МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

(ДГТУ)

КАФЕДРА «Психофизиология и клиническая психология»

Лекционные материалы по дисциплине: «Патопсихология»

для обучающихся по направлению подготовки (специальности)

37.03.01 «Психология»

форма обучения –заочная

2022г

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

Лекция 1. Патопсихология: предмет и задачи

1. Патопсихология как отрасль психологии.
2. Прикладное значение патопсихологии.
3. Теоретические и практические задачи патопсихологии.
4. Основные понятия патопсихологии.
5. История развития патопсихологии.
6. Методы патопсихологического исследования и их особенности.

Патопсихология возникла на стыках психологии, психопатологии и психиатрии, в чем заслуга таких выдающихся отечественных деятелей, как Б. В. Зейгарник, Ю. Ф. Поляков и др.

Патопсихология, согласно Б. В. Зейгарник, изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме. Часто дискуссионным остается вопрос о разграничении предмета патопсихологии и психопатологии как раздела психиатрии. Это неизбежно, так как обе науки имеют дело с одним и тем же объектом – нарушениями психической деятельности. Как отмечает В. М. Блейхер, психопатология не сводится к патологическим изменениям психики. Это наука, не только описывающая клинические проявления нарушений психики, но и изучающая их механизмы, в том числе и психологические.

Патопсихология тесно связана с такими дисциплинами, как психиатрия, психопатология, неврология, психофармакология, физиология высшей нервной деятельности, психофизиология, валеология, общая психология, психодиагностика, специальная психология и педагогика.

Патопсихология является прикладной отраслью психологической науки и, как психологическая дисциплина, исходит из закономерностей развития и структуры психики в норме.

При проведении системных исследований в рамках патопсихологии особое внимание следует уделять тому обстоятельству, что изучаются не столько разные стороны каких-либо явлений (например, когнитивные процессы), а выделяется главный фактор, позволяющий изучить целостность данной системы. Таким целостным фактором является для патопсихологии анализ деятельности больного человека в реальной жизненной ситуации. Поэтому патопсихологическое исследование всегда нацелено на реального человека в его неразрывной взаимосвязи с социальной средой.

Патопсихология как психологическая дисциплина исходит из закономерностей развития и структуры психики в норме.

Следовательно, **объект** патопсихологии – патологические состояния мозга, а **предмет** – изменение психической деятельности при патологических состояниях мозга в сопоставлении с нормой. В целом, в рамках

патопсихологии исследуются закономерности искажений отражательной деятельности мозга.

Несмотря на то, что патопсихология очень близка по своему предмету к психиатрии, – существует принципиальное отличие между этими отраслями знаний о человеке. Данное *различие* проявляется, прежде всего, в том, что психиатрия, как и всякая отрасль медицины, направлена, в первую очередь, на выяснение причин психической болезни, на исследование синдромов и симптомов, типичных для того или иного заболевания,закономерностей их проявления и чередования, на анализ критериев прогноза болезни, на лечение и профилактику психического заболевания.

Общетеоретические задачи, решаемые патопсихологией.

1. Роль личностного компонента в структуре познавательной деятельности: мышления, восприятия, памяти. На материале, полученном от больных, исследуется информация о нарушении восприятия при изменении мотивационной сферы. Например: у шизофреников нарушена мотивация. Особенности личности при шизофрении влияютна познавательную сферу.

2. Вопрос о соотношении социального (психологического) и биологического в развитии человека. Например: у алкоголиков возникает энцелофопатия — нарушение мозговой деятельности. Этот пример является моделью того, как работают структуры мозга в данных условиях.

3. Вопрос о соотношении распада и развития психики.

Практические задачи, стоящие перед патопсихологическим исследованием, чрезвычайно разнообразны.

1. *Дифференциально – диагностическая задача:* экспериментальные данные, характеризующие нарушения психических процессов при различных формах заболевания служат дополнительным материалом для постановки диагноза.

2. *Анализ структуры психического дефекта*, установление степени психических нарушений у больного, его интеллектуального снижения вне зависимости от дифференциально-диагностической задачи (например, при оценке качества ремиссии, при анализе эффективности лечения).

3. Определение *характера действия терапевтических средств* (например, изучение эффективности применения медикаментовдля купирования тех или иных симптомов и синдромов).

4. *Психопрофилактические задачи*: вопросы профотбора и профессиональной гигиены (психологическое состояние, работоспособность, личностные особенности того или иного человека, предстоящая деятельность может быть связана со значительными нервно-психическими нагрузками, в том числе проблема профессиональной деформации личности).

5. Решение задач *психиатрической экспертизы* (судебной, военной, профессиональной).

6. Обоснование психологических рекомендаций для проведения психологической коррекции (*направленность на психокоррекцию*). Эффективная психологическая коррекция обязана базироваться на углубленном анализе и квалификации психического состояния больного человека.

Работа патопсихолога должна быть нацелена не только на квалификацию того или иного нарушения познавательной или мотивационной сферы или характеристики измененной самооценки, уровня притязаний больного, но и на оценку его потенциальных возможностей, раскрытие которых приведет к улучшению психического состояния пациента, т.е. нацеленность не только на установление наличия того или иного нарушения, но и на квалификацию скрытых, потенциальных возможностей личности больного – того, что Л.С. Выготский назвал «социальным развитием».

7. *Специфические задачи детской патопсихологии*: наряду с задачами дифференциальной диагностики, установлением степени снижения и учета эффективности лечения к особенностям детской патопсихологии относится вопрос о прогнозе обучаемости и связанный с ним вопрос об отборе детей в специализированные образовательные учреждения.

Особенно ценным в этом отношении оказывается динамическое прослеживание детей, которое открывает возможность анализа данных о прогнозе обучаемости ребенка и осмыслить те теоретические принципы, на которых базировался прогноз.

Однако задачи патопсихологической работы в клинике детского возраста не исчерпываются поисками критериев диагностики и обучаемости. В этой области проводится большая психокоррекционная работа. Она касается как восстановления отдельных поврежденных психических функций, так и коррекции нарушенного развития детей в целом. Важнейшая задача - коррекция и профилактика проблемного развития детей.

Патопсихология является самостоятельной дисциплиной. Имея свои объект и предмет изучения, она решает определённые проблемы и задачи. При этом патопсихология использует собственные методы и, соответственно,свою терминологию, знание и понимание которой необходимо психологам. ***Одними из основных понятий*** в данном случае *являются «симптом», «синдром».*

Симптом – это фиксированное по форме описание признака, соотнесённого с определённой патологией. Это – терминологическое обозначение патологического признака. Но симптомом является не каждый признак, а лишь тот, который имеет причинно-следственные связи с патологией.

Выделяют продуктивные (позитивные) и негативные психопатологические симптомы. Продуктивные симптомы обозначают

привнесение в психику чего-то нового в результате болезненного процесса (бред, галлюцинации, кататонические расстройства).

Негативные же симптомы включают признаки обратимого или стойкого дефекта, изъяна, ущерба вследствие того или иного болезненного психического процесса (абулия, амнезия, апатия и т.п.).

В клинической картине болезни позитивные и негативные симптомы проявляются в единстве, сочетании и, как правило, имеют обратно пропорциональное соотношение: чем более выражены позитивные симптомы, тем меньше, беднее и фрагментарнее – негативные.

Совокупность всех выявленных в процессе обследования конкретного больного симптомов *образует симптомокомплекс*.

Синдром – это закономерное сочетание симптомов, которые связаны между собой единым патогенезом и соотносятся с определёнными нозологическими формами. Синдромы так же делятся на продуктивные и негативные.

Симптомы и синдромы являются тем материалом, из которого складывается *клиническая картина болезни*.

Понятие *«болезнь»* используют для характеристики состояний, которые не выглядят как нормальные и поэтому нуждаются в специальном объяснении, т.е. болезнью называют состояние организма при нарушении нормальной жизнедеятельности, работоспособности.

Между нормальным состоянием человека и болезнью существуют промежуточные состояния, могущие включать в себя те или иные патологические нарушения. Эти предболезненные состояния правильнее квалифицировать не как промежуточные между нормой и патологией или между здоровьем и болезнью, а как переходные от нормы к болезни. Тем самым они сохраняют статус здоровья, несмотря на то, что не относятся к норме.

Таким образом, *предболезнь* – лишь вероятность возникновения болезни. Поэтому отождествлять её с заболеванием, которому она предшествует, недопустимо. Но поскольку болезнь неизбежно начинается с предболезни, последняя является наипервейшей, наиболее ранней стадией заболевания. Предболезнь может служить свидетелем сохранности защитных сил организма, направленных на то, чтобы не допустить развития заболевания. С другой стороны, состояние предболезни указывает на действие условий и механизмов, уже формирующих заболевание.

