

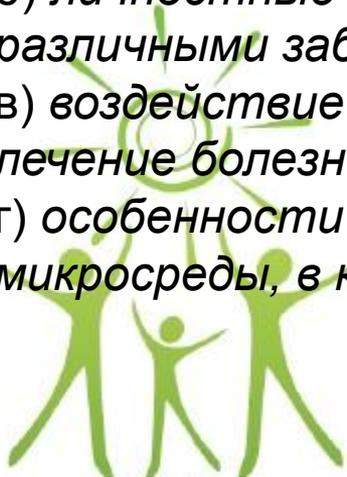
Введение в клиническую психологию

Клиническая психология - междисциплинарная медико-психологическая наука, предмет которой – психические расстройства (нарушения) и психические аспекты соматических расстройств (болезней)

Объект клинической психологии- Человек с трудностями адаптации и самореализации, которые связаны с его физическим, социальным и духовным состоянием

Клиническая психология — это отрасль психологии, **предметом** изучения которой являются:

- а) расстройства (нарушения) психики и поведения;
- б) личностные и поведенческие особенности людей, страдающих различными заболеваниями;
- в) воздействие психологических факторов на возникновение, развитие и лечение болезней;
- г) особенности взаимоотношений больных людей и социальной микросреды, в которой они находятся.



Разделы клинической психологии

**Психиатрическая
клиника**

Патопсихология

изучает нарушения
психической
деятельности,
закономерности
распада психики по
сравнению с нормой

**Неврологическая
клиника**

Нейропсихология

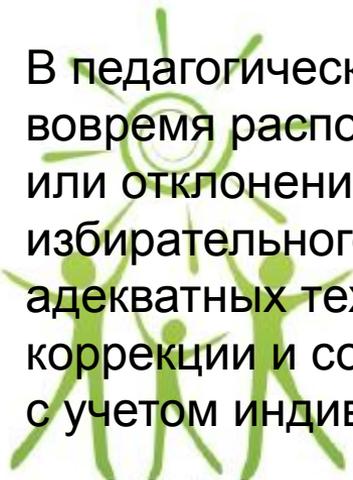
изучает
заболевания ЦНС,
преимущественно
локально очаговые
поражения
головного мозга

**Соматическая
клиника**

Психосоматика

изучает как
изменения психики
влияют на
возникновение
соматических
заболеваний

В педагогической практике клинико-психологические знания позволяют вовремя распознавать у ребенка **нарушения психического развития** или отклонения в поведении, что в свою очередь дает возможность избирательного и эффективного применения в отношениях с ним адекватных технологий воспитания, психолого-педагогической коррекции и создания оптимальных условий для развития его личности с учетом индивидуальных особенностей.



В качестве самостоятельной отрасли психологической науки применительно к педагогической практике современная клиническая психология имеет следующие **задачи**:

- *изучение влияния психологических и психосоциальных факторов на развитие поведенческих и личностных нарушений у ребенка, их профилактику и коррекцию;*
- *изучение влияния отклонений и нарушений в психическом и соматическом развитии на личность и поведение ребенка;*
- *изучение специфики и характера нарушений развития психики ребенка;*
- *изучение характера отношений аномального ребенка с ближайшим окружением;*
- *разработка принципов и методов клинико-психологического исследования в педагогических целях;*
- *создание и изучение психологических методов воздействия на психику ребенка в коррекционных и профилактических целях.*



Понятия клинической психологии

Этиология – это учение о причинах и условиях возникновения патологии

Патология – отклонение от нормы, которое предполагает специальные условия обучения, воспитания

Патогенез – механизм развития определенного заболевания или патологического процесса

Симптом – признак, проявление

Синдром – комплекс симптомов, объединенных единым патогенезом

Болезнь («nosos») – это конкретная болезнь, которая выделена на основе установленной этиологии, установленного патогенеза и которое имеет характерную клиническую картину

Любая болезнь начинается остро, имеет пик, динамику и исход

Патологическое состояние (patos) – состояние нездоровья, которое может сопровождать человека всю оставшуюся жизнь и устойчиво к терапевтическим воздействиям, которые трудно поддаются коррекции («олигофрения», отсутствие конечности)

Онтогенез – индивидуальное развитие от момента зачатия до смерти

Методы клинической психологии

Клиническое интервью это метод получения информации об индивидуально-психологических свойствах личности, психологических феноменах и психопатологических симптомах и синдромах, внутренней картине болезни и структуры проблемы пациента. Интервью отличается от обычного расспроса тем, что нацелено на выявление скрытых мотивов поведения человека и оказание ему помощи

Беседа и анализ анамнестических сведений.

