

1. Предмет и объект патопсихологии. Представления о клиническом методе.

Предметом патопсихологии является специфика нарушений психической деятельности и структуры личности при различных психических заболеваниях. Объектом патопсихологии являются расстройства психики.

Клинический метод в психологии - более или менее длительное изучение личности, включающее в себя как наблюдение, так и применение других, в частности экспериментальных, методик с целью более углублённого исследования различных сторон личности и постановки психологического диагноза. Клинический метод в психологии применяется при изучении как психически здоровых людей (для исследования закономерностей развития личности), так и в случаях различных нарушений психических процессов.

При изучении здорового человека клинический метод чаще всего применяется для исследования закономерностей развития психических процессов в детском возрасте.

Обычно при изучении больной психики клинический метод применяется в системе комплексного исследования, когда наряду с изучением анамнестических данных и клиническим наблюдением включаются неврологические и физиологические исследования. При таком комплексном исследовании К. м. выступает не только как существенное средство дифференциальной диагностики нарушений психической деятельности, но и как способ контроля за ходом развития коррекционной или компенсаторно-восстановительной работы, а также для выявления наиболее эффективных методов и приёмов такой работы.

Экспериментально-психология. методики, применяемые при использовании клинического метода, можно разделить на несколько групп: методики, направленные на изучение состояния слухового, зрительного, кинестетического и двигательного анализа и синтеза, нарушения которых могут быть вызваны поражением того или иного отдела мозга; эти методики дают исходные ориентировочные данные для дальнейшего изучения, которое включает в себя: методики, направленные на анализ познавательной деятельности (восприятие, представления, память, мышление, речь, внимание), методики изучения эмоционально-волевой сферы. Наиболее разработаны методики исследования познавательной деятельности (воспроизведение рассказов, объяснение сюжетных картин, классификация предметов, выделение существенных признаков понятий и др.).

Таким образом клинический метод предполагает индивидуализированный подход к выбору методик исследования в зависимости от особенностей изучаемого лица и получаемых результатов.

2. Проблема соотношения «нормы и патологии» в патопсихологии.

Проблема психической нормы была и остаётся дискуссионной не только для патопсихологии, но и для смежных с ней отраслей, в том числе и медицины. Так, в своём фундаментальном труде «Клиническая психология» А.Б. Холмогорова выделяет основополагающие принципы, на которые необходимо опираться при оценке психической нормы и патологии:

1) принцип культурного происхождения, развития и опосредованного системного строения высших психических функций человека. Согласно данному принципу, главным параметром развития высших психических функций являются осознанность, произвольность, опосредованность, системность;

2) принцип общественной детерминации индивидуального сознания и активности личности, согласно которому развитие сознания индивида социально детерминировано, а его активность основная движущая сила;

3) принцип единства сознания и деятельности гласит – сознание формируется посредством деятельности, но в то же время влияет и регулирует деятельность;

4) принцип самодвижения деятельности. Причины трансформаций психической деятельности заложены в ней самой. Новые мотивы, новые формы активности и поведения возникают в результате того, что цели, подчинённые определённым мотивам, начинают обладать самостоятельной побудительной силой;

5) принцип целостности и единства биологического, психологического и социального в психике человека, согласно которому психика и сознание человека являются социальными явлениями, а биологический аспект представляет собой лишь условия, в которых они формируются;

6) принцип единства аффекта и интеллекта основывается на понимании того, что единство аффекта и интеллекта есть динамический процесс: в онтогенезе аффект и интеллект меняются местами, аффект становится подчинённым сознанию;

7) принцип неравномерности развития и ведущей роли обучения в развитии, согласно которому психические функции в своём развитии характеризуются неравномерностью и гетерохронностью;

8) принцип исторического анализа личности. Этот принцип выражается в необходимости анализа жизненного пути и опыта человека для понимания его актуального состояния, его психологических проблем и той системы ценностей, которая у человека сформировалась.

По мнению А.Б. Холмогоровой, психическая норма или здоровая личность – это «активный субъект собственной деятельности с разветвлённой иерархизированной мотивационной сферой, развитой способностью к опосредованию (рефлексивной регуляции психических процессов и поведения) и установлению глубоких эмоциональных контактов с другими людьми».

Психическая норма определяется основоположником детской медицинской психологии Д.Н. Исаевым как «индивидуальная динамическая совокупность психических (индивидуально-социально-психологических) свойств конкретного человека, которая позволяет ему адекватно своему возрасту, полу и социальному положению познать окружающую действительность, адаптироваться к ней и выполнить свои биологические и социальные функции соответственно возникающим личным и общественным потребностям, общепринятой морали». Автор подчёркивает важность оценки психической нормы для детской патопсихологии, указывая на ряд причин:

- 1. В процессе развития постоянно меняются функциональные возможности детской психики, следовательно, требуется диагностика с учётом возрастной динамики.**
- 2. В связи с лабильностью детской психики всякая оценка должна производиться с учётом возможных отрицательных внешних воздействий, которые способны исказить истинное психическое состояние.**
- 3. Психическая норма развивающейся личности зависит и от кризисов, возникающих в процессе её формирования.**
- 4. От оценки соответствия психики ребёнка норме зависит его будущая судьба, так как диагностика определяет его интеллектуальный потенциал, условия и программу обучения.**

3. Основные модели «нормы и патологии» в патопсихологии.

Выделяют четыре типа моделей психической нормы и патологии:

1. Биологическая модель. К биологическим моделям, объясняющим сложные психические явления материальными процессами в структурах головного мозга, относят: соматические, в том числе инфекционные, неврологическую или локализованную, эндогенную, биохимическую, генетическую.

2. Психологическая модель. К психологическим моделям психических заболеваний, рассматривающим психологические механизмы их развития, относятся: психоаналитическая модель З. Фрейда, модель научения Дж. Уотсона.

3. Социальная модель. Разновидностью социальных моделей психической нормы и патологии является статистическая модель, определяющая норму как величину внутри определённой области значений характеристик переживаний и поведения человека. Значительные отклонения от этих показателей рассматриваются как патология. Статистические критерии являются важными, хотя и недостаточными, аргументами для установления наличия психического расстройства.

4. Биопсихосоциальная модель. В настоящее время в науках, изучающих психическую норму и патологию (психиатрия, клиническая психология), на смену приданию особой роли изолированно биологическим, психологическим, социальным факторам пришло осознание необходимости целостного подхода к проблеме психических расстройств, были сформулированы биопсихосоциальные модели, которые являются базовыми для изучения нормы и патологии. Многие современные биопсихосоциальные модели опираются на теорию стресса как основу для системного объединения различных факторов. Это синтетические модели, получившие название диатез-стрессовых. В их рамках выделяются факторы, предрасполагающие к болезни (факторы "диатеза" или уязвимости, риска), и факторы, провоцирующие болезнь (факторы-стрессоры).

4. Основы патопсихологического эксперимента. Патопсихологическое заключение.

Патопсихологический эксперимент — искусственное создание условий, выявляющих те или иные особенности психической деятельности человека в ее патологии. Для такого эксперимента характерно вызывание психических процессов в строго определённых условиях, учитываемых исследователем, и возможность изменения течения этих процессов по заранее намеченному плану.

Принципы организации:

- 1) эксперимент должен моделировать психическую деятельность, осуществляемую человеком в труде, учёбе, общении; -В эксперименте необходимо обнаружить структуру не только нарушенных, но и оставшихся сохранными форм психической деятельности;**
- 2) построение экспериментальных приёмов должно учитывать возможность поиска решений самим больным, а также позволять патопсихологу вмешиваться в деятельность больного для выяснения того, как больной воспринимает помощь экспериментатора и может ли ею воспользоваться;**
- 3) экспериментально-психологические приёмы следует направить на раскрытие качественной характеристики психических нарушений;**
- 4) результаты экспериментально-психологического исследования нужно точно и объективно фиксировать.**

Порядок проведения:

- 1. Изучение истории болезни и уточнение задач. Выделяют субъективный и объективный анамнез.**
- 2. Подбор методик исследования.**
- 3. Предварительная клиническая беседа (оценка ориентации в личности, времени, пространства; мотивирование на дальнейшую диагностику).**
- 4. Исследование.**
- 5. Обработка и анализ результатов.**
- 6. Заключение (описываются общее поведение, особенности поддержания зрительного контакта, результаты методик, обобщенный вывод - психологический диагноз).**

По вопросу о форме заключения С.Я. Рубинштейн писала, что «подобно тому, как нет, и не может быть стереотипного построения исследования, стереотипного подбора методик, не может быть и стандарта в составлении заключения».

Однако общая схема такого заключения может быть примерно такова:

1. Паспортная часть.

2. Краткая характеристика условий обследования.

3. Предположительный или верифицированный диагноз.

4. Характер запроса, по поводу которого проводится исследование (причина исследования, гипотеза исследования).

5. Анамнестические и биографические данные, полученные главным образом от самого больного. В отношении детей это понятие расширяется и начинает включать историю развития ребёнка (условия развития, способность к научению, соответствие имеющихся знаний и навыков возрасту и т.п.), вмещающую в себя и историю болезни).

6. Описание актуальных жалоб больного и/или лиц, его сопровождающих, опекающих (жалоб, связанных с психическими функциями, а не с соматическим здоровьем).

7. Перечень отобранных для исследования методик и показателей (шкал), ключевых для понимания механизмов предположительного расстройства.

8. Описание того, как больной работал с методиками (отношение к проводимому обследованию, сотрудничество с экспериментатором, понимание инструкций к методикам, поведение при исполнении различных проб, отношение к совершаемым ошибкам, восприимчивость к помощи, наличие установочного поведения и т.п.).