Чаще всего болезнь проявляет себя в виде определённых изменений в теле человека, в его поведении, в высказываниях, т.е. в виде определённых симптомов. В то же время заболевание имеет и внутренние, психологические проявления как комплекс ощущений, переживаний больного человека, его отношение к факту болезни, к самому себе как к больному. Для обозначения этой стороны заболевания используют термин *«внутренняя картина болезни». Впервые это понятие ввёл А.Р.Лурия.*

Психологические методики условно можно разделить на нестандартизированные и стандартизированные. Для патопсихолога основными методами исследования являются *нестандартизированные* – экспериментально-психологические методики. Они направлены на выявление определённых видов нарушений психических процессов и подбираются индивидуально для каждого больного в зависимости от задач, стоящих перед психологом. *Стандартизированные методики при патопсихологическом обследовании используются в качестве дополнительных.*

Основные методы патопсихологического исследования:

1. Наблюдение
2. Эксперимент (формирующий)
3. Интервью, клиническая беседа
4. Опросники, анкеты (если тесты, то преимущественно нестандартизированные, а стандартизированные, в качестве дополняющих)

В практике наиболее распространены Тест Векслера, «Прогрессивные матрицы Равена», Тест структуры интеллекта Амтхауэра. К методу тестирования относятся и личностные опросники, которые предназначены для измерения личностных особенностей. Материалом для них являются вопросы, на которые обследуемый должен ответить, или утверждения, с которыми он должен согласиться или не согласиться. Выделяют несколько групп опросников: опросники типологические; опросники, выявляющие черты личности; опросники патохарактерологического плана и др. Наиболее известны Опросники Г.Ю. Айзенка, Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI), 16- факторный личностный опросник Р.Кеттелла, Патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО).

История становления отечественной патопсихологии

Отечественная патопсихология имеет иную историю развития, чем современная клиническая психология на Западе.

Развитые отечественной патопсихологии с самых истоков отличалось прочными естественнонаучными традициями. На формирование ее принципов и методов исследования оказала влияние работа И. М. Сеченова "Рефлексы головного мозга" (1863), которая пробила "брешь в стене", разделявшей физиологию и психологию.

Преемником И. М. Сеченова на этом пути стал В. М. Бехтерев, психиатр по образованию, родоначальник материалистически ориентированной экспериментальной психологии и основоположник патопсихологического направления в России. Как представитель рефлекторной концепции он считал единственно научным объективный метод исследования психической деятельности, требующий по возможности охватывать всю совокупность фактов внешнего проявления невропсихики и сопутствующих условий..." О диапазоне патопсихологических исследований

можно судить по докторским диссертациям, выполненным под руководством В. М. Бехтерева: Л. С. Павловская. Экспериментально-психологические исследования над больными "с нарастающим паралитическим слабоумием (1907); М. И. Аствацатуров. Клинические и экспериментально-психологические исследования речевой функции (1908); К. Н. Завадовский. Характер ассоциаций у больных с хроническим первичным помешательством (1909); А. В. Ильин. О процессах сосредоточения (внимания) у слабоумных душевнобольных (1909); Л. Г. Гутман. Экспериментально-психологические исследования в маниакально-меланхолическом психозе (1909); В. В. Абрамов. Объективно-психологическое исследование творчества и других интеллектуальных функций у душевнобольных (1911) и др.

Представителями школы В. М. Бехтерева было разработано много методик экспериментально-психологического исследования душевнобольных. Некоторые из них (методика сравнения понятий, определения понятий) вошли в число наиболее употребляемых в советской психологии.

Вторым крупным центром отечественной психиатрии, в котором развивалась экспериментальная психология, была психиатрическая клиника С. С. Корсакова, организованная в 1887 г. при медицинском факультете Московского университета. Психологической лабораторией клиники заведовал А. А. Токарский. Под его редакцией выходили "Записки психологической лаборатории", значительное содержание которых составляли исследования студентов.

На становление патопсихологии как особой области знаний большое влияние оказали идеи выдающегося советского психолога Л. С. Выготского:
1) мозг человека имеет иные принципы организации, нежели мозг животного;
2) развитие высших психических функций не предопределено морфологической структурой мозга, они возникают не в результате одного лишь созревания мозговых структур, а формируются прижизненно путем присвоения опыта человечества в процессе общения, обучения, воспитания;
3) поражение одних и тех же зон коры имеет неодинаковое значение наразных этапах психического развития.

Теоретические идеи Л. С. Выготского, получившие дальнейшее развитие в работах его учеников и сотрудников А. Р. Лурии, А. Н. Леонтьева, П. Я. Гальперина, Л. И. Божович, А. В. Запорожца, во многом определили путь патопсихологических и нейропсихологических исследований в нашей стране.

Широко развернулись патопсихологические исследования нарушений познавательной деятельности и мотивационной сферы в лаборатории Центрального института психиатрии МЗ РСФСР на базе психиатрической больницы им. П. Б. Ганнушкина (Б. В. Зейгарник, С. Я. Рубинштейн,Т. И. Тепеницына, Ю. Ф. Поляков, В. В. Николаева). Проводится большая работа по патопсихологии в Центре охраны психического здоровья АМН СССР (Ю. Ф. Поляков, Т. К. Мелешко, В. П. Критская, Н. В. Курек и др.).

Социальный аспект патопсихологических исследований представлен в психологической лаборатории Центрального научно-исследовательского института экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов, созданного впервые в мире в СССР (В. М. Коган, Э. А. Коробкова, И. Н. Дукельская и др.).

Итак, важнейшей характеристикой патопсихологии на современном этапе является направленность на восстановление измененной психической деятельности, на возвращение больному человеку его социального статуса, предотвращение (профилактику) возможности подобной утраты у детей и взрослых, коррекцию и профилактику аномального развития у детей, – т.е. на охрану психического здоровья в целом.

К основным тенденциям современной патопсихологии относятся:

1. углубленный системный анализ психического состояния больного;
2. квалификация его личности в категориях современной психологической науки;
3. индивидуальный характер исследования и коррекции.

Лекция 2. Специфика патопсихологического исследования

1. Специфика патопсихологического эксперимента.
2. Принципы построения патопсихологического эксперимента.
3. Основные требования к содержанию патопсихологического исследования.

Патопсихологический эксперимент существенно отличается от других видов эксперимента, применяемых в медицине, например в физиологии, биохимии, микробиологии. Патопсихологический эксперимент, как и любой другой тип психологического эксперимента, — это искусственное создание условий, выявляющих те или иные особенности психической деятельности человека в ее патологии (поскольку речь идет о патопсихологии). Для такого эксперимента характерно вызывание психических процессов в строго определенных условиях, учитываемых исследователем, и возможность изменения течения этих процессов по заранее намеченному плану.

Б. В. Зейгарник (1969) приравнивала патопсихологический эксперимент к широко используемым в соматической медицине функциональным пробам, с помощью которых врачи обычно определяютсостояние функции того или иного внутреннего органа. Роль специфической «нагрузки» в патопсихологическом эксперименте принадлежит экспериментальным заданиям, выполнение которых требует актуализации умственных операций, обычно используемых человеком в своей жизнедеятельности. Таким образом, психическая деятельность больного исследуется в связи с ситуацией эксперимента.

Наряду с общими чертами, присущими патопсихологическому эксперименту и экспериментально-психологическому исследованию психически здоровых, между ними имеются и существенные различия.

Основное различие обусловлено тем, что патопсихолог обследует пациента, страдающего психическим заболеванием. Это значительно сказывается на технике проведения эксперимента, его продолжительности, необходимости учета отношения обследуемого к ситуации эксперимента. В ряде случаев экспериментатор в ходе опыта, в связи с выявляющимися при этом особенностями поведения больного, вынужден существенно изменять свою тактику, вводить другие, не предполагавшиеся раньше методики и т. п.

Можно выделить следующие *принципы построения патопсихологического экспериментального исследования:*

1) системный качественный анализ психической деятельности больного;

2) моделирование психической деятельности в экспериментальных условиях;

3) апелляция к личности больного, актуализация его личностных отношений;

4) активная позиция патопсихолога во время эксперимента, рассматриваемого как совместная с испытуемым деятельность;

5) выявление не только нарушенных, но и сохранных сторон психической деятельности для опоры на них в психокоррекционной работе.

Патопсихологическое исследование включает в себя ряд *компонентов (этапов)*:

1. постановка врачом цели исследования с конкретизацией его задач;
2. беседа с родственниками и близкими пациента;
3. анализ истории жизни и заболевания пациента (изучение анамнеза жизни и болезни по медицинской документации);
4. беседа с пациентом (с важнейшей целью – установление контакта);
5. проведение собственно патопсихологического эксперимента (структура и набор методик которого, связаны с задачей исследования);
6. наблюдение за поведением пациента и беседа с ним во время исследования;
7. сопоставление экспериментальных данных с анамнезом жизни и болезни пациента;
8. составление заключения и его обсуждение с врачом;
9. сообщение пациенту психодиагностической информации;
10. определение совместно с врачом путей психологической коррекции.

В основании патопсихологического заключения лежат результаты наблюдения, проверенные с помощью эксперимента. Изучить явление, – значит, определить его составные части, его общие свойства и характерные признаки; причины, его вызывающие, и следствия, им обусловленные, – следовательно, привести его в полную связь с остальными, уже

проверенными фактами; поэтому эксперимент здесь имеет решающее значение.

При этом, данные самонаблюдения пациента могут являться существенным фактором при анализе психических явлений, представляя собой определенный факт психической жизни.

Сам патопсихологический эксперимент должен быть заранее строго продуман: необходимо создать определенные условия, чтобы получить, вычленить само изучаемое явление. Эксперимент в целом должен давать объяснительную характеристику, а не установление факта, объяснить причину, детерминацию человеческого поведения, того или иного психического явления.