Метод беседы относится к диалогическим (интерактивным) техникам, которые предполагают вступление психолога в непосредственный вербальный и невербальный контакт с обследуемым. Во время беседы определяют наличие или отсутствие характерных психологических признаков и на этом основании описывают психический статус (состояние) больного.

Анамнез подразделяется на субъективный (то, что рассказывает о себе сам человек) и объективный (то, что сообщают о нем окружающие, медицинская и иная документация).



Методы клинической психологии

Наблюдение- это метод сбора первичной информации об изучаемом объекте путем непосредственного восприятия и прямой регистрации фактов, значимых для целей исследования.

С помощью метода наблюдения изучают психические процессы (память, мышление, внимание), психические свойства личности (темперамент, характер, способности), психические состояния (тревогу, депрессию).

Самонаблюдение – анализ своих действий и чувств, оценка своего отношения к другим людям и их отношение к себе.

Внешнее наблюдение – это наблюдение со стороны.

Свободное наблюдение не имеет заранее установленных рамок и программ, а **стандартизированное**, напротив, заранее определено и ведется по четкой программе.

Включенное наблюдение предполагает личное участие психолога в исследовании, когда он превращается в бомжа, религиозного фаната и т.д.

При **скрытом** наблюдении можно наблюдать человека незаметно



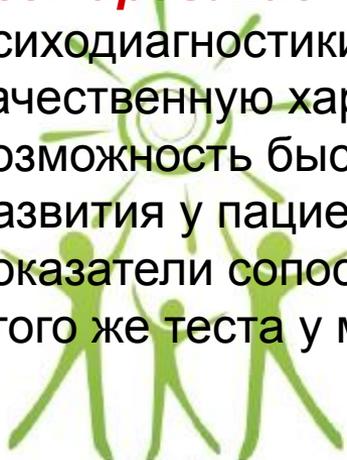
Методы клинической психологии

При использовании метода **изучения продуктов психической деятельности** об особенностях личности больного судят по таким материалам, как его сочинения, рисунки и т.д.

Эксперимент это метод, предполагающий активное вмешательство исследователя в деятельность участника эксперимента с целью создания условий для проверки какой-либо гипотезы.

Психологический эксперимент представляет собой модель жизненной ситуации, которая способна выявлять (объективировать) особенности как отдельных психических функций, так и личностных свойств, установок, мотивов деятельности пациентов.

Тестирование – это стандартизированный и специализированный метод психодиагностики, с помощью которого можно получить количественную или качественную характеристику изучаемого явления. Тестирование дает возможность быстро оценить психическое явление и/или уровень его развития у пациентов. Получаемые с помощью теста количественные показатели сопоставляют с результатами, полученными при применении этого же теста у многих людей с учетом возраста, образования и т.д.



ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ С ДРУГИМИ НАУКАМИ

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

психиатрия

учитывает психологические компоненты и факторы психических заболеваний, предполагает участие клинического психолога в диагностическом процессе

общая психология

выступает как теоретическая и концептуальная основа, разрабатывает методологические принципы, дефиниции

дифференциальная психология

позволяет осуществлять оценку индивидуально-психологических свойств как возможных условий нарушения психики

психология развития, возрастная психология

анализируют вопросы нормативности развития психических процессов, свойства, вырабатывают критерии оценки адекватности поведения

психодиагностика, экспериментальная психология

разрабатывают методы исследования психических особенностей пациентов

физиология ВВД, психофизиология

осуществляет поиск взаимосвязей между патопсихологическими процессами и их физиологическими коррелятами

неврология, психоневрология

реализует принцип психоневрального параллелизма: каждому событию в психической сфере обязательно соответствует отдельное событие на уровне ИС-чл

психотерапия, психологическое консультирование

предлагают пути и средства оказания психологической помощи пациентам

валеология, психогигиена

определяют факторы, противостоящие возникновению психических и соматических расстройств, уточняют критерии психического здоровья, разрабатывают психопрофилактические меры