9. Описание экспериментальных данных (качественное, сопровождаемое примерами, а в зависимости от направленности исследования - с приведением количественных - табличных, графических или избранных показателей), отвечающих на вопрос клинициста: характеристика диагностированных нарушений и констатация сохранных элементов (результаты клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования). Традиционными сферами описания здесь являются:

- способность ориентироваться в пространстве, времени, в себе и в ситуации; отношение больного к имеющимся у него расстройствам;
- состояние основных сенсорно-перцептивных функций или их особенности, которые могут наложить отпечаток на выполнение психодиагностических проб;
- синдромами недоразвития интеллекта (олигофренией) или снижения (утраты) интеллекта (деменцией).особенности эмоциональной и мотивационной сфер;
- характеристика произвольного волевого регулирования, наличие признаков истощаемости;
- нарушения со стороны мнестических процессов и внимания;
- нарушения процессов мышления и особенности речи, их реализация в коммуникативной сфере;
- при необходимости — интегральная оценка интеллекта и его соответствие возрасту испытуемого (для детей); специфика моторики, как общей, так и мелкой; динамический праксис;
- специальное указание на степень сохранности компонентов соответствующих функций;
- для подростков (желательно) — их принадлежность к тому или иному типу акцентуации;
- сопоставление экспериментальных данных с историей жизни испытуемого;
- краткое резюме с указанием основного нарушения и описанием выявленного патопсихологического синдрома, индивидуального своеобразия, прогноза возможного развития, а также обращением внимания на противоречивость результатов по различным пробам (если таковая обнаружилась).

В отношении детей Н.Ю. Максимова и Е.Л. Милютина рекомендуют включать в резюме и следующие пункты:

- 1) дифференцирующие нарушения психической деятельности самого ребёнка от последствий влияния неблагоприятной микросоциальной ситуации развития;
- 2) указывающие на преобладающий тип нарушения и характер его механизмов (ретардация, асинхрония и т. д.);
- 3) указывающие на необходимость вмешательства в выявленные в качестве психологического диагноза феномены;
- 4) рекомендующие, кем и на каком уровне может быть проведена коррекция нарушений развития ребёнка.

Вся информация, связанная с проведением патопсихологического обследования, протоколируется, причём объём, качество и логика записей в протоколе должны позволять любому заинтересованному лицу по прошествии времени легко возвращаться к полученной информации и видеть аргументированность сделанного окончательного заключения. По существу, содержательная часть заключения представляет собой развёрнутый функциональный диагноз данного испытуемого или больного человека.

5. Ощущение. Нарушение ощущений.

Самым простейшим психическим процессом, с которого начинается познание человеком окружающего мира, является ощущение. В эволюции живых существ ощущения возникли на основе первичной раздражимости, представляющей собой свойство живой материи избирательно реагировать на биологически значимые изменения среды обитания. В последующем эти функции взяла на себя нервная система.

Ощущение – это психический процесс отражения единичных свойств предметов и явлений при их непосредственном воздействии на органы чувств.

Нарушения ощущений весьма многочисленны. Однако в большинстве случаев, все наблюдаемые психические расстройства ощущений можно отнести к одной из трёх главных групп:

1. Гиперестезии. Гиперестезия – это повышенная чувствительность к реальным обычным или даже слабым воздействиям. В этих случаях как внешние, так и интеро и проприоцептивные раздражители вызывают чрезвычайно интенсивную реакцию в связи с резким уменьшением нижних абсолютных порогов ощущений.

2. Гипестезии. Гипестезия – это пониженная чувствительность к реальным раздражителям, повышение нижних абсолютных порогов ощущений. В этом случае больной почти не реагирует на укол, на ползающую по лицу муху и т.п. Пониженная чувствительность к температурным раздражителям может приводить к несчастным случаям — ожогам и обморожениям. В крайних случаях гипестезии анализатор полностью не способен отвечать на раздражение, и это явление носит название анестезии. Анестезия обычно бывает при полном анатомическом перерыве одного из периферических нервных стволов или разрушении центрального отдела анализатора. Потеря чувствительности обычно распространяется на тактильную, болевую и температурную чувствительность (тотальная анестезия) или только на отдельные ее виды (парциальная анестезия).

3. Парестезии. Парестезии связаны с качественными изменениями (извращением) информации, поступающей с рецептора в корковый отдел анализатора. При нарушениях проводимости по нерву появляются ощущения "ползания мурашек", стягивания кожи, покалывания, жжения (это своеобразные колебания модальности ощущения).

Близки к парестезиям и сенестопатии, но они занимают промежуточное положение с висцеральными галлюцинациями, т.к. ещё менее связаны с каким-либо реальным раздражением периферического отдела анализатора. Сенестопатии — неопределённые, часто мигрирующие, весьма неприятные и тягостные ощущения, которые проецируются внутрь тела (внутрь телесного "Я"): сжимание и растягивание, перекачивание и дрожание и пр. Парестезии никогда не имеют чёткой локализации.

6. Восприятие. Нарушение восприятия.

Восприятие — психический процесс отражения предмета или явления в целом, в совокупности его свойств и частей.

Также как и ощущение, восприятие возникает при непосредственном воздействии объектов внешнего мира в данный момент на органы чувств, но при этом восприятие не сводится к простой сумме отдельных ощущений, а представляет собой качественно новую ступень чувственного познания. В восприятии происходит упорядочение и объединение отдельных ощущений одной и разной модальности в целостные образы вещей и событий, с которыми в дальнейшем оперируют внимание, память, мышление, эмоции. Ощущения человек всегда приписывает себе, т.е. они находятся в нас самих, а воспринимаемые же свойства предметов, их образы локализованы в пространстве.

Восприятие предполагает участие в создании образа окружающих объектов не только ощущений, но и всех других психических процессов.

Расстройства восприятия – это группа патопсихологических симптомов, включающих различные нарушения целостного отражения объектов, проецируемого в реальное пространство. Проявляются неузнаванием предметов и звуков (агнозией), дереализацией, деперсонализацией, искажением свойств окружающих объектов и собственного тела, ошибочным восприятием существующих и отсутствующих в реальности явлений, предметов (галлюцинации, иллюзии).

Агнозия — это нарушение распознавания зрительных, слуховых или тактильных ощущений при нормальном функционировании воспринимающего аппарата. Соответственно локализации поражения церебральной коры состояние характеризуется непониманием увиденного, услышанного, неузнаванием предметов при ощупывании, расстройством восприятия собственного тела. Базовый симптом состояния — невозможность узнать воспринимаемые ощущения при сохранении способности их чувствовать. Проще говоря, больной не понимает, что он видит, слышит, ощущает.

Зрительная агнозия проявляется путаницей предметов, неспособностью назвать рассматриваемый предмет, срисовать его, нарисовать по памяти или начатому рисунку.

Слуховая агнозия при поражении доминантного полушария приводит к частичному или полному непониманию речи (сенсорной афазии). Пациент воспринимает фонемы как ничего не значащий шум.

Сенситивная агнозия характеризуется расстройством гнозиса раздражений, воспринимаемых болевыми, температурными, тактильными, проприоцептивными рецепторами. Включает астериогнозис — невозможность опознать предмет на ощупь, пространственную агнозию — нарушение ориентировки в знакомой местности, больничной палате, собственной квартире, соматогнозию — расстройство ощущения собственного тела (пропорциональности, размера, наличия отдельных его частей).

Иллюзией называют искажённое восприятие реально существующего предмета или явления. Иллюзии классифицируют по органам чувств — зрительные, слуховые, тактильные и другие. В зависимости от основных причин, лежащих в основе искажения восприятия, все иллюзии также можно подразделить на физические, физиологические и психические.

Физические иллюзии объясняются объективными физическими законами и не зависят от самого человека.

Физиологические иллюзии находят своё объяснение в особенностях устройства и деятельности наших органов чувств.

Психические иллюзии связаны как с различными психическими состояниями человека, так и с некоторыми психологическими особенностями нашего восприятия. При заболеваниях психические иллюзии наблюдаются наиболее часто при состояниях расстроенного сознания, при возбуждении (экзальтация, экстаз) у маниакальных больных или состояниях страха и тревоги при депрессиях. Иллюзии у них почти не корригируются, и больной склонен считать эти ошибки восприятия реальностью. Вербальные иллюзии, когда больной вместо нейтральной речи слышит в свой адрес брань, угрозы и оскорбления, часто встречаются на ранних этапах становления слуховых вербальных (речевых) галлюцинаций при некоторых психозах. У здоровых на фоне различных психических состояний (ожидание, тревога или страх) также часто возникают психические иллюзии.

Галлюцинации – это ложно воспринимаемые объекты или сенсорные образы, которые возникают в отсутствие реального внешнего раздражителя, но сопровождаются уверенностью в его существовании. Элементарные галлюцинации представлены звоном, гулом, световыми вспышками, светящимися фигурами, запахами. Простые – завершёнными образами: статичными животными, предметами быта. Сложные – динамическими явлениями, например, голосами, комментирующими происходящее.

Различают истинные и ложные галлюцинации. Истинные галлюцинаторные образы имеют качества предметности, целостности, структурности, постоянства. Они ассимилированы с реальной ситуацией, то есть взаимодействуют с существующими предметами. Псевдогаллюцинации присутствуют в условном, воображаемом пространстве, часто не имеют чёткой структуры. Происхождение псевдогаллюцинаций трактуется пациентом как искусственно вызванное другим лицом.

По содержанию галлюцинации бывают элементарными, простыми, сложными. Элементарные имеют незавершённую предметность, одномодальные, представлены отдельными неречевыми звуками и простыми образами наподобие беспричинных вспышек. Простые галлюцинаторные явления предметны, статичны, иногда перемещаются, но не меняют форму. Они одномодальны – задействуют один анализатор. Сложные галлюцинации формируются при участии нескольких анализаторов, образы динамичные, часто имеют смысловое содержание.