Следует отметить, что в русле метода количественного измерения отдельных психических функций выявляются лишь конечные результаты работы, сам же ее процесс, отношение испытуемого к заданию, мотивы, побудившие испытуемого избрать тот или иной способ действия, личностные установки, желания, словом, все многообразие качественных особенностей деятельности испытуемого не может быть обнаружено. Поэтому одним из основных принципов патопсихологического эксперимента является *системный качественный анализ* исследуемых нарушений психической деятельности.

Патопсихологический эксперимент должен быть направлен не на исследование и измерение отдельных психических процессов, а на *целостное изучение* человека, совершающего реальную деятельность. В результате эксперимента должен быть проведен качественный анализ различных форм распада психики, раскрыты механизмы нарушенной деятельности и возможности ее восстановления.

Принимая во внимание то, что всякий психический процесс обладает известной динамикой и направленностью, следует так построить экспериментальные исследования, чтобы они отражали сохранность или нарушение этих параметров. Результаты эксперимента должны дать не столько количественную, сколько качественную характеристику распада психики.

Исходя из вышесказанного, основным принципом построения патопсихологического эксперимента является принцип качественного анализа особенностей протекания психических процессов у больного человека в противоположность задаче лишь одного количественного их измерения. Важно не только то, какой трудности или какого объема задание выполнил пациент, но и то, как он это делал, чем были обусловлены его ошибки и затруднения.

Анализ ошибок, возникающих у пациентов в процессе выполнения экспериментальных заданий, представляет собой показательный материал для оценки того или иного нарушения их психической деятельности.

Следует отметить, что один и тот же патопсихологический симптом может явиться индикатором различных патологических состояний и быть

обусловлен разными механизмами. Например, нарушение опосредованной памяти или нестойкость суждений могут возникнуть вследствие патологических изменений умственной работоспособности пациента (как это имеет место при астениях органического генеза). Эти же нарушения могут быть обусловлены как недостаточной целенаправленностью мотивов (например, при поражениях лобных отделов мозга), так и служить проявлением дезавтоматизации действий (при сосудистых изменениях мозга, эпилепсии).

Характер психических нарушений, как правило, не является патогномоничным, т.е. специфическим для того или иного заболевания или формы его течения; он является лишь типичным для них и должен быть оценен в комплексе с данными целостного патопсихологическогоисследования.

Психологическое исследование в клинике может быть приравнено к “функциональной пробе” – методу, широко используемому в медицинской практике и состоящему в испытании деятельности какого-либо функциональной системы. В ситуации патопсихологического эксперимента роль “функциональной пробы” могут играть те экспериментальные задачи, которые в состоянии актуализировать умственные операции, которыми пользуется человек в своей жизнедеятельности, раскрыть его мотивы, побуждающие эту деятельность.

Патопсихологический эксперимент должен актуализировать не только умственные операции пациента, но и его личностное отношение. Патопсихологические явления могут быть поняты только на основе учета отношения человека к работе, его мотивов и целей, отношения и требований к самому себе, к результату работы и т.д.

Такой подход, в целом, требует глубокого знания и тщательного изучения психологии личности и диктуется правильным пониманием детерминации психической деятельности. Говоря о механизмах детерминации психического, С.Л. Рубинштейн подчеркивал, что внешние условия сами по себе еще не определяют непосредственно поведение и поступки человека, что причина действует через «внутренние условия». Это означает, что суждения, действия, поступки человека не являются непосредственной реакцией на внешние раздражители, а что они опосредуются его установками, мотивами, потребностями. Эти установки складываются прижизненно под влиянием воспитания и обучения, и, сформировавшись, они сами определяют действия и поступки человека, здорового и больного.

Отношения человека неразрывно связаны со структурой его личности, с его потребностями, эмоциональными и волевыми особенностями. В потребностях человека, материальных и духовных, выражается его связь с окружающим миром, людьми. Оценивая человека, мы, прежде всего, характеризуем круг его интересов, содержание его потребностей. Мы судим

о человеке по мотивам его поступков, по тому, чему он радуется, на что направлены его мысли и желания.

Патологическое изменение личности проявляется тем, что под влиянием болезни у человека скудеют интересы, мельчают потребности, проявляется равнодушное отношение к тому, что его раньше волновало, его действия лишаются целенаправленности, поступки становятся неадекватными. Больной человек перестает сознательно регулировать свое поведение, не в состоянии адекватно оценивать свои возможности, патологически изменяется его отношение к себе и окружающему.

Необходимо помнить, что патопсихологический эксперимент является по существу взаимной деятельностью, взаимным общением экспериментатора и испытуемого. Поэтому его построение не может быть жестким. Как бы жестка ни была инструкция, часто взгляд экспериментатора, его мимика могут изменить ситуацию эксперимента, отношение пациента. Иными словами, качественный анализ потому и необходим, что ситуация патопсихологического эксперимента – это отрезок реальной жизни. Именно поэтому данные патопсихологического исследования могут быть использованы при решении реальных вопросов, касающихся судьбы конкретных людей.

Следует остановиться еще на одной особенности патопсихологического эксперимента. Его построение должно позволить выявить не только структуру измененных психических процессов, но и оценить оставшиеся сохранными формы психической деятельности пациента. Необходимость такого подхода важна при решении вопросов восстановления нарушенных функций.

Для того чтобы патопсихологический эксперимент мог выявить сохранные звенья измененной психической деятельности пациента, ондолжен быть направлен не только на оценку результативной стороны его деятельности, не только на анализ окончательной продукции. Построение эксперимента должно отразить характер поисков решений пациентом, дать возможность экспериментатору вмешаться в “стратегию” эксперимента, чтобы обнаружить, как больной воспринимает “помощь” экспериментатора, может ли он ею адекватно воспользоваться.

Патопсихологическое исследование отличается многообразием, большим количеством применяемых методик. Объясняется этоследующим. Процесс распада психики не происходит одномерно. Практически не бывает так, чтобы у одного пациента нарушались только процессы синтеза и анализа, а у другого – страдала бы исключительно целенаправленность личности. При выполнении любого экспериментального задания можно в известной мере судить о различных формах психических нарушений. Однако, несмотря на это, не каждый методический прием позволяет с одинаковой очевидностью, четкостью и достоверностью судить о той или иной форме или степени нарушения.

Так как в ситуации с больным человеком все течение эксперимента по необходимости часто меняется (хотя бы потому, что меняется состояние больного), сопоставление результатов различных вариантов экспериментальных методик становится обязательным.

Такое сопоставление необходимо еще и по другим причинам. Выполняя то или иное задание, пациент не только правильно или ошибочно его решает; решение задания часто вызывает осознание своего дефекта; пациенты стремятся найти возможность компенсировать его, найти опорные пункты для исправления дефекта. Разные задания предоставляют различные возможности для этого.

Следует отметить, что нарушение психической деятельности пациента часто бывает нестойким. При улучшении состояния пациента некоторые изменения его мыслительной деятельности исчезают, другие – остаются резистентными. При этом характер обнаруживаемых нарушений может изменяться в зависимости от особенностей самого экспериментального приема. Сопоставление результатов различных вариантов какого-либо диагностического метода, многократно применяемого, дает право судить о характере, качестве, динамике нарушений психических процессов и личностных свойств пациента.

Совершенно очевидно, что при исследовании распада психики не приходится ограничиваться одним каким-нибудь методом, а следует применять комплекс методических приемов.

Направленность патопсихологического исследования на раскрытие качественной характеристики психических нарушений с особенной необходимостью выступает при исследовании детей с аномалиями в развитии. При любой степени психического недоразвития или заболевания всегда происходит дальнейшее (пусть замедленное или искаженное) развитие ребенка. Психологический эксперимент не должен ограничиваться установлением структуры психических процессов больного ребенка; он должен выявить, прежде всего, его сохранные потенциальные возможности.

Следует учесть еще одну особенность патопсихологического исследования. Выполнение экспериментальных заданий имеет для разных пациентов различный смысл. Например, у одних испытуемых экспериментальные задания вызывают познавательный мотив, другие испытуемые выполняют задачи из любезности к экспериментатору (так называемые “деловые испытуемые”), третьи – увлекаются процессами решения (“наивные испытуемые”). Отношение к эксперименту зависит от отношения больного к факту стационирования, от его отношения к самому экспериментатору. Также следует учесть, что патопсихологическое исследование неминуемо означает для пациента ситуацию некой “экспертизы”.

В связи с вышесказанным, патопсихологу приходится в своем заключении оперировать системой понятий, характеризующих личность пациента в целом (его мотивы, целенаправленность, самооценка и др.).

Однако это не исключает отказа от характеристики отдельных процессов. Но эта характеристика должна быть углублена анализом общего состояния пациента. Можно сказать, что патопсихологический эксперимент направлен не только на анализ отдельных симптомов, но и на выявление патопсихологических синдромов.

Важен также вопрос интерпретации полученных данных, в основе которой лежит та или иная теоретическая концепция. Например, у пациента обнаруживается плохая память: это можно расценить, как результат познавательных нарушений вследствие сосудистых заболеваний, но это может служить и проявлением снижения мотивационной активности, как это имеет место у больных шизофренией. Поэтому качественная интерпретация может быть проведена только на основании системного анализа.

