

Основные разделы клинической психологии



Патопсихология

Патопсихология (от греч. pathos — страдание, болезнь) — ветвь клинической психологии, изучающая закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме.

Основатель отечественной патопсихологии — Зейгарник — ученица Левина, всемирно известного немецкого психолога. Ею были разработаны теоретические основы патопсихологии, описаны расстройства психических процессов, сформулированы принципы работы патопсихолога. Научная и практическая деятельность продолжена учениками и последователями: Поляковым, С. Я. Рубинштейн, Соколовой, Спиваковской, Николаевой, Тхостовым, Братусь и др.



В патопсихологии в определении нормы и психического здоровья обычно придерживаются положения Всемирной организации здравоохранения, под нормой понимают «... не только отсутствие болезней, но состояние физического, социального и психического благополучия».

В патопсихологии получили развитие представления о патопсихологических синдромах нарушений познавательной, мотивационно-волевой и личностной сферы при психических заболеваниях (Поляков, Кудрявцев, Блейхер и др.).

По Корсаковой, «клинико-психологический синдром» — это закономерно возникающее сочетание симптомов нарушения познавательных процессов или личности, в основе которого лежит вызванная болезненным процессом недостаточность объединяющего их звена в системно-структурном строении психики.

Клинико-психологический синдром автор рассматривает в рамках двух подходов — патопсихологического и нейропсихологического.

В патопсихологии центральное место занимает поиск общего звена нарушения высших психических функций, лежащего в основе развития отдельных симптомов* при реализации функций.

Симптом- это отдельный признак заболевания.

Синдром-это закономерная связь симптомов.

Из ряда психопатологических синдромов наибольшее значение в клинике (Блейхер, Крук) имеют следующие:

- шизофренический, или диссоциативный симптомокомплекс (F20-F29) — складывается из таких личностно-мотивационных расстройств, как изменение структуры иерархии мотивов, нарушение целенаправленности мышления (резонерство, разноплановость и др.); эмоционально-волевых расстройств (уплощение и диссоциация эмоций, парабулии и др.), изменения самооценки и самосознания (аутизм, отчужденность и др.);

Ядро – нарушение личностно-мотивационной (эмоционально-волевой) сферы!

Заболевания: шизофрения, шизоаффективные расстройства (вариант МДП), шизотипическое и шизоидное расстройство личности.

-психопатический (лично-аномальный) симптомокомплекс (F60-F69) — складывается из эмоционально-волевых расстройств, изменения структуры иерархии мотивов, неадекватности уровня притязаний и самооценки, нарушений мышления кататимного типа, нарушений прогнозирования и опоры на прошлый опыт (в клинике — акцентуированные и психопатические личности и обусловленные в значительной мере аномальной почвой психогенные реакции) (F43);

Ядро – аффективная обусловленность поведения, нарушение регуляции и подконтрольности поведения (ТРИАДА ГАННУШКИНА!).

— органические (экзо- и эндогенный) (F00-F09) симптомокомплексы — складываются из симптомов снижения интеллекта, распада системы прежних знаний и опыта, нарушений памяти, внимания, операциональной стороны мышления; неустойчивости эмоций; снижения критических способностей (в клинике этому соответствуют экзогенно-органические поражения головного мозга — церебральный атеросклероз (I67.2); последствия черепно-мозговых травм (F06); токсикомании (F13-F19) и другие болезни, а также «эндогенно-органические» расстройства типа истинной эпилепсии (G40), первичных атрофических процессов в головном мозге (G31);

Ядро – снижение интеллектуальных процессов и умственной работоспособности, истощаемость.

— олигофренический симптомокомплекс (F70-F79) — складывается из неспособности к обучению, формированию понятий, абстрагированию, дефицита общих сведений и знаний, примитивности и конкретности мышления, повышенной внушаемости и эмоциональных расстройств.

Ядро – сниженная способность к обучению, тотальный характер нарушений ВСЕХ психических функций.

