, ритуально повторяющиеся способы поведения, а также быстрая смена различных способов поведения (например, смех сменяется тоскливым выражением лица). Если действия и осуществляются с определенным намерением, то они малокогерентны, малоустойчивы и по большей части нереалистичны, т. е. не ведут к достижению цели. Важнейшей причиной этого является общая недостаточная когерентность мышления, которая усложняет формирование рефлексивных, адекватных реальности мотивов и действий. При отсутствии соответствующего лечения болезнь можно непоправимо запустить. Это справедливо также и для кататонической шизофрении. С точки зрения психологии мотивации несколько лучше обстоит дело с паттернами мотивации и действий при параноидной шизофрении. Систематизированный бред, такой как мания преследования и ревности, вызывает страх и/или злость, которые, в свою очередь, приводят к ориентированному на избегание поведению в виде отступления и/или враждебному социальному поведению.

Расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ

- Вопреки некоторым традиционным точкам зрения расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, являются в основном мотивационными расстройствами и расстройствами действий. Они заключаются в чрезмерной мотивации и чрезмерных действиях, которые чаще всего направлены на прием определенного вещества или на последствия этого приема. При этом мотивами могут служить следующие пункты.
- А) *Эмоции, индуцированные приемом веществ* (например, алкоголь расслабляет и вызывает положительные эмоции).
- Б) *Процедура приема*, которая дает возможность отвлечься от стрессовых ситуаций.
- В) *Социальное признание* как следствие употребления вещества (например, у подростков, если их статус в группе зависит от употребления никотина, алкоголя или других психоактивных веществ).
- Г) *Улучшенное выполнение поведения* (например, более компетентное социальное поведение) за счет редукации торможения и появления позитивных эмоций (с точки зрения теории мотивации здесь речь идет прежде всего о разрешении конфликтов приближения — избегания за счет редукации, обусловленной тревогой мотивации избегания).
- Д) *Повышение самооценки* как следствие положительных эмоций, вызванных употреблением психоактивных веществ, а также как следствие вытекающего из этого социального признания и улучшенного выполнения поведения.
- Е) *Избегание абстинентных явлений* (если возникла физическая зависимость).
- Таким образом, существует большое количество возможных причин стать наркоманом после приема определенных веществ, поэтому неудивительна высокая частота расстройств, вызванных их употреблением. В зависимости от тяжести влечения возникают весьма негативные воздействия на другие мотивационные и поведенческие системы. Они состоят, с одной стороны, в том, что средства для удовлетворения мотивов влечения могут быть получены только за счет эксцессов в других областях (например, криминальности). С другой стороны, они состоят в том, что поведение, обусловленное влечением, и вызывающая его система мотивации по степени зависимости могут привести к существенной, вредящей самому индивиду редукации всех без исключения других мотивационных и поведенческих сфер. Например, лица с тяжелой зависимостью от алкоголя и героина полностью разрушают свою профессиональную и социальную жизнь.