Резюмируя вышесказанное, следует еще раз отметить, что предъявляемый испытуемому в ходе патопсихологического исследования реальный отрезок деятельности, реплики экспериментатора вызывают столь же реальное переживание и определенное эмоциональное состояние у пациента. Иными словами, патопсихологическое исследование обнажает реальный пласт его жизни. Поэтому программа исследования не может быть принципиально единообразной, стандартной, она зависит от клинической задачи. Например, при необходимости дифференциально-диагностического отграничения шизофрении от шизофреноподобных картин при органических заболеваний ЦНС основное внимание будет уделено выявлению особенностей расстройств мышления (методом “классификации предметов”, “пиктограммы”, сравнения понятий), с одной стороны, а также характеристике умственной работоспособности (пробы “на совмещение”, “отыскивание чисел” и др.) – с другой.

В ситуацию эксперимента всегда включается элемент наблюдения за поведением больного. Экспериментатор должен увидеть, как больной входит: уверенно, неуверенно, как садится, как смотрит на экспериментатора. Экспериментальная ситуация представляет собой совместную работу больного и экспериментатора, поэтому важно отметить, как больной принимает участие в беседе, смущен ли он или возмущен, покраснел ли он при подсказке или оценке экспериментатора. Следует обратить внимание на то, отвлекается ли больной на посторонний раздражитель. Наблюдение при этом не должно носить навязчивого характера и быть незаметным для больного. Наблюдение проводится и во время эксперимента. Важно отметить, как больной приступает к выполнению задания, например, присоотнесении фраз к пословице. Следует отметить, рассмотрел ли он различные варианты поговорок и фраз или импульсивно относит первуюпопавшуюся ему фразу к пословице. Все это должно быть внесено в протокол экспериментатора.

Лекция 3. Принципы и методы патопсихологической диагностики. Патопсихологическое заключение

1. Принципы патопсихологического исследования личности.
2. Приемы и методы патопсихологической диагностики.
3. Патопсихологическое заключение.

Прежде всего следует отметить, что исследование нарушений личности не носит однозначного характера. Оно может выражаться в анализе изменений строения мотивов, их иерархии, их смыслообразования, в нарушении самооценки и уровня притязания, нарушения общения, самоконтроля и саморегуляции в анализе формирования новых патологических мотивов и потребностей.

Методологические проблемы изучения личности:

1. Проблема соотношения биологического и социального в развитии психики человека.
2. Проблема приобретенного и врожденного в формировании личности.
3. Проблема индивидуальных свойств личности.
4. Проблема условий порождения аномальных мотивов и потребностей и многие другие.

Один из основных методов патопсихологии – *наблюдение*. Чтобы наблюдение было научным методом, должны быть соблюдены следующие требования: планомерность, систематичность, целенаправленность, точность, должна быть не только полнота описания изучаемого явления, но и его объяснение. Одной из форм наблюдения является самонаблюдение – интроспекция. При интроспекции необходимо учитывать, что люди с аномалиями в силу особенностей их дефекта менее склонны к объективному самонаблюдения, чем здоровые.

Основным методом патопсихологических исследований является *эксперимент.* В его рамках происходит изучение нарушенных психических процессов и личности в специально созданных условиях, способствующих максимальному проявлению имеющихся нарушений. Патопсихологический эксперимент проводится с использованием конкретных приёмов изучения психических функций – экспериментально-психологических методик. Патопсихологический эксперимент должен соответствовать следующим требованиям:

- эксперимент должен моделировать психическую деятельность, осуществляемую человеком в труде, учёбе, общении;
- в экспериментальных приёмах необходимо обнаружить структуру не только нарушенных, но и оставшихся сохранными форм психической деятельности;
- при построении эксперимента необходимо учитывать возможность поиска решений самим клиентом и позволять психологу

вмешиваться в его деятельность для выяснения способности принять помощь и воспользоваться ею;

- экспериментально-психологические приёмы должны способствовать раскрытию качественной характеристики психических нарушений;
- необходима точная и объективная фиксация результатов экспериментально-психологического исследования.

К основным методам патопсихологического исследования относят и *беседу (интервью*). Беседа – это метод сбора информации о психических явления в процессе личностного общения. Интервью – разновидность беседы, отличающаяся чёткой целью и планом. В работе с аномальными лицами использование беседы требует необходимости установления доверительных отношений между психологом и клиентом. Обычно беседа состоит из двух частей. Первая часть подразумевает общение вне эксперимента, т.е. до и после экспериментальной работы. Вторая часть –общение во время эксперимента. В данном случае психолог обычно оказывает помощь в выполнении заданий. Существуют разнообразные виды такой помощи:

- обучение тому, как следует выполнять задание;
- демонстрация действия с последующей просьбой самостоятельного повтора клиентом;
- подсказка или совет воспользоваться конкретным способом выполнения задания;
- просьбы к испытуемому объяснить своё действие;
- наводящие вопросы;
- одобрение или стимуляция дальнейших действий;
- просьба к испытуемому повторить то или иное слово, фразу.

Опросники (анкеты) - предполагают возможность получения информации об обследуемом. Примером могут служить биографические опросники, опросники интересов, опросники установок. Но метод анкетирования не рекомендуется использовать в работе с аномальными детьми моложе младшего школьного возраста. Да и более старшем возрасте применение анкетирования вызывает проблемы, связанные с чтением и письмом.

Патопсихолог может использовать в своей работе и метод тестирования. Стандартные тесты представляют собой стандартные наборы заданий и материалов. Они предъявляются в определённой последовательности. Время выполнения и оценка результатов регламентированы. При использовании тестов надо помнить об основных требованиях, предъявляемым ко всем тестам: надёжности (независимости результатов тестирования от действия всевозможных случайных факторов) и валидности (соответствии теста измеряемому психическому свойству илипроцессу).

Методики оценки психических функций.

Внимание - таблицы Шульте, корректурная проба, счет по Крепелину, методика Мюнсберга, пробы на переключение, отсчитывание.

Память - тест десяти слов, метод пиктограмм, тест "оперативная память".

Восприятие - сенсорная возбудимость, пробы Ашафенбурга, Рейхарда, Литмана.

Мышление - тесты на классификацию, исключения, силлогизмы, аналогии, обобщение, выделение существенных признаков; ассоциативный эксперимент; проблема Эверье; пиктограмма; тест дискриминации свойств понятий.

Эмоции - тест Спилберга, шкалы тревоги Тейлора, Норакидзе, опросник САН, метод цветовых выборов Люшера.

Интеллект - тест Равена, тест Векслера, вербальный тест Айзенка.

Основные принципы составления патопсихологического заключения

Начало заключения обычно включает в себя перечень жалоб больного (например, на память, внимание, ухудшение умственной работоспособности). Далее включают описание работы больного в процессе психологического исследования (понимал ли пациент его смысл, как выполнял задания, был ли он заинтересован в успехе своей работы, насколько критически он оценивал качество своих достижений).

Эта информация может подаваться как в кратком, так и в подробном варианте. Она является важной частью заключения, так как позволяет судить о личности больного. Также эти данные можно дополнять материалами, которые были почерпнуты из специально организованной беседы с больным.

В следующей части заключения обычно размещают информацию о характере познавательной деятельности больного. Лучше всего при этом начать подробную характеристику с описания базового нарушения, выявленного в ходе исследования. Помимо этого нужно отметить, в комплексе каких нарушений выступает основное (ведущее) нарушение — то есть требуется описание психологического синдрома нарушений психической деятельности. Здесь же отражают сохранные стороны психической деятельности пациента. Эти данные необходимы для того, чтобы правильно организовать психокоррекционные работы, а также для решения вопросов трудоустройства и для рекомендаций его родным в отношении больного. Если дается характеристика познавательной деятельности больного, то часто требуется проиллюстрировать конкретные положения при помощи выписок из протокола исследования. Несмотря на важность таких примеров, их необходимо излагать кратко: желательно приводить только самые яркие протокольные фрагменты, которые не вызывают сомнений в квалификации нарушений.

Оканчивать заключение желательно резюме, которое отражает наиболее важную информацию, полученную в процессе исследования. Оно должно выражать структуру основного психологического синдрома, который

был выявлен в ходе обследования. В резюме можно вносить информацию о диагнозе, но только в опосредованном виде, посредством описания структуры нарушений, которые были определены в ходе эксперимента.

Заключение составляется в двух экземплярах, один отдается клиницисту для прикрепления к истории болезни, второй подшивается к протоколу обследования, оставаясь после этого в архиве. Это необходимо для того, чтобы в случае повторного поступления пациента в стационар, либо при возникновении необходимости научного обобщения/обработки информации и психолог, и врач могли проанализировать полученную до этого психологическую информацию.

Результаты обследования необязательно должны быть обсуждены с пациентом, но если он проявляет интерес к результатам обследования, то ему можно сообщить эту информацию, с соблюдением этических и деонтологических принципов.

Если в этом есть необходимость, к заключению может прилагаться протокол. Конкретные данные, например, ответы больного, чаще всего приводятся в качестве иллюстраций или объяснения подхода к интерпретации. Заключение составляется только после тщательного обдумывания, при этом план к нему составляется заранее. Если в данных, приведенных в заключении, есть противоречия, то психолог должен указать на них врачу и привести по возможности объяснения им.

В процессе составления заключения стоит помнить о том, что патопсихолог не должен формулировать клинический диагноз — от него требуется только описание больного с применением терминов психологической науки. Заключение не служит для констатации психического статуса пациента — оно выделяет присущие ему патопсихологические синдромы. Врачу же такое заключение служит ценным вспомогательным материалом, который способствует углубленному клиническому анализу и существенно дополняет описание больного информацией, которую нельзя получить без применения психологического эксперимента.