психофармакология

изучает психологические эффекты лекарственных средств (в т.ч. плацебо-эффект при разработке новых лекарственных соединений)

специальная психология, педагогическая психология

реализуют поиск путей коррекции проблемного поведения детей и подростков, вызванного нарушениями психического функционирования или аномалиями личностного развития

девиантология, суицидология

осуществляют поиск клинических основ девиаций, рассматривают коррекцию и профилактику отклоняющихся форм поведения

неврозология

исследует психологические факторы этиологии, патогенеза, прогноза невротических расстройств, рассматривает систему психологической помощи при неврозах

деонтология

рассматривает вопросы медицинского взаимодействия, врачебного долга, этики, врачебной тайны

Норма и патология. Здоровье и болезнь

Норма – это термин, в который вкладывается два содержания:

Статистическое содержание нормы: уровень функционирования организма или личности, который свойственен большинству людей и является типичным (статистическая норма)

Оценочное содержание нормы:

- идеальный образец состояния человека (совершенство).
- функциональные нормы
- социальные нормы
- индивидуальная норма

Любое отклонение от нормы – **патология** - (медицинский термин) - нарушение на биологическом уровне функционирования организма

Клиническая психология включает в понятие патология и такие отклонения от нормы, в которых нет никаких биологических компонентов («патологическое развитие личности»). Нормальное состояние, функционирование или развитие личности изменяется вследствие морфно-функциональных нарушений (на уровне мозговых, психофизиологических, эндокринных и иных биологических механизмов регуляции поведения)

Расстройство – отсутствие или нарушение существовавшего ранее обычного для человека состояния. Могут вызываться взаимодействием ряда факторов биологического, психологического и социального уровня.



Здоровье и болезнь

На социальном уровне функционирования человека норма и патология выступают в качестве состояний **здоровья и болезни**

Состояние здоровья:

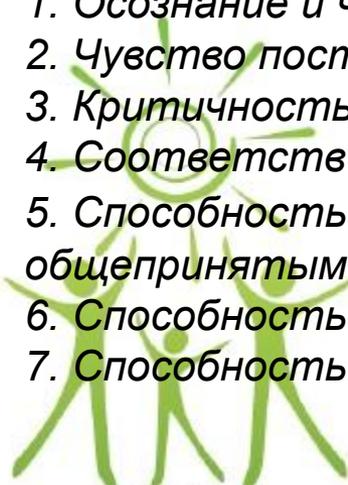
- 1. Негативное определение здоровья** – отсутствие патологии и соответствие норме. Норма – здоровье, патология – болезнь.
- 2. Позитивное определение здоровья** – а пытается раскрыть его автономное от болезни содержание

Общее определение здоровья (ВОЗ) – состояние, при котором:

Сохранены все структурные и функциональные характеристики организма, имеется высокая приспособляемость к изменениям в привычной природной и социальной среде, сохраняется эмоциональное и социальное благополучие

Критерии психического здоровья (ВОЗ):

1. Осознание и чувство непрерывности, постоянства своего «Я»
2. Чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях
3. Критичность к себе и к результатам своей деятельности
4. Соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий
5. Способность управления своим поведением в соответствии с общепринятыми нормами
6. Способность планировать свою
7. Способность изменять поведение в зависимости от ситуации



В определении **болезни** существуют две точки зрения:

Болезнь есть любое состояние, диагностируемое профессионалом (оценочное по объективным признакам расстройство функционирования)

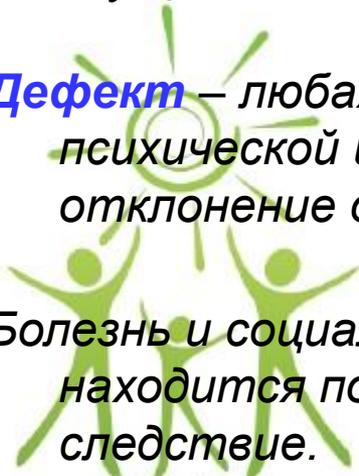
Болезнь есть субъективное ощущение себя больным (отражает проблемы пациента, а не само расстройство)

Нетрудоспособность - ограниченность конкретного индивидуума, вытекающая из дефекта или инвалидности, которая препятствует или лишает его возможности исполнять социальную роль.