Галлюцинации разнообразны – единичные и множественные образы, хаотично возникающие или связанные общим сюжетом, нейтральные по отношению к больному или устрашающие, повелительные, комментирующие, веселящие. По ключевому задействованному анализатору они подразделяются на зрительные, обонятельные, слуховые, тактильные, вкусовые, висцеральные, моторные, комплексные. Независимо от причины и модальности, общей характеристикой является то, что образы всегда воспринимаются пациентом как реально существующие.

7. Патология памяти.

Человек получает разные впечатления об окружающем мире. Они оставляют след, сохраняются, закрепляются, а при необходимости и возможности эти впечатления воспроизводятся. Данные процессы получили название память.

Память — это форма психического отражения, заключающаяся в закреплении, сохранении и последующем воспроизведении прошлого опыта, делающая возможным его повторное использование в деятельности или возвращение в сферу сознания.

Расстройства памяти – это снижение либо полная утрата функции регистрации, сохранения и воспроизведения информации. При гипомнезии нарушения характеризуются ослаблением способности запоминать текущие и воспроизводить прошедшие события. Амнезия проявляется абсолютной невозможностью сохранять и использовать информацию. При парамнезиях воспоминания искажаются и извращаются – больной путает хронологию событий, заменяет забытое выдумкой, сюжетами из книг и телепередач.

Амнезия - это отсутствие памяти на определённые события или определённый промежуток времени.

Ретроградная – выпадение из памяти впечатлений, предшествовавших острому периоду болезни, встречается при тяжелых гипоксиях и аноксиях мозга (токсические), травмах головного мозга с клиникой комы, некоторых вариантах аменции.

Конградная – выпадение воспоминаний полное или частичное, ограничиваемое только событиями острого периода болезни (нарушении сознания), встречается при глубоком оглушении, сопоре, коме, некоторых формах делирия, аменции, онейроида и особых состояниях сознания, сумеречных состояниях сознания.

Антероградная – утрата воспоминаний о текущих событиях, на периоде за острым этапом болезни, встречается при Корсаковском синдроме, аменции.

Антероретроградная – выпадение событий до и после острого периода болезни, встречается при некоторых вариантах ком, аменции, наблюдающихся при тяжелых травмах, токсических повреждениях головного мозга или инсульте.

Фиксационная – резкое ослабление способности запоминать текущие события, входит в структуру Корсаковского синдрома, прогрессирующей амнезии, паралитического синдрома.

Гипомнезия – это снижение запоминания или воспроизведения.

Гипермнезия – это непроизвольное оживление памяти. Как правило сочетается со сниженной способностью к запоминанию.

Парамнезия – это искажение процессов воспроизведения.

Псевдореминисценции – события, которые действительно имели место, но в другой отрезок времени. Перенос событий обычно происходит из прошлого в настоящее, в котором замещает провалы в памяти, возникающие в результате фиксационной или прогрессирующей амнезии. Входят в структуру Корсаковского синдрома, прогрессирующей амнезии, парамнестической деменции, пуэрилизма.

Криптомнезии – искажение памяти, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний. Проявляются нарушением способности идентифицировать источник воспоминаний, больные могут считать себя авторами творческих достижений, тогда как на самом деле последние были заимствованы ими.

Эхомнезии – обманы памяти, при которых какое-то событие, факт, переживание переживается удвоенными, утроенными. Текущие события проецируются одновременно в прошлое и настоящее, больной убеждён, что эти события уже имели место.

Конфабуляции – яркие, образные, часто фантастические ложные воспоминания с патологической убеждённостью в их истинности. Больной вспоминает события, которых не было. Патологические вымыслы, принимаемые больными за воспоминания о реальных событиях прошлого. Входят в структуру Корсаковского синдрома, прогрессирующей амнезии, деменции, конфабulatorно-бредовых и острых парафренических синдромов.

К заболеваниям ЦНС, при которых может нарушаться память, относятся:

- **Острые нарушения мозгового кровообращения;**
- **Хронические сосудистые заболевания головного мозга;**
- **Алкогольные энцефалопатии;**
- **Гипотиреоидная энцефалопатия;**
- **Болезнь Альцгеймера и другие прогрессирующие атрофические заболевания головного мозга;**
- **Нейрогерiatricкие заболевания с поражением экстрапирамидной системы.**

8. Внимание. Патология внимания.

Психическая деятельность не может протекать целенаправленно или продуктивно, если человек не сосредоточится на том, что он делает. Человеку трудно одновременно думать о разных вещах и выполнять разнообразные виды работы, поэтому в каждый отдельный момент его сознание направлено на те предметы или явления, которые ему кажутся наиболее значимыми. Таким образом, среди всех раздражителей человек выбирает наиболее существенные, значимые для него, и отвечает на них. Это отделение, упорядочение психической деятельности и составляет функцию особого свойства психики – внимания.

Внимание обеспечивает активность и целенаправленность всей познавательной деятельности.

Внимание — это произвольная или непроизвольная направленность и сосредоточенность психической деятельности на каком-либо объекте восприятия.

Расстройства внимания – это патопсихологические симптомы нарушения направленности и избирательности психической деятельности. Сужение внимания проявляется неспособностью воспринимать информацию из разных источников, неустойчивость внимания – снижением концентрации, повышенной отвлекаемостью на раздражители, недостаточная переключаемость – трудностями произвольного перемещения концентрации с одного объекта (явления) на другой.

Гипопрозекия (ослабление внимания) - это снижение способности активно направлять и фиксировать внимание (рассеянность).

Гиперпрозекия - это усиление пассивного внимания, чрезвычайная отвлекаемостью на несущественные события.

Парапрозекия - это напряжённое ожидание блокирует способность вовремя заметить появление соответствующего объекта

Апрозекия - это выключение как произвольного, так и непроизвольного внимания, полное отсутствие интереса к происходящему и невозможность пробудить этот интерес с помощью внешнего поощрения.

Истощаемость - это неспособность к длительному сосредоточению внимания.

Слабая распределяемость - это сосредоточенность только на ситуационно значимом объекте (сужение «поля внимания»).

Гиперметаморфоз (отвлекаемость) - это повышенная переключаемость внимания.

Застреваемость (прикованность) - это сниженная переключаемость внимания.

9. Патопсихологический анализ мышления.

Патопсихологическое исследование и анализ нарушений мышления зачастую является важным параметром в диагностическом процессе. Это связано с тем, что многие расстройства мышления, в частности, шизофренического спектра, более явно проявляются в момент психологического обследования, чем при интервьюировании пациента. Это относится к таким симптомам как: соскальзывание, разорванность, разноплановость мышления, опора на латентные признаки и др.

Основными методами исследования мышления являются: тесты на классификацию, исключение, силлогизмы, аналогии, обобщение, ассоциативный эксперимент, проблема Эверье, пиктограмма.

Методика классификации понятий включает в себя предложение испытуемому классифицировать карточки с изображением животных, растений и предметов. Предлагается разложить карточки на группы так, чтобы они содержали однородные предметы и могли быть названы обобщающим словом. Затем в случае необходимости предлагается укрупнить группы. Оценивается:

1) число этапов, затраченных на окончательную классификацию предметов (должно получиться три группы — животные, цветы, неодушевлённые предметы);

2) принципы классификации. Заключение отражает количество этапов классификации, а также особенности мышления испытуемых.

Конкретное мышление — определяется в случаях, когда испытуемый объединяет предметы в конкретные ситуационные группы (например, пальто со шкафом, «потому, что пальто висит в шкафу»).

Склонность к детализации — определяется в случаях, когда испытуемый выделяет дробные группы (например, «одежда домашняя и одежда на выход», «корнеплоды и некорнеплоды»).

Опора в мышлении на латентные признаки — определяется в случаях, когда в классификации делается упор на малоактуальных, скрытых признаков понятий (например, в одну группу объединяются автобус и медведь потому, что оба «склонны к плавному началу движения»).

На основании методики классификации понятий возможно подтверждение клинически выявляемых специфических для определённых групп психических заболеваний расстройств мышления. Так, конкретность мышления может подтверждать наличие органически обусловленных психических расстройств, склонность к излишней детализации — эпилептический характер ассоциативных нарушений

Методики на исключение, обобщение понятий, выделение существенных признаков, анализ отношений понятий (аналогии) применяются с целью определения особенностей мышления лиц, с различной психической патологией а также тех, которые ложатся в основу интеллектуальных способностей.

Для оценки способности разграничивать разнородные понятия используется методика исключение понятий. Испытуемому предлагается из четырёх предметов или из пяти слов исключить один предмет или слово, которые не подходят к остальным, сходным родовым понятием. Анализ методики сходен с методикой классификации понятий. Примерные ряды понятий: дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий; молоко, сливки, сыр, сало, сметана; дом, сарай, изба, хижина, здание.

Методика выделение существенных признаков позволяет судить о качестве понимания испытуемым главных и второстепенных признаков предметов и явлений. Процедура ее заключается в отборе испытуемым двух слов (признаков) предмета или явления, расположенных в скобке и относящихся к понятию, расположенному за скобками. Например, : сад (растения, садовник, собака, забор, земля); кольцо (диаметр, алмаз, проба, округлость, печать) и т.д.

Одним из наиболее информативных для оценки качественной специфики мышления относится ассоциативный эксперимент. Испытуемому предлагается привести первую пришедшую на ум ассоциацию на стимульные слова. Регистрируются:

- 1) латентный период;**
- 2) качественные характеристики ответов. Выделяют обобщенно-конкретные, индивидуально-конкретные, абстрактные, ориентировочные, созвучные, экстраординарные, междометные, персеверирующие, эхололические и атактические ответы.**

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

Методика Эббингауза сходна с ассоциативным экспериментом и позволяет оценить стройность и продуктивность мышления. Пациенту предлагается заполнить пробелы в рассказе.