Лекция 4. Понятие и критерии психической нормы

1.Проблема дихотомии «норма – патология».
2.Понятие и критерии психической нормы.
3.Критерии нормального и патологического состояния психики.

Понятие нормы и патологии в клинической психологии. Критерии оценки нормы - это термин, в который может вкладываться два основных содержания. Первое - *Статистическое содержание нормы*: это уровень или диапазон уровней функционирования организма или личности,который *Свойственен большинству* Людей и является типичным, наиболее

часто встречающимся. В этом аспекте норма представляется некоторым объективно существующим явлением. Статистическая норма определяется посредством вычисления среднеарифметических значений некоторых эмпирических (встречающихся в жизненном опыте) данных. Например, большинство людей не боятся оказаться в замкнутом пространстве и вступают в гетеросексуальные контакты, следовательно, отсутствие такого страха и отсутствие гомосексуальных контактов - это статистически нормально.

Второе - оценочное содержание нормы: нормой считается некоторыйИдеальный образец Состояния человека. У такого образца всегда есть философское и мировоззренческое обоснование как состояния "совершенства", к которому должны в той или иной мере стремиться все люди. В этом аспекте норма выступает в качестве идеальной нормы - субъективного, произвольно устанавливаемого норматива, который принимается за совершенный образец по соглашению каких-либо лиц, обладающих правом установления таких образцов и имеющих власть над другими людьми: например, специалистов, лидеров группы или общества и т. п. В качестве норматива идеальная норма выступает средством упрощения и унификации многообразия форм жизнедеятельности организма и проявленийличности, в результате чего одни из них признаются удовлетворительными, тогда как другие оказываются за гранью допустимого, приемлемого уровня функционирования. Таким образом, в понятие нормы может быть включен оценочный, предписывающий компонент: человек должен быть таким, а не иным. Все, что не соответствует идеалу, объявляется ненормальным.

Проблема нормы-норматива связана с проблемой выбора нормативной группы - людей, чья жизнедеятельность выступает в качестве стандарта, по которому измеряется эффективность уровня функционирования организма и личности. В зависимости от того, кого наделенные властью специалисты (например, врачи-психиатры или психологи) включают в нормативную группу, устанавливаются различные границы нормы.

В число норм-нормативов включаются не только идеальные нормы, но также функциональные нормы, социальные нормы и индивидуальные нормы.

Функциональные нормы оценивают состояния человека с точки зрения их последствий (вредно или не вредно) либо возможности достижения определенной цели (способствует или не способствует это состояние реализации связанных с целью задач).

Социальные нормы контролируют поведение человека, заставляя его соответствовать некоторому желаемому (предписываемому со стороны окружения) или установленному властью образцу.

Индивидуальная норма предполагает сравнение состояния человека не с другими людьми, а с состоянием, в котором человек обычно пребывал раньше и которое соответствует его личным (а не предписываемым обществом) целевым установкам, жизненным ценностям, возможностям и обстоятельствам жизни. Другими словами, индивидуальная норма есть

идеальное с точки зрения индивида, а не доминирующей социальной группы или ближайшего окружения состояние, учитывающее работоспособность и возможности самореализации конкретного человека.

Для оценки нормальности (соответствия норме) психологического состояния личности, в зависимости от цели, психологом или психиатроммогут применяться любые из перечисленных норм. Поэтому процесс оценки психологического состояния (статуса) индивида очень часто приобретает скрытый политический и подверженный идеологическому влиянию характер, поскольку в конечном итоге критерием оценки оказывается система ценностей, доминирующая в обществе или в сознании отдельно взятой группы людей.

Любое отклонение от установленной нормы может характеризоваться как *патология*. В медицинском лексиконе под патологией обычно подразумевается нарушение на биологическом уровне функционирования организма. Однако в клинической психологии в содержание понятия "патология" также включаются и такие отклонения от нормы, в которых нет никаких биологических компонентов (отсюда вполне возможно и правомерно употребление терминов "патологическая личность" или "патологическое развитие личности"). Употребление слова "патология" акцентирует внимание на том, что нормальное состояние, функционированиеили развитие личности изменяется вследствие морфо-функциональных нарушений (т. е. на уровне мозговых, психофизиологических, эндокринных и иных биологических механизмов регуляции поведения).

В отношении биологической нормы можно установить более или менее четкие объективные границы допустимого разброса уровней функционирования человека, при котором организму не угрожает гибель от структурных и функциональных изменений. В отношении же определения психической нормы никаких четких объективных границ установить нельзя, поскольку здесь доминирует произвольный оценочный, нормативный подход. Установление пределов, характеризующих норму, оказывается тесно связано с теоретическими представлениями о природе личности, в которых моделируется некоторое идеальное представление о человеке как социальном существе. Например, в классическом психоанализе гомосексуальность трактуется как патология, тогда как в современных психологических теориях, ориентированных на понятие индивидуальной нормы, - как норма. Оригинальное значение древнегреческого слова *Patos,* от которого и происходит термин "патология", - это страдание. Следовательно, под патологией можно понимать только такие отклонения от нормы, при которых человек чувствует эмоциональный дискомфорт. Например, дляспецифических проявлений сексуальных предпочтений, требующих клинико-психологического вмешательства, сейчас используются термины "эгодистонический" и "эгосинтонический". Эгодистонический тип проявления характеризуется выраженным беспокойством по поводу своих предпочтений, наличие которых вызывает у человека страдание и желание их

изменить. Эгосинтонический тип проявления характеризуется восприятием своих предпочтений как естественных, согласующихся с представлениями о собственной личности. Соответственно, "патологическим" признается только такое сексуальное предпочтение, которое доставляет человеку эмоциональный дискомфорт и поэтому отвергается им. Однако в области психических, личностных и поведенческих отклонений от нормы у человека зачастую не возникает никакого субъективного дискомфорта и чувства страдания.

Употребление слова "патология" также предполагает наличие одной ведущей причины отклонения от нормы. Однако у одного и того же психического состояния может быть не одна, а несколько порой противоположных причин не только биологического, но и социального происхождения. Например, депрессии могут быть обусловлены нейрохимическими нарушениями (пониженная активность биогенных аминов - серотонина, норадреналина, дофамина), нейрогормональнымиизменениями, вызванными гиперактивностью системы "гипоталамус - гипофиз - надпочечники" (повышенное выделение кортизола). Но депрессиис такой же вероятностью могут также вызываться жизненной ситуацией (не только текущими условиями жизни, но и культурными, эпохальными, политическими и т. д.), а также мотивационно обусловленными особенностями когнитивной переработки информации (интерпретации событий). И если вспомнить одну из базовых теоретико-методологических проблем клинической психологии, касающуюся связи мозга и психики, то трудно однозначно утверждать, изменения какого уровня выступают первопричиной наблюдаемых отклонений от нормы.

Наконец, в термине "патология" очень сильно выражен оценочный компонент, позволяющий навешивать на любого человека, не соответствующего доминирующим идеальным или статистическим нормам, ярлык "больного".

По причине трех перечисленных особенностей употребления слова "патология" (обязательное наличие у отклоняющегося от нормы человека страдания, плохого самочувствия; предположение о действии одной ведущей причины нарушения; выраженный оценочный компонент) многие ученые выступают за его исключение из лексикона психиатров и клинических психологов, предлагая взамен использование термина *"расстройство"*, ограничив применение слова "патология" только биологическим уровнем нарушений.

Расстройство означает отсутствие или нарушение существовавшего ранее обычного для человека состояния. Употребление термина "расстройство" не предполагает обязательного наличия для того или иного отклонения от нормы однозначных причинно-следственных связей его возникновения. Расстройства могут вызываться взаимодействием ряда факторов биологического, психологического и социального уровня, причем в каждом конкретном случае тот или иной фактор может оказаться ведущим в

начале, развитии или исходе нарушения. Поэтому использование в клинической психологии слова "расстройство" кажется сегодня более предпочтительным.

Определение психического расстройства опирается на три базовых критерия:

1) отдельные типы реакций, превышающие статистически выявленную частоту их возникновения у большинства людей в определенной ситуации в некоторый промежуток времени (например, если пять из девяти признаков депрессии наблюдаются у человека на протяжении двух недель и более, то только такое состояние признается расстройством);

2) состояния, мешающие человеку адекватно реализовывать поставленные им перед собой цели и поэтому наносящие ему ущерб (так называемые "дисфункциональные состояния");

3) типы поведения, от которых страдает и получает физический ущерб сам индивид или приносящие страдание и физический ущерб окружающим его людям.

Впервые вопрос о норме возник в тех областях психиатрии и психологии, которые имели дело с так называемыми пограничными явлениями, такими как психопатии. Усилению интереса к проблеме нормы и патологии способствовал психоанализ З. Фрейда, включивший «психопатологии обыденной жизни». В 1908 году вышла статья Ганнушкина «Постановка вопроса о границах душевного здоровья», в которой он указал, что установить пограничную линию между нормальными и патологическими явлениями практически невозможно, потому что между здоровьем и болезнью существует множественные многообразные ступени.