Инвалидность - любое ограничение или отсутствие способности осуществлять ту или иную деятельность

Дефект – любая утрата анатомической структуры (а вместе с ней психической и физиологической функции) или существенное отклонение от нее

Болезнь и социально – психологическая дезадаптация человека могут находиться по отношению друг к другу и как причина, и как следствие.



Уровни нервно-психического реагирования у детей и подростков (по В. В. Ковалеву):

Сомато-вегетативный (0–3 года) – различные варианты невропатического синдрома, повышенная общая и вегетативная возбудимость, склонность к расстройствам пищеварения, нарушениям питания, расстройствам сна, нарушениям навыков опрятности и т.д.

На фоне незрелости всех систем организм в этом возрасте на любое патогенное воздействие реагирует комплексом **сомато-вегетативных реакций, таких, как общая и вегетативная возбудимость, повышение температуры тела, нарушение сна, аппетита, желудочно-кишечные расстройства.** Проявления возможны у детей раннего и иногда предшкольного возраста в клинике невротических расстройств, **резидуально-органических нервно-психических расстройств, шизофрении** и т.д.

Психомоторный (4 – 7 лет)

означает прежде всего нарушения развития движения. Характерен для детей дошкольного и младшего школьного возраста и проявляется в таких синдромах, **как гиперактивность, системные, невротические и неврозоподобные расстройства – тики, заикание, мутизм** и т.д.

Интенсивное формирование корковых отделов двигательного анализатора, и в частности лобных отделов головного мозга, делает данную систему предрасположенной к гипердинамическим расстройствам различного генеза (психомоторная возбудимость, тики, заикание, страхи). Возрастает роль психогенных факторов – неблагоприятных травмирующих отношений в семье, **реакций на привикание к детским образовательным учреждениям, неблагоприятных межличностных отношений;**

Аффективный (7-12 лет)

на любую вредность ребенок реагирует с заметным аффективным компонентом – от выраженной аутизации до **аффективной возбудимости с явлениями негативизма, агрессии, невротическими реакциями**. Этот период включает **симптомы страха, повышение аффективной возбудимости, уходы из дома и бродяжничество**.

Эмоционально-идеаторный (11 – 17 лет)

проявляется преимущественно в предпубертатном и пубертатном периодах на основе сверхценных образований, склонность к которым возникает в юношеском возрасте. К ним относятся все патологические реакции пубертатного возраста по Г. Е. Сухаревой (психогенные ситуационные реакции, а именно - **протест, эмансипация; сверхценный ипохондрический синдром, синдром дисморфофобии, нервной анорексии, синдромы сверхценных влечений, интересов**, в том числе синдром философической интоксикации). Характеризуется патологическим фантазированием, сверхценными увлечениями, сверхценными ипохондрическими идеями, такими, как идеи мнимого уродства (дисморфофобия, нервная анорексия), психогенными реакциями протеста, оппозиции, эмансипации.



Патопсихология

от греч. pathos — (страдание, болезнь)