Для оценки целенаправленности мышления используется проблема Эверье. Испытуемому предлагается проанализировать следующий отрывок текста:

Существуют различные взгляды на ценность жизни. Одни считают ее благом, другие — злом. Было бы правильнее держаться середины, потому что, с одной стороны, жизнь приносит нам меньше счастья, чем мы желали бы сами себе, с другой стороны, — ниспосылаемые нам несчастья всегда меньше того несчастья, которого нам желают в душе другие люди. Вот это-то равновесие и делает жизнь вполне выносимый, вернее, до известной степени справедливой.

Наиболее ярко особенности нарушений мышления могут быть выявлены с помощью анализа пиктограмм, которые позволяют судить о характере ассоциаций испытуемого. В этом проективном тесте оценивается:

- 1) техника исполнения рисунка (величина, завершённость, их обрамление, подчёркивание, наличие уточняющих линий, отличия и сходство рисунков, относящихся к различным понятиям);**
- 2) расположение рисунков на листе;**
- 3) принцип, положенный в основу ассоциативного ряда для запоминания;**
- 4) степень оригинальности или стандартности.**

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

Преобладание стандартных образов — в случаях, когда рисунки совпадают с теми, которые использует большинство лиц данной культуры (например, изображение флагов, шаров, ёлок для запоминания понятия «весёлый праздник»).

Преобладание атрибутивных образов — в случаях, когда при изображении заданных понятий используется принцип принадлежности к чему-либо, т.е. доминируют рисунки, отражающие предметы или явления, являющиеся неотъемлемой частью заданного понятия (например, изображение тяжестей, ассоциирующихся с «тяжёлой работой»).

Преобладание конкретных образов — в случаях, когда рисунки содержат предметы или явления, непосредственно связанные с ситуацией (например, лежащий в постели человек при изображении понятия «болезнь»).

Преобладание метафор — в случаях, когда при изображении заданного понятия используются конкретные образы, прямо с ним не связанные и использующие абстрагирование (например, туча, закрывающая солнце при изображении «болезни»).

Преобладание персонифицированных и индивидуально значимых образов — в случаях, когда при изображении заданных понятий используются индивидуально-значимые образы (например, ребёнок на понятие «счастье»).

Преобладание органической графики — в случаях, когда в рисунках преобладает незавершённость линий в тех образах, которые требуют завершённости (к примеру, круг), повторное или неоднократное проведение линий.

Грубая органическая графика — в случаях, когда доминируют макрографические образы, отмечается подчёркивание, обрамление рисунков, чрезмерная стереотипия рисунков.

Преобладание геометрических фигур — в случаях, когда понятия изображаются преимущественно геометрическими фигурами.

Стереотипия человеческими фигурами — в случаях, когда в рисунках преобладает изображение человеческих фигур.

Считается, что при психической норме в пиктограмме преобладают конкретные, атрибутивные, стандартные упорядоченные образы. При органических поражениях головного мозга — чрезмерная стереотипия, упорядоченность, аккуратность в изображениях и чёткое нумерование рисунков, их низкая дифференцированность, незавершённость линий, подчёркивание, обрамление изображений. При шизофрении доминируют абстрактные образы, возможна стереотипия, но не за счёт человеческих фигур, буквенное изображение и геометрические фигур, а также атипичное (несимметричное, негармоничное) расположение рисунков на листе.

10. Анализ нарушений мышления (по Б.В. Зейгарник).

Нарушения мышления являются одним из наиболее часто встречающихся симптомов при психических заболеваниях. Некоторые из них считаются типичными для той или другой формы болезни. Однако единой квалификации или единого принципа анализа этих расстройств нет. Происходит это потому, что при описании и анализе нарушений мышления исследователи базировались на различных психологических теориях мышления.

Психология мышления — одна из самых разработанных областей психологической науки, она являлась всегда центральной проблемой и именно в этой области психологии яснее всего обнаруживаются различия исходных теоретических позиций исследователей. Ряд зарубежных учёных выдвинули положения, согласно которым мышление может быть сведено к манипуляциям символами. Программа решения задач на ЭВМ стала выдаваться за теорию мышления. В связи с этим встаёт новая проблема — выявление в управлении поисками решения задач специфически человеческого.

Однако, исследование творческого мышления человека, проведённое О. К. Тихомировым показало невозможность описать действительную природу человеческого мышления в системе механических понятий.

Данные других исследователей убедительно показывают, что к мышлению следует подходить, как к одной из форм деятельности (Л. С. Выготский, П. Я. Гальперин, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн).

Проблема мышления возникла как предмет психологии в начале 20-х гг. нашего века в вюрцбургской психологической школе. Господствовавшая до этого ассоциативная психология не ставила перед собой проблемы анализа мыслительной деятельности. Психологический анализ мышления заключался в выяснении законов ассоциации, по которым сложные идеи или образы создаются из элементарных. Один из основоположников ассоциативной психологии А. Бэн отводит ассоциациям по сходству основную роль в мышлении.

Г. Эббингауз, Г. Мюллер, Т. Ципен — крупнейшие представители экспериментальной психологии того времени также считали, что универсальным законом являются законы ассоциации.

Эти положения ассоциативной психологии определили во многом исследования в области патологии мышления. Нарушения мышления выводились из нарушений других функций. Пытались показать, что в основе нарушения мышления лежало нарушение так называемых предпосылок интеллекта: памяти, внимания. Так, например, нарушение мыслительной деятельности больных эпилепсией объяснялось неустойчивостью внимания.

Представители вюрцбургской школы (О. Кюльпе, Н. Ах, О. Зельц и др.) выдвинули положение, что мышление несводимо к процессу ассоциаций, что оно имеет свою специфику, не сводимую к содержанию ощущений и восприятия. Как известно, механизмом мышления является, по их мнению, тенденция, идущая от представления цели, не осознаваемая самим человеком.

Выдвинув впервые понятие "цель", "задача", эта школа противопоставила механизм мышления чувственному познанию. Мышление было объявлено актом "чистой" мысли, не связанной ни с прошлым опытом, ни со знанием.

В статье, посвящённой психологии шизофрении Г. В. Груле выдвинул положение о том, что мыслительные операции, направленные на практические действия, у больного шизофренией сохранены, память и внимание его не нарушены, однако он не в состоянии синтезировать отдельные, сами по себе правильные умозаключения.

Подобная трактовка мышления как особого вида "духовной активности" особенно выражена у К. Ясперса, который противопоставил интеллект мышлению. В то время как мышление определялось им как проявление интрапсихической активности, интеллект рассматривался как совокупность способностей; память, внимание и речь выступали в качестве "предпосылок интеллекта". В итоге, исследователи стали выделять у больных шизофренией некое «основное нарушение», из которого выводились все особенности изменений его психики.

Е. Блейлер противопоставил реальному, отражающему действительность мышлению аутистическое, которое якобы не зависит ни от действительности, ни от логических законов и управляется не ими, а "аффективными потребностями, т.е. стремлением человека испытывать удовольствие и избегать неприятных переживаний. С этой точки зрения "основным нарушением" больного шизофренией является его аутичность.

Его вклад в рассмотрение данной проблематики в том, что он подчеркнул аффективную обусловленность мыслительного процесса, точнее, зависимость направленности мышления от потребностей человека. Основное возражение, которое является важным для критики концепции аутистического мышления Е. Блейлера, заключается в том, что он изолирует основной вид мышления (реальное) от эмоций, стремлений и потребностей (аффективное).

Большое влияние на исследования мышления оказали работы школы гештальтпсихологии. В работах В. Кёлера, М. Вертхаймера, К. Дункера мышление рассматривается как внезапное "понимание" ситуации. Деятельность мышления заключается, по их мнению, в том, что отдельные части ("конфигурация") проблемной ситуации переструктурируются; образуется новое "целое", новый "гештальт". Отдельные элементы проблемной ситуации воспринимаются в новых отношениях, в зависимости от нового "гештальта". Само же переструктурирование происходит благодаря внезапному схватыванию — "инсайту".

Недостаток теории в том, что для представителей гештальтпсихологии не существовало объекта вне сознания.

Одно из основных положений советских психологов о мышлении (Л. С. Выготский, П. Я. Гальперин, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн) состоит в том, что мышление является процессом овладения системой общественно-исторически выработанных операций и знаний.

Мышление определяется в советской психологии как обобщённое и опосредованное отражение действительности, тесно связанное с чувственным познанием мира и практической деятельности людей.

Процесс познания выражается не только в переходе от чувственного познания к рациональному, но и в том, что оно должно вновь вернуться к практике. Этот процесс, наиболее полно отражая действительность, возможен лишь благодаря языку.

Эти положения советской психологии о структуре мышления являются основой анализа различных форм патологии мышления.

Нам представляется возможным выделить следующие три вида патологии мышления:

- 1) нарушение операционной стороны мышления;**
- 2) нарушение динамики мышления;**
- 3) нарушение личностного компонента мышления.**

11. Нарушения интеллекта. Умственная отсталость.

Невозможно оценить абстрактное мышление по вопросам, которые больной многократно решал в прошлом, и хорошо заучил ответ. Даже имеющие очень глубокое нарушение интеллекта больные могут назвать месяца года по порядку, рассказать таблицу умножения. Однако стоит несколько изменить условия задания — и расстройства логики станут очевидны. Так, неумение перечислить месяцы года и дни недели в обратном порядке, оценить простейшие отношения родственников, выполнить задания на сравнение предметов, объяснить смысл картинок и образных выражений позволяют выявить преобладание конкретно-ситуационного мышления и снижение способности к абстрагированию.