В современной науке выделяют несколько подходов к пониманию «нормы»:

Статистический подход

Адаптационный подход

Культурно-релятивистский подход

Психопатологический подход

Гуманитарный (гуманистический) подход

Лекция 5. Патопсихология сенсорно-перцептивных процессов и внимания

1.Понятие сенсорно-перцептивных процессов в психологии.

2.Нарушения ощущений (анестезия, гипестезия, гиперестезия).

3.Парестезии и сенестопатии.

4.Ощущение боли и алгии.

5.Нарушения восприятия агнозии.

5.Иллюзии и галлюцинации.

6.Нарушения внимания.

Феноменология нарушений ощущений. Расстройства ощущений.

Под ощущениями принято понимать такую функцию психической деятельности человека, которая позволяет оценить отдельные свойства предметов и явление окружающего его мира и собственного организма. Физиологической основой ощущение являются анализаторы органов чувств, позволяющие распознать такие стороны как твердое или мягкое, теплое или холодное, громкое или тихое, прозрачное или мутное, красное или синие, большое или маленькое и пр.

Экстероцептивные рецепторы (зрительные, слуховые, обонятельные, тактильные, вкусовые) дают человеку сведения об окружающем мире, интероцептиные – о состоянии внутренних органов и систем, проприоцептиные – о положении тела в пространстве и совершаемых движений. Для определения нарушений ощущения используются термины: анестезия, гипестезии, гиперестезия, сенестопатия и парестезия.

Чаще всего патология ощущений встречается при астенических расстройствах различной этиологии, но могут наблюдаться и при психотических вариантах заболеваний. Длительно существующие парестезии или сенестопатии могут быть основанием для формирования ипохондрического бреда, бреда воздействия.

Неврологу часто приходится анализировать клинические ситуации, сопровождающиеся болью, что вызывает необходимость определения ее (боли) типа (нейропатическая, ноцицептивная, психогенная или смешанная), этиопатогенеза, а затем и определения диагноза заболевания, котороевызвало эту боль.

Клинической реальностью является существование континуума болевых синдромов, построенного на основе выделения состояний с различной степенью участия психического и соматического факторов. На одном полюсе располагаются болевые синдромы, механизмы возникновения которых связаны с определенной соматической и неврологической патологией, на другом полюсе – болевые синдромы, обусловленные и ассоциированные с психическими расстройствами. Под алгопатиями или болями, ассоциированными с психическими расстройствами, принято понимать хронические боли, соответствующие следующим диагностическим критериям:

1. отсутствие соматической и неврологической патологии, подтвержденной клиническими, лабораторными и инструментальными методами, которая могла бы объяснить возникновение и сохранение боли;
2. выраженность жалоб на боль и связанное с этим нарушение социально-психологической адаптации при наличии соматической и неврологической патологии значительно превышают ожидаемые последствия.

Психогенные (конверсионные) боли. Изменчивость сенсорных характеристик, полиморфизм, отсутствие четкой локализации – основные клинические признаки психогенных болей. Возникновение и усиление болей провоцируются психотравмирующими событиями. Характерным является

быстрое изменение характера болевых ощущений с иррадиацией боли в другие зоны. Достаточно часто в пределах одной анатомической области наблюдаются различные по субмодальности ощущения. Болевые ощущения не имеют четких границ, обнаруживают склонность к миграции. При отвлечении внимания интенсивность боли уменьшается. Особым вариантом психогенных болей является истералгия. Возникновение боли является клиническим выражением психологического конфликта с развитием симптоматики по механизму условной желательности. При истералгиях описание ощущений и переживаний больных отличается особой яркостью, красочностью, образностью. Достаточно часто отмечается трансформация истерических алгопатий в телесные фантазии с устойчивыми предметно-пространственными характеристиками.

Идиопатические алгии. Возникают, как правило, спонтанно, без внешней провокации. Болевые ощущения имеют мономорфный характер, четкую локализацию. Тенденция к миграции боли отсутствует. Ассоциированная симптоматика представлена идеаторными навязчивостями, то есть, обсессиями. Для психопатологической квалификации идиопатических алгий предложен специальный термин – «овладевающие ощущения». Характерным является стенический вариант болевого поведения. Несмотря на выраженность болевого синдрома, больные не обнаруживают признаков астенизации. Отчетливо выражено стремление к преодолению болезни, сохранению прежнего уровня профессиональной исоциальной активности.

Сенестоалгии. переходный промежуточный феномен между алгопатиями и сенестопатиями представляют собой сенестоалгии. Основная модальность телесного ощущения сохранена. Однако в отличие от боли телесные ощущения приобретают необычный, атипичный характер. Больные подчеркивают своеобразие и тягостность ощущений, отсутствие подобных нарушений в прошлом. При направленном расспросе больные уточняют, что испытывают скорее не боль, а ощущения «свербения», «жжения», «распирания».

Восприятие, в отличие от ощущений, дает полное представление о предмете или явлении. Его физиологической основой являются органы чувств. Конечный продуктом восприятия - образное, чувственное представление о конкретном объекте.

Расстройства восприятия представлены несколькими нарушениями: агнозиями, иллюзиями, галлюцинациями и психосенсорными расстройствами.

Иллюзии – такое нарушение восприятия, при котором реально существующий предмет воспринимается как совершенно иной (например, блестящий предмет на дороге похожий на монету при ближайшем рассмотрении оказывается кусочком стекла, висящий в темном углу халат – за фигуру притаившегося человека).

Различают иллюзии физические, физиологические и психические.

Галлюцинациями называется такое нарушение восприятия, при котором воспринимается несуществующий в данное время и в данном месте предмет или явление при полном отсутствии критического отношения к ним.. Галлюцинирующие пациенты воспринимают их как действительно существующее, а не воображаемое нечто. Поэтому всякие разумные доводы собеседника о том, что переживаемые ими ощущения есть только проявления болезни отрицаются и могут вызвать только раздражение пациента.

Все галлюцинаторные переживания классифицируются по ряду признаков: сложности, содержанию, времени возникновения, заинтересованности того или иного анализатора, и некоторым другим.

По сложности галлюцинации делятся на элементарные, простые и сложные. К первым относятся *фотопсии* (лишенные конкретной формы в виде пятен, контуров, бликов зрительные образы), *акоазмы* (оклики, неясные шумы) и другие простейшие феномены. В формировании простых галлюцинаций участвует только какой либо один анализатор. При появлении сложных галлюцинаций участвует несколько анализаторовТак, больной может не только видеть мнимого человека, но и слышать его голос, чувствовать его прикосновение, ощущать запах его одеколона и пр.

Чаще всего в клинической практике *встречаются зрительные или слуховые галлюцинации*.

Зрительные галлюцинации могут быть представлены единичными или множественными образами, ранее встречаемыми или мифическими существами, движущимися и неподвижными фигурами, безопасными или нападающими на пациента, с натуральной или неестественной окраской.

Слуховые галлюцинации могут переживаться больными как шум ветра, завывание зверей, жужжание насекомых и пр., но чаще всего в виде вербальных галлюцинаций. Это могут быть голоса знакомых или незнакомых людей, одного человека или группы людей (полифонические галлюцинации), находящихся рядом или на далеком расстоянии.

По содержанию «голоса» могут *быть нейтральными, безразличными для больного или угрожающего, оскорбляющего характера*. Они могут обращаться к больному с вопросами, сообщениями, награждать его орденами или снимать с должности, комментировать его действия (комментирующие галлюцинации) давать советы. Иногда «голоса» ведут разговоры о больном, не обращаясь к нему, при этом одни бранят его, угрожают карами, другие защищают, предлагают дать ему время на исправление (антагонистические галлюцинации).

Наибольшую опасность для больного и его окружения носят императивные галлюцинации, которые носят форму приказов выполнить то или иное действие. Эти приказы могут носить безобидный характер (приготовить еду, переодеться, пойти в гости и т.д.), но нередко приводящий к тяжелым последствиям (самоповреждениям или самоубийству, нанесение повреждений или убийству знакомого лица или случайного прохожего).

Как правило, больной не может противиться этим приказам, выполняет их, в лучшем случае просит как-либо ограничить его в действиях, чтобы не натворить беды.

Тактильные галлюцинации представлены чаще всего чувством ползания по коже или под ней различного рода насекомых. При этом даже если чувство ползания не подтверждается зрительными галлюцинациями, пациент может рассказать об их размерах, количестве, направлении движения, окраске и пр.

Обонятельные и вкусовые галлюцинации встречаются редко. Обонятельные заключаются в ощущении несуществующих приятных, чаще неприятных запахов (сероводорода, гнили, нечистот и др.) Вкусовые – переживанием какого-то вкуса во рту независимо от характера принятой пищи.

При висцеральных галлюцинациях больные утверждают, что в их теле находятся какие-то существа (черви, лягушки, змеи и др.), которые причиняют им боль, поедают принятую пищу, нарушают сон и т.д.).

Особое значение для диагностики психического расстройства имеет деление галлюцинаций на истинные и ложные (псевдогаллюцинации).

Для истинных галлюцинаций характерна проекция в окружающую среду, они естественным образом вписываются в нее, носят такие же признаки реальности, как и окружающие предметы. Больные убеждены, что окружающие испытывают те же переживания, но по непонятным причинам скрывают это. Истинные обманы восприятия обычно влияют на поведение больного, которое становится соответствующим содержанию галлюцинаторных образов. Истинные галлюцинации чаще встречаются при экзогенных психозах.