Олигофренический ППС

Поведение:

- внешний облик отмечен дизонтогенетическими признаками (психофизический инфантилизм).
- ослабление мимической экспрессии, угловатость и несформированность тонких двигательных навыков.
- речевые нарушения, затруднения при усвоении инструкций и понимания смысла заданий.
- работоспособность низкая, выраженная истощаемость, снижение психомоторного темпа.
- рабочий мотив не формируется, преобладает ведомость, заинтересованность в результатах мала. Низкая обучаемость в эксперименте.

Речь (дефекты произношения, косноязычие, низкое развитие фонематического слуха, словарный запас мал, фразы односложные).

Внимание: недоразвитие активного (произвольного) внимания,

- сужение объема,
- нарушена переключаемость,
- истощаемость внимания.

Память:

- непосредственная память более развита, чем опосредованная.
- запоминание замедленно, нарушено воспроизведение.
- новый материал усваивается с трудом, быстро забывается.

Мышление:

- нарушение операциональной стороны: снижение уровня обобщения.
- нарушение динамики мышления: инертность.
- ослабление мотивационного компонента: слабость регулирующей роли мышления, нарушения критичности, общие понятия усваиваются с трудом.

Эмоциональная сфера:

- незрелость и недифференцированность эмоций, тонкие оттенки чувств недоступны.
- высшие чувства слабо развиты и осознание эмоций ограничено.

Мотивационная сфера:

- низкий уровень мотивационной активности, слабость целеполагания,
- несформированность социально направленных мотивов (эгоцентризм),
- высокая внушаемость.

Симптомокомплекс не ставят на основании моносимптомов!!! Признаки должны быть наблюдаемы в:

- Поведение
- Контакт
- Общая работоспособность
- Внимание
- Память
- Мышление
- Социальная адаптация

Особенности и задачи патопсихологического исследования

Патопсихологический эксперимент представляет собой тип психологического эксперимента, заключающийся в искусственном создании условий, выявляющих патологические особенности психической деятельности человека. Для него характерен учет психических процессов в строго определенных условиях и возможность заранее планируемых изменений.

Основные разделы работы психолога определяются его участием в:

- решению задач дифференциальной диагностики;
- оценке структуры и степени нервно-психических расстройств;
- диагностике психического развития и выборе путей общеобразовательного и трудового обучения и переобучения;
- исследовании личности, социальной среды и социальных позиций больного в целях получения данных для функционального диагноза;
- оценке динамики нервно-психических нарушений и учете эффективности терапии;
- экспертной работе;
- психокоррекционной работе.

Методы патопсихологического исследования в клинике. Диагностическое исследование состоит в том, что больному предъявляются задание или ряд заданий, специально подобранных и имеющих прицельную направленность, а процесс и результаты их выполнения, рассматриваемые с учетом отношения испытуемого к исследованию, его реакций, комментариев, словесного отчета и т. п., используются для заключения о тех или иных характеристиках его психической деятельности.

При выборе психологических методов необходимо учитывать следующее:

1. Если целью исследования является дифференциальная диагностика (в зависимости от предполагаемых заболеваний), определение глубины психического дефекта, изучение эффективности терапии, то выбор методов определяется особенностями предполагаемого нарушения. Для многократных исследований в ходе лечения избирают методы, располагающие значительным количеством равных по трудности вариантов заданий.
2. Важно принимать во внимание образование больного и его жизненный опыт. Например, недостаточно грамотному испытуемому не следует давать задания по методу образования сложных аналогий.
3. Следует учитывать особенности контакта с больным. Так, при обследовании больных с нарушением деятельности слухового анализатора используют задания, рассчитанные на зрительное восприятие.

Порядок проведения патопсихологического исследования.

1. Изучение истории болезни, беседа с врачом и конкретизация задачи исследования.
2. Проведение патопсихологического исследования. Длительность непрерывного патопсихологического исследования не должна превышать 2 ч, а при повышенной утомляемости больных, особенно пожилого и старческого возраста — 30-40 мин. Обычно в целом психологическое обследование требует в среднем 3,5-4 ч. Поэтому его приходится проводить в течение 2, а иногда 3-4 дней.

3. Обработка и анализ данных патопсихологического исследования
4. Описание результатов, заключение по психологическому исследованию, пределы компетенции психолога.