При некоторых заболеваниях с признаками слабоумия параллельно с разрушением интеллекта наблюдается заметное поражение праксиса, поэтому одновременно с интеллектом всегда следует оценивать двигательные навыки — артикуляцию, умение пользоваться предметами, способность к письму и конструированию простейших фигур на бумаге.

Расстройства интеллекта могут быть представлены:

- синдромами недоразвития интеллекта (олигофренией);
- снижения (утраты) интеллекта (деменцией).

Олигофренией (малоумием) называют недоразвитие психических функций вследствие причин, существовавших до рождения ребенка или подействовавших в первые годы его жизни. Олигофрения выражается в том, что формирование большинства функций нервной системы происходит со значительной задержкой, при этом многие важные для адаптации функции не формируются вообще. Характерна динамика олигофрений с отсутствием прогрессирования интеллектуального дефекта. Напротив, следует говорить об эволюционной динамике, выражающейся в постепенном взрослении и накоплении некоторого опыта, частичной адаптации в специально созданных условиях.

Традиционно принято разделять олигофрению по степени выраженности на:

1. Идиотию. Наиболее глубокая степень психического недоразвития. Больные беспомощны, сознательная речь у них отсутствует, эмоциональные реакции примитивны (крик, плач), они не распознают родителей и знакомых. Двигательная сфера неразвита. Некоторые больные не могут ходить, совершают лишь стереотипные движения (раскачиваются), иногда делают попытки копировать действия и мимику окружающих. Пациенты не могут обслуживать себя, нуждаются в постоянном надзоре и уходе (обычно в условиях специальных учреждений соцобеспечения). По сути дела, психическая жизнь ограничивается удовлетворением простейших биологических потребностей («вегетативное существование»). Психический дефект при идиотии нередко сочетается с множественными дефектами формирования внутренних органов и внешними аномалиями (лица и т.п.). Нередко соматические заболевания и инфекции приводят к преждевременной смерти таких больных, они редко доживают до зрелости.

2. Имбецильность. Тяжёлая умственная отсталость, при которой больные неспособны к абстрактному мышлению. Познавательная деятельность ограничивается образованием представлений. Речь косноязычная (плохая артикуляция, заикание), словарный запас резко ограничен, полноценная фразовая речь возможна не всегда, фразы односложны. Пациенты правильно называют предметы, знают способы их использования, но не в состоянии последовательно рассказать о каком-либо событии. Больные бывают знакомы с названиями букв и цифр, но не умеют совершать операции с ними. Многие имбецилы эмоционально привязаны к близким, ласковы, послушны. Хотя координация движений нарушена, можно воспитать навыки самообслуживания (одеваться, есть ложкой, ходить в туалет). Их можно обучить простейшим трудовым операциям, но без пристального наблюдения они быстро отвлекаются и не выполняют задания. Описанные расстройства позволяют содержать имбецилов в условиях семьи. Настойчивая работа с ними позволяет достичь большей адаптации. В периоде полового созревания в поведении имбецилов могут возникать приступы хаотичного возбуждения и нелепых агрессивных действий.

3. Дебильность. Лёгкая умственная отсталость со склонностью к конкретно-ситуационному мышлению. Резкое снижение способности к абстрактному мышлению и формированию отвлечённых понятий нивелируется у этих больных хорошей памятью, развитой речью и высокой способностью к подражанию. В обыденной жизни они довольно практичны, хорошо ориентируются в ситуации, порой любят поучать других. Возможно обучение в специальных школах, где пациенты осваивают чтение, письмо, простейшие счётные операции (сложение и вычитание), получают элементарные знания о природе. Нередко обучению и продуктивному труду мешают медлительность, инертность, несамостоятельность. Предоставленные сами себе, больные легко попадают под постороннее влияние, алкоголизируются, совершают правонарушения. В некоторых случаях дебилы ведут самостоятельную жизнь, большинство могут обучиться несложной профессии и работать под руководством наставника.

Олигофрению принято рассматривать как проявление органической патологии мозга. От собственно олигофрении следует отличать отставание в психическом развитии ребёнка, обусловленное отсутствием соответствующего воспитания и образования. В истории человечества было описано несколько примеров, когда дети развивались без контактов с человеческой цивилизацией («дети- маугли»), В этих случаях социальные навыки, не выработанные в детстве (полноценная речь, профессиональная деятельность, полоролевое поведение), по большей части не могли быть развиты в более позднем возрасте. Однако сам факт того, что слабый, беспомощный ребёнок смог выжить в тяжелых условиях конкуренции со здоровыми, сильными животными, не позволяет рассматривать особенности его психической деятельности как отсутствие способности к адаптации. В этом смысле дети с малым багажом знаний вследствие микросоциально- педагогической запущенности резко отличаются от олигофренов слабой степени своей сметливостью, изобретательностью, понятливостью.

Деменция (слабоумие) - приобретённый психический дефект с преимущественным расстройством интеллектуальных функций. Признаками деменции являются утрата накопленных способностей и знаний, общее снижение продуктивности психической деятельности, изменение личности. Динамика деменции бывает различной. При опухолях мозга, атрофических заболеваниях и атеросклерозе постоянно нарастает дефект психики. В случае посттравматической и постынсультной деменции возможны восстановление некоторых психических функций в первые месяцы заболевания и стабильный характер симптомов на протяжении многих последующих лет. Однако в целом негативный характер расстройств при деменции определяет ее относительную стойкость и невозможность полного выздоровления.

Клиническая картина слабоумия существенно различается при основных психических заболеваниях - органических процессах эпилепсии и шизофрении.

Органическое слабоумие бывает обусловлено самыми различными болезнями, приводящими к нарушению структуры мозга и массовой гибели нейронов. В клинической картине органической деменции преобладают грубые расстройства памяти и снижение способности к абстрактному мышлению. Предположительно о причине возникновения этого синдрома можно судить по некоторым особенностям клинической картины заболевания.

Лакунарное (дисмнестическое) слабоумие проявляется в первую очередь расстройством памяти (способность к образованию понятий и суждений нарушается значительно позже). Это существенно затрудняет возможности приобретения новых сведений, но профессиональные знания и автоматизированные навыки могут долго сохраняться у таких больных. Хотя в сложной профессиональной деятельности они чувствуют беспомощность, но легко справляются с ежедневными домашними заботами. Характерно наличие критического отношения к своим недостаткам: пациенты стесняются несамостоятельности, извиняются за нерасторопность, пытаются (не всегда успешно) компенсировать нарушение памяти, записывая наиболее важные мысли на бумаге. С врачом такие больные откровенны, активно предъявляют жалобы, глубоко переживают своё состояние. Изменения характера при лакунарном слабоумии довольно мягкие и не затрагивают ядра личности. В целом родственники находят, что основные формы поведения, привязанности, убеждения больных остаются прежними. Однако чаще все-таки отмечают некоторое заострение личностных черт, «шаржирование» прежних особенностей характера. Так, бережливость может обратиться в жадность и скардность, недоверчивость - в подозрительность, замкнутость - в мизантропию. В эмоциональной сфере для больных с дисмнестическим слабоумием характерны сентиментальность, эмоциональная лабильность, слезливость.

Причиной лакунарного слабоумия бывают самые различные диффузные сосудистые заболевания мозга: безынсультное течение атеросклероза и гипертонической болезни, диабетическая микроангиопатия, поражение системных сосудов при коллагенозах и сифилитической инфекции. Изменения в состоянии кровоснабжения мозга (улучшение реологических свойств крови, приём сосудорасширяющих средств) могут вызывать колебания состояния и короткие периоды некоторого его улучшения у данных больных.

Тотальное (глобарное, паралитическое) слабоумие проявляется первичной утратой способности к логике и пониманию действительности. Нарушения памяти бывают очень грубыми, но могут и существенно отставать от расстройств абстрактного мышления. Заметно резкое снижение или полное отсутствие критического отношения к болезни. Патологический процесс нередко затрагивает нравственные свойства личности: исчезают чувство долга, деликатность, корректность, вежливость, стыдливость. Личностные расстройства настолько выражены, что больные перестают быть похожи на самих себя (разрушается «ядроличности»): могут цинично браниться, обнажаться, мочиться и испражняться прямо в палате, бывают сексуально расторможены.

Причиной тотального слабоумия является непосредственное поражение коры головного мозга. Это могут быть диффузные процессы, например дегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера и Пика), менингоэнцефалиты (например, сифилитический менингоэнцефалит - прогрессирующий паралич), слабоумие после самоповешения. Однако иногда небольшой патологический процесс в области лобных долей (локальная травма, опухоль, парциальная атрофия) приводит к сходной клинической картине. Существенных колебаний в состоянии больных обычно не наблюдается, во многих случаях происходит неуклонное нарастание симптомов.

Таким образом, разделение слабоумия на тотальное и лакунарное - это не патологоанатомическое, а синдромальное понятие, поскольку причиной лакунарного слабоумия являются диффузные сосудистые процессы, а тотальное слабоумие может возникнуть вследствие локального поражения лобных долей.