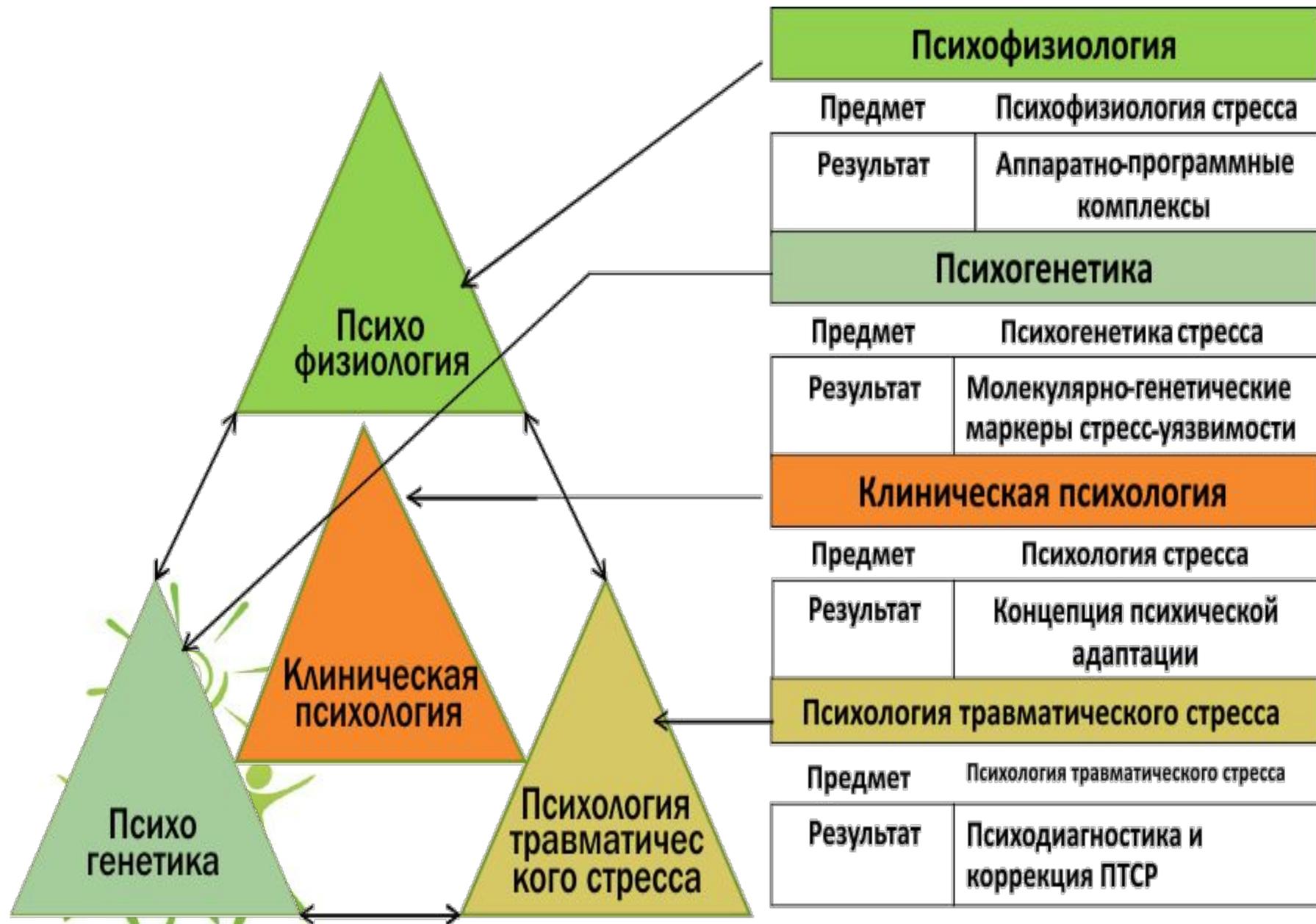
Раздел клинической психологии, изучающий **закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме**

Психиатрия: изучает болезнь.

Патопсихология: изучает человека и его функционирование в социуме.

Психопатология — раздел психиатрии и клинической психологии, занимающийся изучением расстройств психики с точки зрения медицины и психологии





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

Патопсихология изучает закономерности распада психических процессов при разных расстройствах (болезнях), а также факторы, способствующие созданию эффективных коррекционных методов лечения.

В практические задачи патопсихологии входит анализ структуры психических расстройств, установление степени снижения психических функций, дифференциальная диагностика, изучение особенностей личности и исследование эффективности терапевтических воздействий.



Задачи патопсихологии.

- Клинико-психологическая диагностика.
- Участие патопсихологов в экспертной работе.
- Психотерапия и психокоррекция.
- Реабилитация больных и социально-трудовая адаптация личности.
- Работа с семьей больных.
- Научная, исследовательская деятельность.
- Профилактика (первичная, вторичная, третичная).

Методы патопсихологии

- Экспериментально-психологическое (патопсихологическое) исследование
- Беседа
- Наблюдение
- Методы психокоррекции и психотерапии
- Анализ продуктов деятельности больного



Принципы патопсихологического экспериментального исследования.

- системный качественный анализ психической деятельности ;
- моделирование психической деятельности в экспериментальных условиях;
- апелляция к личности больного, актуализация его личностных отношений;
- активная позиция патопсихолога во время эксперимента, рассматриваемого как совместная с испытуемым деятельность ;
- выявление не только нарушенных, но и сохранных сторон психической деятельности для опоры на них в психокоррекционной работе.