Псевдогаллюцинации имеют целый ряд отличительных от истинных свойств:

1. Они лишены признаков реальности, не вписываются в окружающую среду, воспринимаются как нечто инородное, странное, отличное от прежних ощущений. Сквозь сидящего на стуле человека видна спинка стула, находящийся неподалеку тигр с оскалом зубов, по данным В.Х.Кандинского, не вызывает чувства страха, а скорее любопытства.

2. Проецирование галлюцинаций внутри тела. Больной слышит голоса не ухом, а внутри головы, видит образы, расположенные в животе или грудной клетке.

3. Переживание чувства сделанности галлюцинаций. Пациент не сам видит образ, а ему его показывают, он слышит голос внутри головы потому, что кто-то так сделал, возможно, вставив в голову микрофон. Если зрительная галлюцинация проецируется во вне, но обладает выше перечисленными признаками, она может быть отнесена к псевдогаллюцинации.

4. Нередко псевдогаллюцинации, если они не носят императивный характер, не отражаются на поведении пациента. Даже близкие родственники

месяцами могут не догадываться, что рядом с ними находится галлюцинирующий человек.

Псевдогаллюцинации чаще встречаются при эндогенных расстройствах, а именно при шизофрении, входят в синдром Кандинского-Клерамбо.

Различают две группы психосенсорных расстройств – дереализацию и деперсонализацию.

Дереализация – искаженное восприятие окружающего мира. Она в высказываниях больных может носить неопределенный, трудно вербализируемый характер. Переживается чувство измененности окружающего мира, он стал каким-то иным, не таким как прежде. Не так стоят дома, не так передвигаются люди, город выглядит камуфляжным и т.д. Для больных, находящихся в депрессии свойственны высказывания, что мир потерял краски, стал тусклым, размытым, нежизненным.

В других случаях переживания дереализации выражаются вполне определенными понятиями. Это касается, прежде всего, искажения формы, размеров, веса и цвета воспринимаемого объекта.

Симптомы деперсонализации могут быть представлены в дух вариантах: соматопсихической и аутопсихической.

Нарушения внимания наблюдаются при разных психических и соматических заболеваниях. Возможны также нарушения внимания и при аффективно-эмоциональных реакциях и состояниях у здоровых людей.

Снижение активного внимания (концентрации, переключаемости, устойчивости) отмечается при неврозах.

У больных с органическими заболеваниями головного мозга отмечаются персеверации, трудности в переключении, повышенная отвлекаемость, истощаемость внимания.

У больных шизофренией активное внимание ухудшается в результате снижения энергетического потенциала, апато-абулического синдрома.

У соматических больных (например, туберкулезом и др.) отмечаются трудности концентрации внимания, замедленное врабатывание, трудности переключения, сужение объема внимания.

Лекция 6. Патопсихология памяти, мышления и речи

1. Виды нарушений памяти.
2. Особенности мнестических нарушений при патопсихологических синдромах.
3. Нарушения мышления при патопсихологических синдромах.

Виды патологии мышления

Выделяется три вида патологии мышления:

1. Нарушение операциональной стороны мышления.
2. Нарушение динамики мышления.

3. Нарушение личностного компонента мышления.

Нарушение операциональной стороны мышления :
- снижение уровня обобщения;
-искажение процесса обобщения

При снижении уровня обобщения в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях. Вместо выделения обобщенных признаков больные используют конкретно-ситуационные сочетания, у них отмечаются трудности абстрагирования от конкретных деталей (например, общее между диваном и книгой в том, что *"на диване можно читать"*). Подобные нарушения могут быть в легкой, умеренно выраженной и выраженной степенях. Эти нарушения встречаются при олигофрении, тяжелых формах энцефалита, а также при органических поражениях головного мозга другого генеза с деменцией.

Однако говорить о снижении уровня обобщения можно в том случае, если этот уровень был у человека ранее, а затем снизился, что и происходит с больными эпилепсией, органическими поражениями ЦНС, последствиями травм головного мозга. У больных же олигофренией отмечается недоразвитие понятийного, абстрактного мышления, а именно процессов обобщения и отвлечения.

При искажении процесса обобщения больные руководствуются чрезмерно обобщенными признаками, неадекватными реальным отношениям между предметами. Отмечается преобладание формальных, случайных ассоциаций, уход от содержательной стороны задачи. Эти больные устанавливают чисто формальные, словесные связи, реальное же различие и сходство не служит для них контролем и проверкой их суждений. Например, сходство между ботинком и карандашом для них в том, что *"они оставляют следы"*. Подобные нарушения мышления встречаются у больных шизофренией.

Методики для исследования операциональной стороны мышления

Для исследования операциональной стороны мышления используются следующие методики:

1. Классификация.
2. Исключение.
3. Образование аналогий.
4. Сравнение и определение понятий.
5. Понимание переносного смысла пословиц и метафор.
6. Пиктограммы.

Нарушение динамики мыслительной деятельности

В психиатрической практике можно выделить два часто встречающихся нарушения динамики мышления: лабильность мышления и инертность мышления.

Нарушение личностного компонента мышления

К этим нарушениям относятся разноплановость суждений, резонерство, нарушение критичности и саморегуляции.

В литературе по психопатологии рассматривают нарушения мышления в виде растройств ассоциативного процесса, патологии суждений, а также патологии мышления по темпу. Расстройства ассоциативного процесса проявляются в болезненном изменении темпа, нарушении стройности и целенаправленности мышления.

К нарушениям стройности относятся:

1. Разорванность мышления
2. Бессвязность
3. Вербигерации
4. Парагномен
5. Паралогическое мышление

К нарушениям целенаправленности относятся следующие:

*Патологическая обстоятельность.

*Резонерство.

*Дементная детализация.

*Персеверация.

*Символизм.

Аутическое мышление.

К патологии суждений относятся:

*Бредовые расстройства

*Бредоподобные расстройства

*Сверхценные идеи

*Навязчивые идеи

**Нарушения мышления по темпу:*

*Ускоренное мышление:

– скачка идей (наблюдается в маниакальной фазе при МДП);

– ментизм, или мантизм - возникающий помимо воли больного наплыв мыслей (при шизофрении).

*Замедленное мышление (во время депрессивной фазы при МДП), а также тугоподвижность, ригидность (при эпилепсии)

Речь является основным средством человеческого общения. Речь – это совокупность произносимых и воспринимаемых членораздельных звуков, имеющих тот же смысл и то же значение, что и соответствующая им система письменных знаков.

Расстройства устной речи:

- Дисфония (афония)
- Брадилалия
-Заикание
-Дислалия
-Ринолалия
- Дизартрия

-Алалия
-Афазия
Нарушения письменной речи:
-Дислексия
-Дисграфия

Лекция 7. Патопсихология эмоционально-волевой сферы сознания

1. Нарушения эмоционального реагирования. Симптомы расстройств настроения.
2. Снижение фона настроения и его виды. Отсутствие чувств.
3. Нарушения волевых побуждений.
4. Нарушения сознания.

Понятие сознания отличается большой многозначностью и употребляется в различных значениях в психологии, физиологии, философии. В большинстве случаев под этим термином понимают способность воспринимать себя и внешний мир во всей целостностисобытий. Сознание предполагает в первую очередь возможность предметного, или чувственного, познания, и понимания связей между явлениями (абстрактное познание). Из приведенного определения следует, что практически любое психическое расстройство (галлюцинации, бред, деменция) сопровождается нарушением сознания, поскольку существенно искажает способность правильно отражать окружающее и свой внутренний мир. В медицине, однако, термин «нарушения сознания» используется для обозначения узкого круга острых преходящих расстройств с грубым нарушением способности воспринимать и понимать окружающий мир.

Для определения состояний расстроенного сознания чаще всего используют набор критериев, предложенных немецким психиатром К.Ясперсом: 1) отрешенность от реального внешнего мира,выражающаяся в том, что больные отрывочно, фрагментарно, неотчетливо воспринимают действительность; 2) нарушение ориентировкиво времени, месте, ситуации, реже в собственной личности; 3) нарушение стройности мышления,вплоть до бессвязности; 4) амнезия— расстройство способности запечатлевать в памяти события, происходящие в момент нарушения сознания.

К.*Ясперс разделял все нарушения сознания на 3 основные группы*: 1) состояния «оглушенности», или снижение уровня (выключения) сознания; 2) помрачение сознания; 3) состояния измененного сознания. Хотя точное понимание этих терминов не совпадает у разных авторов, можно дать следующее объяснение данных понятий.

Снижение уровня (выключение) сознания проявляется затуханием психических процессов. Это бесконечный ряд состояний между ясным сознанием и его отсутствием (комой). Снижения уровня сознания не

сопровождаются какой-либо продуктивной симптоматикой. Больные вялы, заторможенны, сонливы или даже совершенно недоступны.

Помрачение сознания представляют собой ряд острых психозов с яркой продуктивной симптоматикой: галлюцинациями, бредом, психомоторным возбуждением. При этом состоянии действительность не воспринимается больными в первую очередь потому, что она замещена богатым миром фантазий, вымысла. Фантастические события могут переплетаться с реальностью, а она преображается в соответствии с воображаемыми явлениями. В состоянии помраченного сознания больные деятельны, могут совершать опасные поступки.