Эпилептическое (концентрическое) слабоумие по сути является одной из разновидностей органического слабоумия. Как и при других органических процессах, при эпилепсии на поздних этапах течения болезни нарушаются память и способность к понятийной деятельности. Однако имеются существенные особенности мышления и личностных изменений. Основной особенностью мышления является чрезвычайная тугоподвижность, выражающаяся нарастающей обстоятельностью мышления, склонностью к детализации, затруднением при подборе слов и снижении словарного запаса (олигофазия). Недостаток слов замещается многократными повторениями, словами-паразитами и штампованными («стоячими») оборотами. Личностные изменения характеризуются утрированной педантичностью, слащавостью, склонностью к употреблению уменьшительно-ласкательных выражений в сочетании с деспотичностью и эгоцентризмом. Весьма типичны сужение круга интересов, концентрация на собственных проблемах. Часто это приводит к полному неведению об общественно значимых событиях. Расстройства памяти носят избирательный характер: больные хорошо помнят наиболее важные для них лично факты (имена врачей, названия принимаемых ими лекарств, размер пенсии и день ее выдачи), однако совершенно не запоминают событий, не имеющих для них большого значения. При высокой взыскательности к окружающим и декларируемом стремлении к порядку сами пациенты могут не выполнять требований врачей, бывают грубы к младшему персоналу больницы и другим пациентам. Снижение способности к обобщению выражается в невозможности отличить главное от второстепенного, в конкретно-ситуационной трактовке пословиц и поговорок.

Шизофреническое слабоумие существенно отличается от слабоумия вследствие органического заболевания. При шизофрении практически не страдает память, не наблюдается утраты способности к абстрактному мышлению. Вместе с тем нарушаются его стройность и целенаправленность, а также нарастают пассивность и равнодушие. Характерным симптомом является разорванность (шизофазия). Обычно у больных отсутствует стремление к достижению результата. Это выражается в том, что они, не пытаясь ответить на вопрос врача, тут же заявляют: «Не знаю!». Физически крепкие пациенты с достаточно хорошим запасом знаний совершенно не могут работать, поскольку не испытывают ни малейшей потребности в труде, общении, достижении успеха. Больные не следят за собой, не придают значения одежде, перестают мыться и чистить зубы. При этом в их речи нередко присутствуют неожиданные высоко абстрактные ассоциации (символизм, неологизмы, паралогическое мышление). Грубых ошибок в арифметических действиях больные обычно не допускают. Лишь на завершающих этапах заболевания длительное «бездействие интеллекта» приводит к утрате накопленного запаса знаний и навыков. Таким образом, центральными расстройствами при шизофреническом слабоумии нужно считать обеднение эмоций, отсутствие воли и нарушение стройности мышления. Точнее данное состояние следует обозначать как апатико-абулический синдром.

12. Патология речи.

В логопедии принято несколько основных типизаций — по похожим проявлениям и источникам. Это помогает понять, в каком направлении искать источник проблемы и пути коррекции нарушения речи. Клинико-педагогическая классификация:

1. Нарушения ритма и темпа:

▪ **Заикание** (отклонение, известное с незапамятных времён. По свидетельству историков, древнегреческий оратор Демосфен когда-то страдал заиканием, но упорно тренировался в произнесении речей, набивая рот мелкой галькой. Научившись чётко говорить с камнями во рту, он развил великолепную артикуляцию и уверенность в себе, избавившись тем самым от недуга. Логопеды до сих пор практикуют данный метод коррекции нарушений речи).

- **Дислалия** (в устной речи ребёнок неверно произносит или искажает отдельные звуки).
- **Дизартрия** (органы артикуляции (губы, язык) имеют критические ограничения подвижности).
- **Ринолалия** (снижено резонирование в носовой полости).
- **Прочие расстройства артикуляции:** полтерн, тахилалия, брадилалия.

2. Голосовые нарушения:

- **Афония** (потеря звонкого голоса, человек говорит шёпотом. Проблема с голосовыми связками).
- **Дисфония** (охриплость или гнусавость, возникает из-за ларингита и других воспалений гортани либо из-за функциональных аномалий).
- **Ринофония** или **палатолалия** (гнусавость из-за проблем с мягким нёбом, его мышечной слабостью или размерами).

3. Нарушения устной речи:

▪ **Структурно-семантические расстройства:** алалия (возникает во время родов при повреждении речевых областей в головном мозге. При этом у ребенка всё в порядке с интеллектом и со слухом), афазия (схожая проблема. Органические поражения участков коры головного мозга, которые отвечают за управление речью, и смежной «подкорки»). Отличается от алалии тем, что это не врождённое явление, а приобретённое — у людей, которые уже умеют говорить. Обычно возникает в результате инсульта у взрослых).

▪ **Расстройства фонационного оформления.**

4. Нарушения письменной речи:

▪ **Дислексия** (сложное восприятие написанного текста, смешивание звуков и слов при прочтении, неумение складывать буквы в готовые слова).

▪ **Дисграфия** (отклонения при письме, может сочетаться с дислексией, быть ее следствием).

13. Патология влечений.

1. Патология пищевого влечения.

- Булимия или полифагия - болезненное усиление пищевого влечения, характеризуются непреодолимым сильным влечением к пище (постоянное чувство голода - булимия), прожорливостью и отсутствием чувства насыщения (полифагия). Встречается при психопатических, невротических и психоэндокринных синдромах.
- Анорексия - снижение, отсутствие аппетита или отвращение к пище. Может определять самостоятельный синдром — аноректический, входит в депрессивные и кататонические синдромы.
- Парарексия - извращение пищевого влечения, проявляющееся поеданием несъедобных веществ (земли, извести Эпика беременных), кала (копрофагия) и т. п.

2. Патология инстинкта самосохранения.

- Усиление инстинкта самосохранения может проявляться в двух противоположных формах поведения: а) пассивно-оборонительной (стремление к уходу от опасных и сложных ситуаций, от ответственных решений, робость, нерешительность, трусость, реакции “мнимой смерти” и т. п.); и б) активно-оборонительной (реакции протеста, оппозиции, различные виды агрессивности и т. п.). Наблюдаются при психопатических, невротических и ряда негативных синдромов.
- Ослабление инстинкта самосохранения проявляется в снижении интереса и безразличия к жизни, возникновении суицидальных мыслей и поступков, особенно в сочетании с депрессивным эффектом. Встречается при психопатических, депрессивных и депрессивно-бредовых синдромах,
- Извращение инстинкта самосохранения проявляется в актах самоистязания, членовредительства, проглатывании металлических и других предметов. Наблюдается при бредовых, аффективных синдромах, деменции, включая суицидоманию, болезненное, чаще навязчивое, компульсивное стремление к самоубийству.

3. Патология сексуального влечения.

- **Гиперсексуальность** - повышение сексуального влечения с соответствующим поведением у мужчин (сатириазис), у женщин (нимфомания).
- **Гипосексуальность** - понижение или отсутствие сексуального влечения: у мужчин — некоторые формы импотенции, у женщин - фригидность.
- **Сексуальные перверзии (извращения)** - нарушение полового инстинкта, проявляющееся в извращении направленности или форм его проявлений.
- **Основными разновидностями сексуальных извращений** являются: а) аутоэротизм — фантазирование на эротические темы: мастурбация (онанизм) - половое самоудовлетворение вплоть до оргазма посредством манипулирования с половыми органами руками или предметами; нарциссизм - созерцание собственного тела с любованием им; и б) альголагия - влечение и достижение сексуального удовлетворения вплоть до оргазма путём причинения физической боли или морального ущерба себе (мазохизм) или половому партнёру (садизм).
- **К заместительным формам сексуальных перверзии** относятся: гомосексуализм - половое влечение и получение наиболее яркого оргазма с лицом того же пола (у женщин - лесбиянство, трибадия; у мужчин - педерастия); визионизм - подглядывание за обнажёнными лицами противоположного пола (при купании, переодевании, физиологических отправлениях п т. п.); эксгибиционизм - обнажение половых органов в присутствии лиц противоположного пола с целью получения полового удовлетворения; трансвестизм - стремление принять внешний облик лиц противоположного пола и одевать их одежду; фетишизм - получение сексуального удовлетворения при созерцании предметов интимного назначения или манипулирование ими.
- **По направленности полового влечения на неадекватные объекты** выделяют следующие виды извращения сексуального влечения: педофилия - половое влечение к малолетним, геронтофилия - половое влечение к старикам, зоофилия или скотоложество - половое влечение к животным, некрофилия - половое влечение к трупам, пигмалионизм - половое влечение к статуям, фотографиям, картинам.

4. Патология ориентировочного инстинкта.

- **Усиление исследовательского инстинкта проявляется многообразием и крайней изменчивостью интересов и устремлений. И включает также дромоманию - патологическое влечение к постоянной перемене места обитания, бродяжничеству; ониомания - неудержимое влечение совершать покупки, приобретать вещи без материальной и личной заинтересованности. Встречаются при маниакальных, психоорганических синдромах.**
- **Снижение исследовательского влечения характеризуется падением интереса не только к внешним видам деятельности, но и к самому себе. Наблюдается при депрессивных, психоорганических синдромах, деменции.**
- **Извращение исследовательского влечения включает: kleptomанию - патологическое влечение к кражам ненужных, бесполезных и однообразных вещей; пироманию - влечение к поджогам или созерцанию пламени.**
- **Навязчивые влечения - побуждения к деятельности появляются помимо воли больного, не отражая его интересов с сохранением критического отношения. Встречается при невротических, наркоманических синдромах.**
- **Компульсивные влечения - побуждения к деятельности возникают подобно витальным влечениям и приобретают характер доминирующего мотива деятельности без борьбы выбора мотива.**
- **Импульсивные влечения - немотивированное, безвольное, пароксизмальное возникающее влечение на фоне аффективно-суженного сознания. Входит в структуру кататонических синдромов и сумеречном состоянии сознания.**

5. Патология цели и мотивов деятельности.

▪ **Гипербулия** - патологическое усиление количества целей, планов, устремлений и соответственно деятельности, не считаясь ни с реальными обстоятельствами и возможностями. Наблюдается при маниакальных, 'психопатических синдромах, состояниях наркотизации или абстиненции.

▪ **Гипобулия** - резкое снижение целей и мотивов деятельности. Входит преимущественно в структуру депрессивных и ступорозных синдромов.