Из ряда психопатологических синдромов наибольшее значение имеют следующие:

1. шизофренический, или диссоциативный симптомокомплекс (F20-F29) — складывается из таких личностно-мотивационных расстройств, как

- изменение структуры иерархии мотивов,
- нарушение целенаправленности мышления ;
- эмоционально-волевых расстройств,
- изменения

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

Заболевания: шизофрения, шизоаффективные расстройства , шизотипическое и шизоидное расстройство личности.

2. психопатический (личностно-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 (F43);

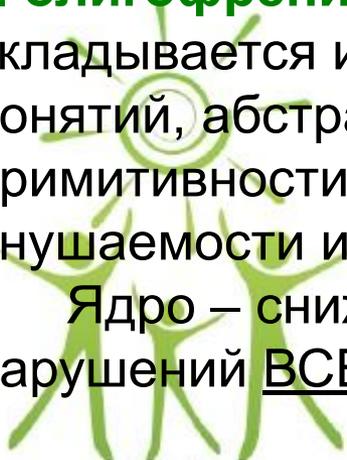
Ядро – аффективная обусловленность поведения, нарушение регуляции и подконтрольности поведения (ТРИАДА ГАННУШКИНА!).

3. 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.

4. 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.



Нарушения сознания и самосознания.

Сознание – высшая, связанная с речью функция мозга, отражающая в обобщенном виде реальную действительность и целенаправленно регулирующая деятельность человека.

Сознание включает в себя не только знание об окружающем мире, но и знание человека о себе – **самосознание**.

Критерии нарушенного сознания (по К. Ясперсу).

1. *Дезориентировка* во времени, месте, ситуации,
2. Отсутствие отчетливого *восприятия* окружающего,
3. Разные степени бессвязности *мышления*,
4. Затруднение *воспоминаний* происходящих событий и субъективных болезненных явлений.



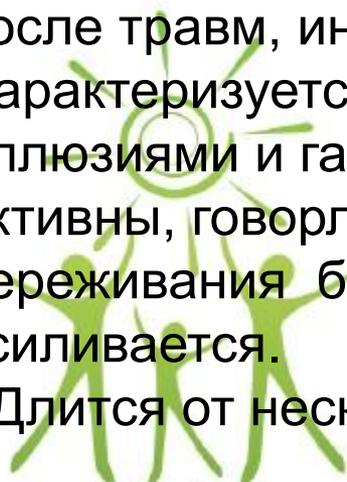
Нарушения сознания и самосознания.

Оглушенное состояние сознания.

- Встречается при острых нарушениях ЦНС, при инфекционных заболеваниях, отравлениях, ЧМТ.
- Характеризуется резким повышением порога для всех внешних раздражителей. Больные выглядят «как бы спясонок», замедленны в движениях, молчаливы, безучастны к окружающему, легко наступает сон.
- Длится от минут до нескольких часов.

Делириозное помрачение сознания.

- Встречается у больных с органическим поражением головного мозга после травм, инфекций.
- Характеризуется ложной ориентировкой во времени и пространстве, иллюзиями и галлюцинациями, бредовыми идеями. Больные активны, говорливы, м.б. возбужденными. Выражение лица отражает переживания больного (страх, любопытство и др.). Ночью делирий усиливается.
- Длится от нескольких часов до нескольких дней.



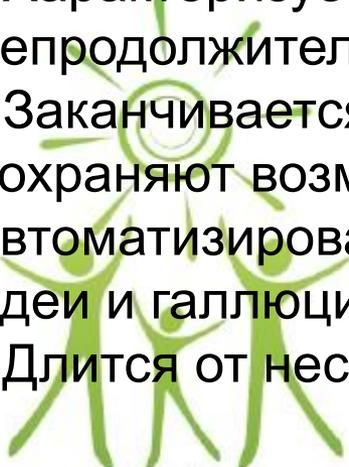
Нарушения сознания и самосознания.

Онейроидное (сновидное) состояние сознания.

- Встречается в психотическом состоянии (при шизофрении и др.).
- Характеризуется сочетанием (сосуществованием реального и фантастического) отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных представлений фантастического характера (межпланетные путешествия, гибель городов и др.).
- Длится несколько часов.

Сумеречное состояние сознания.