▪ **Парабулия** - извращение побуждений и целей деятельности, проявляется ненужным, бессмысленным собирательством, увлечениями, изобретениями; амбигуэнтность - одновременное сосуществование двух противоположных мотивов, целей и деятельности; включая ктиноманию - стремление к живодёрству; гомицидоманию - стремление к убийству людей без ситуационно-психологической обусловленности.

▪ **Абулия** - отсутствие побуждений к социально-полезной и лично значимой деятельности, при сохранении инстинктивной деятельности (к пище, теплу и т. п.). Входит в структуру деменции, апатико-абулического, психоорганического синдромов.

14. Патопсихологический анализ сознания.

Сознание – это процесс осознания субъектом объективного бытия реальности (Рубинштейн). Ясность сознания, помрачение сознания (Ясперс).

Критерии помрачённого состояния сознания:

- 1) дезориентировка во времени, месте, ситуации;**
- 2) отсутствие отчётливого восприятия окружающего;**
- 3) разные степени бессвязности мышления;**
- 4) затруднение воспоминаний происходящих событий и субъективных болезненных явлений.**

▪ **Оглушённое состояния сознания – резкое повышение порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций. Замедленность движений, молчаливость, безразличие, легко наступает дремота, ориентировка нарушена или отсутствует.**

▪ **Встречается при острых нарушениях ЦНС, при инфекционных заболеваниях, отравлениях, черепно-мозговых травмах.**

▪ **Продолжительность от минут до нескольких часов.**

▪ **Делириозное помрачение сознания – ориентировка нарушена (наплывы, яркие воспоминания), ложная ориентировка во времени и пространстве. Иногда возникают преходящие, иногда более стойкие иллюзии, галлюцинации, бредовые идеи. Больные говорливы, обманы чувств сценopodobны.**

- **Возникают в основном у больных с органическими поражениями головного мозга после травм, инфекций.**
- **Онейроидное состояние сознания – характеризуется причудливой смесью отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных преставлений фантастического характера.**
- **Онейроидное сознание- характеризуется глубоким расстройством самосознания. Больные не помнят что происходило в реальной ситуации.**
- **Сумеречное состояние сознания – характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью, внезапным прекращением. Его называют транзиторным. Характерная черта – в последующем амнезия. Больные сохраняют возможность выполнения автоматических привычных действий. Не редко имеет место бредовые идеи, галлюцинации. Под влиянием бреда и напряжённого аффекта больные могут совершать опасные поступки.**
- **Сумеречное состояние сознания протекающие без бреда, галлюцинации и изменения эмоций, носит название «амбулаторного автоматизма(непроизвольное блуждание)». Сумеречное состояние сознания длящиеся чрезвычайно короткое время носит название абсанс.**
- **Псевдодименция – возникает при тяжелых деструктивных изменениях в ЦНС и при реактивных состояниях. Характеризуется остро наступающими расстройствами суждения, интеллектуально-мнестическими расстройствами. Больные забывают названия предметов, дезориентированы с трудом вспоминают внешние раздражители, нестойкие галлюцинации с двигательным беспокойством. Апатичны, благодущны, эмоциональны. Проявления скудны, не дифференцированы поведение напоминает нарочито детское.**
- **Деперсонализация – характеризуется чувством отчуждения собственных мыслей, аффектов, действий, своего “Я”, которые воспринимаются как бы со стороны. Частным проявлением деперсонализации является нарушение “схемы тела”.**

15. Патопсихологический анализ нарушения мотивационной сферы личности.

Нарушение мотивационного компонента восприятия. Изменение мотивационного компонента восприятия приводит к изменению структуры перцептивной деятельности. Поэтому можно в ряде случаев некоторые нарушения восприятия являются проявлением нарушения мотивационной сферы. Исследование больных с лобным синдромом. У этих больных выражены нарушения подконтрольности, произвольности, поведение отличается спонтанностью. Такие лица с трудом узнают предметные, силуэтные, рисованные пунктиром или затушёванные рисунки. Они не могут передавать смысл картин, изображающих последовательные события. Лица, страдающие шизофренией, в условиях по-разному мотивированной деятельности лишь формально описывают структуру картинок, не выдвигая гипотез относительно сюжета или объекта изображения. Для больных с эпилепсией характерна гиперболизация смысловых образований, приводящая к возникновению гипотез драматизации. Возникает аггравация содержания сюжета.

Нарушение мотивационного компонента памяти (сопоставление результатов воспроизведения незавершённых действий у больных с разной патологией мотивационной сферы указывает на роль личностно-мотивационного компонента в мнестической деятельности). Мотивационный компонент является неотъемлемым в строении и протекании процессов памяти, его нарушения особенно проявляются у больных с эндогенными заболеваниями (шизофренией). У больного нарушается личностное отношение к окружающему миру. Он запоминает только то, что считает нужным и важным. У больных шизофренией нарушения мотивационной стороны выражаются в запоминании одежды, формы, цвета. Здоровые люди запоминают облик человека. Изменённое отношение к окружающему и своим возможностям приводит к распаду структуры психической деятельности (А. Р. Лурия, С. Л. Рубинштейн и др.). Исследования показывают, что у больных с различными формами патологии изменяется и закономерность воспроизведения завершённых и незавершённых Действий. Так, у больных шизофренией, в психическом состоянии которых отмечалась эмоциональная вялость и искажение мотивов, не возникал эффект лучшего воспроизведения незавершённых действий. В норме он равен коэффициенту 1,9; у больных шизофренией -1,1. Напротив, больные с эпилептической болезнью, страдающие гипертрофической ригидностью эмоциональных установок, продемонстрировали преобладание незавершённых действий над завершёнными (1,8). Эти данные доказывают, что в нарушениях Мнестической деятельности находит своё отражение по-разному изменённая структура мотивационной сферы больных

16. Патопсихологическая диагностика нарушения личностной сферы.

Ощущения являются основой многих симптомов и синдромов разнообразных болезней, одними из элементарных (простых) психических явлений. Они могут носить осознаваемый и неосознаваемый характер и влиять на особенности предъявления пациентом жалоб на состояние собственного здоровья, что существенным образом отражается на процессах диагностики и лечения.

В области пограничных состояний наибольший интерес представляют исследования расстройств чувствительности у больных неврозами (F40-F48) и неврозоподобными состояниями (F06), возникающими при органическом поражении лимбических систем (Шогам). Семиология расстройств чувствительности у больных неврозами в настоящее время значительно отличается от традиционно описываемой в классической литературе, в том числе и в учебниках. В клинике современных неврозов гомогенные анестезии уступили место фрагментарным вариантам по типу полос, лент, пятен. Часто встречавшееся прежде одновременное нарушение разных видов чувствительности сменилось диссоциированными вариантами с преимущественным изменением болевой чувствительности. Гипальгезии и гипестезии по частоте и выраженности уступили место гиперальгезиям, гиперестезиям.

Проблемой, ярко иллюстрирующей связь ощущений и эмоций, является проблема боли.

Расстройства памяти.

Память — это психический процесс запоминания, сохранения и последующего воспроизведения прошлого опыта.

В последние десятилетия интенсивные исследования мнестических процессов осуществлялись в нескольких аспектах — психологическом, нейропсихологическом, нейрофизиологическом. В то же время дальнейшее изучение мнестических процессов для собственно медицинских целей: патогенетической и дифференциальной диагностики болезней, осуществления наиболее эффективных лечебно-восстановительных программ — опирается на ряд принципиально важных положений общепсихологической концепции памяти. Ведущим в этой концепции является представление о памяти как психическом процессе, детерминированном деятельностью личности, с присущими ей мотивированностью, направленностью и опосредованностью. Качества памяти определяются степенью участия соответствующего материала в деятельности субъекта, значимости его для достижения предстоящих целей (Выготский, П. И. Зинченко и др.).

Отмеченная личностно-мотивационная обусловленность мнестических процессов отчётливо выступает при рассмотрении особенностей памяти у больных неврозами (F40-F48) и реактивными психозами (F23), то есть при заболеваниях, в механизмах развития которых ведущими являются личностно-мотивационные и эмоциональные расстройства.

Одной из наиболее характерных особенностей памяти у больных неврозами является нередкая диссоциация между степенью выраженности жалоб на снижение памяти и противоречащими им данными наблюдения за поведением больных в клинике. Хорошая память на прошлые и текущие события, значимые для пациента и включённые в психогению, нередко контрастирует с результатами экспериментально-психологического исследования памяти у тех же больных. При оценке этих результатов существенное значение приобретает учёт отношения больных к эксперименту. Показатели памяти оказываются при неврозе различными, например, в случае установки на роль тяжёлого «органического» больного и у пациента, стремящегося «доказать», что он не страдает психическим заболеванием.

В литературе указываются и некоторые относительно характерные особенности памяти у больных неврозами. Кривая запоминания серии слов больных неврозами существенно отличается от таковой у здоровых. Она носит неустойчивый характер: больной «забывает» слово, которое он только что произносил; многие больные нередко повторяют одно и то же слово несколько раз, не исправляя допущенную ошибку. В качестве одной из особенностей воспроизведения слов больными неврозами (F40-F48) отмечается выраженность у них «фактора края» — практически все больные на протяжении исследования начинали воспроизведение серии с первых слов.

Нарушения мышления и интеллекта.

Мышлением называется процесс отражения в сознании человека общих свойств предметов и явлений, а также связей и отношений между ними. Мышление — это процесс опосредованного и обобщённого познания действительности.

Важной особенностью процесса мышления является его связь с речью. Мыслительная деятельность осуществляется с помощью ряда мыслительных операций: анализа и синтеза, сравнения, обобщения и классификации, абстракции и конкретизации. Основу процесса мышления составляют понятия, суждения и умозаключения.