- Встречается при органических поражениях мозга (эпилепсия и др.).
- Характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью, внезапным прекращением
- Заканчивается глубоким сном и последующей амнезией. Больные сохраняют возможность выполнения привычных автоматизированных действий. Часто имеют место бредовые идеи и галлюцинации.
- Длится от нескольких часов до нескольких минут.



Нарушения сознания и самосознания.

Псевдодеменция.

- Встречается при органических поражениях ЦНС и при реактивных состояниях.
- Характеризуется остро наступающими расстройствами суждения, интеллектуально- мнестическими нарушениями. Больные благодушны, апатичны.
- Длится от нескольких дней до нескольких недель.

Деперсонализация.

- Возникает при эпилепсии, шизофрении, после ЧМТ и др.
- Характеризуется чувством отчуждения собственных мыслей, аффектов, действий, своего "Я", которые воспринимаются как чужие, больному не принадлежащие.
- Нарушение "схемы тела" - дисморфобии.
- Длится долго.



Нарушения восприятия.

ВОСПРИЯТИЕ

Как познавательный процесс, формирует субъективную картину мира.

Как психический процесс - отражение предмета или явления в целом при его непосредственном воздействии на органы чувств.

Уровень ощущений

- а) изменение порога чувствительности (Психическая гиперестезия. Психическая гипестезия. Психическая анестезия
- Парестезии –регистрируется в виде чувства жжения, онемения, ползания мурашек.
- б) сенестопатии - тягостные, неопределенные, трудно локализуемые, диффузные, беспредметные ощущения, с проекцией внутрь тела

Психосенсорные расстройства

- искаженное восприятие пространства и времени.
- нарушение восприятия «схемы тела»

Галлюцинации - образ восприятия без стимула.

Иллюзии - ошибки восприятия (стимул есть, воспринимается неправильно).

Агнозии - нарушения узнавания (в разных модальностях).

Псевдоагнозии - ошибки восприятия из-за нарушения осмысленности, обобщенности и произвольности восприятия.

Нарушения памяти.

ПАМЯТЬ одна из ВПФ, предназначенная накапливать, сохранять и воспроизводить информацию о событиях внешнего мира и реакциях организма, многократно использовать её в сфере сознания для организации последующей деятельности.

Количественные нарушения - ослаблением, выпадением или усилением следов памяти

Качественные нарушения (парамнезии) - ложные воспоминания, смешение прошлого и настоящего, реального и воображаемого.

Гипомнезия - нарушение памяти, при котором теряется способность вспомнить о хорошо известном факте без напоминания.

Нарушение непосредственной памяти.

Корсаковский синдром.

Нарушение памяти на текущие события при сохранности памяти на прошлое, конфабуляции в отношении текущих событий, дезориентировка в месте и времени.

Прогрессирующая амнезия.

Нарушение памяти на текущие события и нарастание нарушений памяти на прошлое, нарушение ориентировки в месте и времени

Нарушения памяти.

Нарушение динамики мнестической деятельности.

Колебания продуктивности мнестической деятельности.

У больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга, при интоксикациях.

Нарушение опосредованной памяти.

Опосредование улучшает запоминание у здоровых людей, у больных опосредование при запоминании нарушено.

Методика Пиктограмма (А.Р.Лурия).

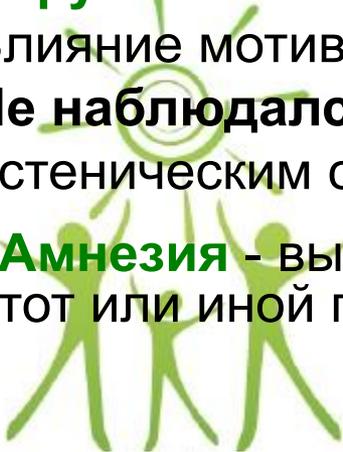
Опосредование нарушено при деменциях, при эпилепсии.

Нарушение мотивационного компонента памяти.

Влияние мотивации на запоминание. «Эффект Б.В.Зейгарник».

Не наблюдался у больных шизофренией, у больных с астеническим синдромом

Амнезия - выпадение памяти на разные сведения, навыки либо на тот или иной промежуток времени.