Интеллект и мышление тесно связаны, но они не тождественны. Интеллект включает в себя приобретённые знания, опыт, способность к их дальнейшему накоплению и использованию при умственной деятельности. Мышление является активной функцией интеллекта. Мыслительные операции анализа и синтеза, суждения, умозаключения являются самостоятельными категориями, но осуществляются на основе интеллектуальных возможностей. Мышление — это интеллект в действии.

Отграничение интеллекта от мышления является необходимым в патологии. Хорошо известны клинические наблюдения с временным расстройством мышления при сохранности интеллекта, и, напротив, в случае снижения интеллекта может наблюдаться относительная сохранность осуществления основных мыслительных операций.

При исследовании больных неврозами (F40-F48) и психастенией (F48.8) с помощью стандартизованного набора Векслера и методики Выготского—Сахарова (Гильяшева) по выполнению вербальных заданий особенно резко различались больные истерией (F44) и психастенией. Это относится прежде всего к заданию, требующему обобщения понятий и характеризующему уровень абстракции и тип мышления («сходство»). Невербальные задания все больные неврозами, кроме больных неврастенией (F48.0), выполняли значительно хуже, чем вербальные. Относительно общую трудность для всех больных неврозами, особенно неврастенией, представляли задания «арифметическое», «повторение цифр» и особенно «шифровка», требующие высокой концентрации внимания, собранности, а «шифровка» — и значительной моторной активности. Трудным было также задание «расположение картинок», социальное и лично-значимое содержание которого могло задевать переживания и конфликтные отношения больных, о чем свидетельствовал явно «проективный» характер многих ответов, полученных по этому заданию.

Значительная часть литературы посвящена нарушениям интеллектуальной деятельности при локальных поражениях головного мозга (Лурия, Хомская). Остановимся лишь на результатах исследования лиц с поражением лобных долей (Шауре, Хомская). У этих больных отмечены изменения интеллектуальной деятельности количественного (значительное увеличение времени выполнения заданий и числа ошибок) и качественного характера. Часть из них связана с содержанием деятельности и проявляется в нарушениях категориального аппарата, трудностях актуализации понятий и оперирования ими; другой тип ошибок (персеверативные ответы, соскальзывание на привычные ассоциации, забывание предыдущего результата, замена нужных ассоциаций случайными) обусловлен нарушениями в системе произвольного интеллектуального внимания или произвольной регуляции интеллектуальной деятельности.

Знание особенностей расстройств мышления при различных заболеваниях существенно для целей диагностики, особенно на начальных стадиях болезни (например, неврозов (F40-F48) и невротоподобных форм шизофрении (F21.3), неврозов и органических заболеваний головного мозга (F00-F09), последних и шизофрении (F20-F29)), а также должно учитываться при планировании наиболее адекватных лечебно-восстановительных программ.

Нарушения внимания.

Внимание в психологии рассматривается как направленность психической деятельности, сознания человека на определённые предметы и явления. В отличие от познавательных процессов (восприятие, память, мышление) внимание в своих высших формах выступает в качестве одной из функций произвольной регуляции психической деятельности человека (Выготский, Ананьев).

Основными свойствами внимания являются объем, переключаемость, устойчивость, концентрация и избирательность. Показатели внимания отдельного человека могут варьировать в зависимости от утомления и общего состояния организма, условий среды, отношения человека к соответствующей деятельности и др.

Нарушения внимания обычно наблюдаются при психогенно и соматогенно обусловленных астенических состояниях, весьма своеобразно проявляются при ряде локальных поражений головного мозга, некоторых психических заболеваниях.

При исследовании активного внимания у больных неврозами (F40-F48) (концентрации и переключаемости его), установлено существенное его снижение. Особенно снижено активное внимание у больных неврастенией (F48.0). Относительно общую трудность для всех больных неврозами представляют задания «арифметическое», «повторение цифр» и особенно «шифровка» (субтесты методики Векслера), требующие высокой концентрации внимания.

При исследовании больных неврозами с помощью оценочной шкалы астении (Малкова) в основное кольцо взаимосвязанных признаков (в рамках корреляционной плеяды), наряду с симптомами, подчёркивающими собственно астенические проявления («я испытываю общую слабость», «я чувствую себя усталым», «когда я просыпаюсь утром, то не чувствую себя свежим и отдохнувшим», «меня утомляют люди»), вошли признаки, указывающие на снижение активного внимания — «мне трудно сосредоточиться на каком-либо вопросе или задаче» — и памяти — «я забывчив».

Исследовались особенности внимания у больных шизофренией (F20-F29). Установлено снижение активного произвольного внимания, таких его динамических характеристик, как устойчивость и переключаемость, причем эти расстройства нарастали по мере увеличения дефекта, отражая общее снижение психической активности.

Своеобразный характер имеют расстройства способности переключения внимания, наблюдающиеся при локальных поражениях головного мозга. Так, у больных с поражением лобных долей нередко возникают повторное выполнение,perseverация одного и того же действия, затруднения в переключении внимания на новое действие (Лурия). Постукивая, например, карандашом по столу в определённом ритме (два сильных удара, один слабый), эти больные не могут переключиться на новый ритм (два слабых удара, один сильный и т. п.) и продолжают стереотипно отстукивать ритм, предъявленный для повторения первым. Сходная картина наблюдается при повторении больными с лобными поражениями рядов слогов или слов (би-ба-бо, дом-кот-стол) при перемене последовательности их предъявления в ряду (например, бо-ба-би, ба-би-бо, кот-дом-стол). Больные продолжают настойчиво воспроизводить первую по порядку предъявления последовательность слогов или слов.

Расстройства внимания обычны для больных с травматическими (S06) и сосудистыми заболеваниями головного мозга (I00-I99). У них отмечаются неустойчивость внимания, неспособность к длительной его концентрации и утомляемость.

Эмоциональные расстройства.

Эмоции представляют собой одну из важнейших сторон психической деятельности, характеризующей переживание человеком действительности. Лебединский и Мясищев, указывая, что существенным в определении эмоций является их связь с отношением человека к окружающему и самому себе, видят в них «интегральное выражение изменённого тонуса нервно-психической деятельности, отражающееся на всех сторонах психики и организма человека».

Один из ведущих зарубежных исследователей эмоций Изард подчёркивает, что целостное определение эмоций требует учёта трёх компонентов, характеризующих это явление:

а) переживаемого или осознаваемого ощущения эмоций;

б) процессов, происходящих в нервной, эндокринной, дыхательной, пищеварительной и других системах организма;

в) поддающихся наблюдению выразительных комплексов эмоций, в частности тех, которые отражаются на лице. Отмеченным выше подчёркивается интердисциплинарный характер области, исследующей эмоции, к которой привлечено внимание психологов, нейрофизиологов, врачей и других специалистов.

Разделом психологии — общей и специальной,— способствовавшим интенсификации ряда направлений в исследовании эмоций, явилась область экспрессивных проявлений человека, соотношения эмоций и экспрессии, с выходом на изучение эмоциональной коммуникации между людьми (Бодалев и др.). При изложении особенностей эмоциональных расстройств, учёт которых важен для медицинской практики, целесообразно исходить из группировки эмоций, предложенной Мясищевым. В этом случае отдельно рассматриваются:

1) эмоциональные реакции, для которых типична отчётливая связь возникших переживаний с внезапными обстоятельствами, их вызвавшими;

2) эмоциональные состояния, характеризующиеся изменением нервно-психического тонуса;

3) эмоциональные отношения (чувства) с эмоциональной избирательностью или связью эмоций определённого вида с определёнными лицами, объектами или процессами.

Расстройства эмоциональной сферы характерны для больных невротами (F40-F48). Типичными для современной клиники невротозов являются болезненные эмоционально-аффективные реакции и состояния страха, снижения настроения и др.

Состояния страха при невротозах (F40-F48) условно можно рассматривать в виде трёх основных клинических вариантов: невротической тревоги, невротического страха и невротической фобии. Изучали (Немчин) реакции больных на раздражители — слова и фотографические сюжеты — различной степени эмоциональной значимости для больного. По степени эмоциональной значимости слова и фотосюжеты были условно разделены на три группы: 1) индифферентные, содержание которых не было включено в систему патогенных переживаний; 2) отражающие патогенные переживания больных и особенности болезненной симптоматики; 3) отражающие особенности психотравмирующей ситуации. Регистрировали ЭЭГ-реакции и КГР. При исследовании больных с невротической тревогой электрофизиологические реакции были значительно более выраженными на раздражители, имеющие отношение к содержанию патогенных переживаний и психотравмирующей ситуации. Причем реакции на раздражители, отражающие содержание патогенных переживаний, связанных с болезнью, оказались особенно выраженными. При невротическом страхе были отмечены сходные изменения ЭЭГ и КГР. Однако более выраженными были изменения, вызванные раздражителями, связанными с содержанием самого страха. У больных третьей группы с невротическими фобиями наиболее выраженными и продолжительными были сдвиги, вызванные словами и фотографическими сюжетами, отражающими особенности психотравмирующей ситуации.

В целом больные невротами характеризуются достаточно высокими показателями сенситивности, тревожности, лабильности эмоций, импульсивности и низкими — фрустрационной толерантности. В соответствии с клиническими представлениями сенситивность и тревожность относительно выше у больных невротом навязчивых состояний (F42), лабильность эмоций и импульсивность — в группе больных истерией (F44).

В ещё большей степени к эмоционально-аффективным реакциям, в том числе патологического характера, склонны лица, страдающие психопатиями (F60-F69) (в особенности с истерической (F60.4), эксплозивной (F60.3), эпилептоидной (F60.30) клиническими формами психопатий).