Нарушения внимания

ВНИМАНИЕ - когнитивный процесс, который обеспечивает упорядочивание поступающей извне информации в аспекте приоритетности стоящих перед субъектом задач.

В зависимости от наличия сознательного выбора направления и регуляции выделяют произвольное и непроизвольное.

Психологической особенностью произвольного внимания является сопровождение его переживанием большего или меньшего волевого усилия, напряжения, причем длительное поддерживание произвольного внимания вызывает утомление, зачастую даже большее, чем физическое напряжение.

Детская гиперактивность — отклонение от возрастных норм онтогенетического развития. Возникновение гиперактивности может быть обусловлено органическими поражениями центральной нервной системы, генетическими факторами и нарушениям регуляции активного внимания и тормозящего контроля.



Нарушения внимания

Маниакальный синдром — характеризуется состояниями повышенного, эйфорического настроения и активности, ускорения мышления, вплоть до скачки идей. При этом возникают нарушения целенаправленной деятельности.

Сужение объема внимания - неспособностью удерживать в кругу произвольной целенаправленной деятельности достаточно большое число представлений и свободно оперировать ими.

Уменьшение глубины внимания - преобладании пассивного внимания над активным - повышенная отвлекаемость, ослаблении наблюдательности, поверхностный характер и неустойчивость внимания. Тяжелая степень отвлекаемости -- гиперметаморфоз -- полная утрата способности к активному сосредоточению.

Истощаемость внимания - снижение способности к длительному сосредоточению на определенном явлении или деятельности.

Тугоподвижность - неспособность к быстрому и частому переключению внимания с одного явления или деятельности на другие, инертностью установок, прилипчивостью, застреваемостью

Нарушение направленности - прикованность внимания к явлениям, заслоняющим от больных другие важные стороны жизни.



Нарушения мышления

МЫШЛЕНИЕ одна из психических функций, процесс отражения и познания существенных связей и отношений предметов и явлений объективного мира.

Нарушение операциональной стороны мышления

При всем многообразии нарушения его можно свести к двум крайним вариантам:

- 1) снижение уровня обобщения;
- 2) искажение процесса обобщения.

Нарушение динамики мышления

Лабильность мышления - неустойчивости способа выполнения задания. неадекватный характер суждений

Инертность мышления - инертность связей прошлого опыта. В этих случаях люди не могут менять избранного способа своей работы, изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой.

По темпу:

Ускоренное мышление , мантизм- наплыв мыслей)

Замедленное мышление (тугоподвижность, ригидность при эпилепсии).

Нарушения мышления

Нарушения стройности:

1. **Разорванность мышления** – нарушение смысловых связей между членами предложения при сохранности грамматики построения.
2. **Бессвязность** – нарушение смысла и синтаксического строя речи.
3. **Вербигерации** – стереотипы в речи, до бессмысленной подборки сходных по звучанию слов.
4. **Парагномен** – действие под влиянием внезапного нелепого умозаключения.
5. **Паралогическое мышление** – отсутствие адекватной логики.

Нарушения целенаправленности:

- патологическая обстоятельность
- резонерство
- Дементная - детализация
- Персеверация Персеверация - символизм

По темпу:



Нарушения мышления

Нарушение личностного компонента мышления

Разноплановость суждений, резонерство, нарушение критичности и саморегуляции.

Критичность мышления предполагает сличение получаемых результатов с условиями задачи и предполагаемыми итогами. Люди могут актуализировать неадекватные связи и отношения, которые приобретают смысл из-за измененных установок больных шизофренией (не критичность).

Разноплановость - суждения людей о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях.

Резонерство – склонность к "бесплодному мудрствованию", тенденция к многоречивым рассуждениям

Нарушение саморегуляции – невозможность целенаправленной организации своих мыслительных действий. При этом людям могут быть доступны сложные обобщения, логические операции, но в результате расплывчивости мышления, его не целенаправленности выявляется неспособность решения поставленных задач.



Нарушение личности

Нарушение структуры иерархии мотивов.

- Формирование патологически измененной потребности, нарушение иерархии мотивов.
- Формирование патологических потребностей и мотивов.
- Превращение социальной потребности в патологическое влечение (М.Карева).
- Антивитальные действия (отказ от еды) не прекращаются, преобразуются в мотив (сдвиг мотива на цель действия).



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).



Олигофренический ППС

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.