Состояния измененного сознания наблюдаются и у здорового человека, что наглядно демонстрирует связь сознания с функцией внимания. Концентрация внимания на каком-либо предмете позволяет человеку наиболее полно осознавать данный объект, но мешает получать информацию о других явлениях действительности. Нарушения внимания страдающих острым психозом приводят к фрагментарности последующих воспоминаний, сопровождаются чувством *дереализации,* отражающим изменения в состоянии сознания. Концентрация внимания пациента на словах психотерапевта может привести к тому, что никакие другие явлениядействительности, кроме речи врача, не будут восприниматься. На этом явлении основана методика гипноза. К патологическим вариантам измененного состояния сознания следует относить пароксизмально возникающие эпизоды, проявляющиеся разнообразными симптомами нарушения сенсорного синтеза и не сопровождающиеся полной амнезией.

Лекция 8. Патопсихология умственной работоспособности

1. Нарушения работоспособности: нарушения отдельных функций, произвольности, объема и регуляции усилий, нарушение динамики деятельности.
2. Врожденное и приобретенное нарушение интеллекта.
3. Нарушения умственной работоспособности.

Нарушения психической деятельности психически больных людеймогут иметь различный характер. Как известно, наряду с расстройствами познавательных процессов и личностных изменений могут также встречаться нарушения динамической стороны психической деятельности, которые зачастую являются следствием нарушения умственной работоспособности.

Принято выделять ряд последовательно сменяющих друг друга фаз работоспособности. В процессе выполнения работы человек проходит через следующие фазы:

1) фаза мобилизации - предстартовое состояние;

2) фаза врабатываемости - возможны сбои, ошибки, но постепенно организм приспосабливается к оптимальному режиму выполнения задания;

3) фаза оптимальной работоспособности (компенсации) - оптимальный режим работы, стабильные регуляторы труда;

4) фаза неустойчивой компенсации (субкомпенсации) - перестройка организма: необходимый уровень в работе поддерживается за счет ослабления менее важных функций;

5) фаза "конечного порыва" - перед окончанием работы при наличии сильного мотива к деятельности;

6) фаза декомпенсации - при выходе за пределы фактической работоспособности во время работы в сложных условиях после фазы субкомпенсации наступает данная фаза, сопровождаемая прогрессирующим снижением производительности труда, появлением ошибок, выраженными вегетативными нарушениями;

7) фаза срыва - возникает при продолжении работы (резкое падение производительности, вплоть до невозможности продолжать работать, неадекватность реакций организма, обмороки);

8) фаза восстановления физиологических и психологических ресурсов организма наступает после прекращения работы.

Начиная с фазы субкомпенсации, возникает состояние утомления. Различают физиологическое и психическое утомление. Физиологическое утомление обусловлено воздействием на нервную систему продуктов разложения, освобождающихся в результате двигательно-мускульной деятельности. Психическое утомление является следствием перегруженности ЦНС. Обычно оба эти вида утомления тесно переплетены между собой, причем психическое утомление (ощущение усталости) предшествует физиологическому.

Нарушение умственной работоспособности наиболее ярко проявляется в клинической картине астенического синдрома (состояния нервно-психической слабости). Ведущее проявление данного синдрома - собственно астения, признаками которой являются повышенная утомляемость, истощаемость нервно-психических процессов.

При экспериментальном исследовании психической деятельности душевнобольных выявляются ее нарушения, связанные с нарушением умственной работоспособности. О нарушении умственной работоспособности, согласно мнению Б. В. Зейгарник, целесообразно говорить в том случае, если испытуемый осмысляет задание, требующее синтеза и обобщений, его ассоциации носят адекватный характер, его отношение к ситуации эксперимента не изменено, однако он не может в конкретной работе длительно удерживать инструкцию, правильный способ действия, допускает ошибки.

Проблема нарушения работоспособности имеет большое значение при решении практических задач клиники и педагогики. Нередко неуспеваемость ребенка или непродуктивность в работе объясняется не низким уровнем знаний, не утерей навыков, не отсутствием личной направленности, а лишь изменением корковой нейродинамики, обусловливающей снижение

работоспособности человека (которая может быть восстановлена под влиянием терапевтических и коррекционно-педагогических воздействий).

Лекция 9. Патопсихология личности

1. Понятие личности.
2. Структурные компоненты личности.
3. Виды нарушений личности
4. Личностная деструкция и деформация личности.
5. Нарушения личности.

Нарушения личности не носят однозначного характера, они могут выражаться в изменениях мотивационной сферы, изменениях самооценки и уровня притязания, нарушениях общения, самоконтроля и саморегуляции, в формировании патологических черт характера.

В отечественной патопсихологии нарушения личности анализируютсяс позиций деятельностного подхода. В рамках этого подхода личность рассматривается как субъект деятельности, именно в деятельности субъект формирует и проявляет себя как личность. Масштаб личности определяется тем уровнем целей, характером мотивов, которые ставит и реализует в своей деятельности человек.

Методологические основы патопсихологического эксперимента, направленного на исследование личности, заключаются в том, что эксперимент позволяет сформировать особую форму деятельности, в которую включены главнейшие индикаторы деятельностного подхода к личности: мотивированность действий, их целенаправленность, возможность контроля, регуляция и критичность. Результаты патопсихологических исследований личности позволяют выделить следующие ее нарушения:

- нарушение опосредованности и иерархии мотивов;
- формирование патологических потребностей и мотивов;
- нарушение смыслообразования;
- нарушение подконтрольности поведения;
- формирование патологических черт личности.

Нарушение опосредованности и иерархии мотивов. Развитие деятельности, а следовательно, и развитие личности можно проанализировать, исходя из анализа изменения мотивов. Однако изменение мотивов является не только показателем развития (в том числе и онтогенетического). Изменения мотивов часто наблюдаются у людей, страдающих некоторыми формами психических заболеваний. Б. В. Зейгарник считает, что психологический анализ этих мотивационных изменений является адекватным способом исследования деятельности, а следовательно, и личности больного человека.

Усложнение мотивов, их опосредствование и иерархическое построение начинается у ребенка уже в дошкольном возрасте и продолжается

в течение всей его жизни (Л. И. Божович). С возрастом мотивы теряют свой непосредственный характер и начинают опосредоваться сознательно поставленной целью - происходит подчинение одних мотивов другим. Деятельность человека отвечает всегда не одной, а нескольким потребностям и соответственно побуждается несколькими мотивами. Однако в конкретной человеческой деятельности всегда можно выделить ведущий мотив, который и придает поведению определенный смысл.

Клинический материал позволяет проследить закономерности изменения мотивационной сферы человека, которые приводят к смене позиций, интересов, ценностей личности. Такие закономерности можно обнаружить у больных психическими заболеваниями, при которых процесс нарушения мотивов, установок и ценностей происходит достаточно развернуто. Наиболее ярко подобные нарушения личности проявляются при хроническом алкоголизме.

Изменение иерархии и опосредованности мотивов означает утерю сложной организации деятельности человека, которая теряет специфически человеческую характеристику: из опосредованной она становится импульсивной.

Патология мотивационной сферы может проявляться не только в изменении опосредованности и иерархии мотивов, но и в нарушениях взаимоотношения их смыслообразующей и побудительной функций. Как известно, еще А. Н. Леонтьев, выделив эти две функции мотивов, различал мотивы знаемые и действенные. Уже дети младшего школьного возраста осознают мотивы, ради которых они должны совершить действие. Однако часто эти мотивы остаются лишь знаемыми и не побуждают к действию (Л. И. Божович). Ребенок может знать, что для овладения будущей профессией надо хорошо учиться, но, несмотря на это понимание, мотив к учению не имеет достаточной побудительной силы и приходится подключать какие-то дополнительные мотивы.

Нарушение взаимодействия побудительной и смыслообразующей функций мотива может проявляться в двух вариантах.

1. В одних случаях ослабляется смыслообразующая функция мотива и мотив превращается в только знаемый, не обладающий достаточной побудительной силой. Например, больной, зная, что к близким надо хорошо относиться, оскорбляет или даже избивает мать.

2. В других случаях отмечается сужение круга смысловых образований. Мотив, сохраняя до известной степени побудительную силу, придает смысл относительно меньшему кругу явлений, чем до заболевания. В результате многое из того, что ранее имело для больного личностный смысл (учеба, работа, семья, дружеские отношения и т. п.), постепенно теряет его. Вся активность личности направляется на реализацию (не обязательно действенную, чаще идеальную) этого, приобретшего сверхценный смысл мотива. Например, человек все помыслы и силы тратит на "облагодетельствование" всего человечества, не обращая внимания на

бедственное положение своей семьи. Близкой по содержанию к этому нарушению является парадоксальная стабилизация какого-нибудь круга смысловых образований. Например, больной годами отказывался получать зарплату, так как "пренебрегал земными благами".

Одним из наиболее ярких проявлений нарушений личности является нарушение подконтрольности, критичности поведения. Нарушение критичности может приобрести разные формы и выступать в структуре различных процессов: мышления, восприятия. Оно может выразиться в неправильной оценке своей личности, собственных действий, проявиться в некритичности к своим психопатическим переживаниям. Критичность образует "вершину личностных качеств человека" (И. И. Кожуховская).

В исследованиях патопсихологов (Г. В. Биренбаум, Б. В. Зейгарник, Н. К. Калиты и др.) на примере больных эпилепсией был проанализирован процесс формирования аномальных черт их характера. На клиническом и экспериментально-психологическом материале было убедительно доказано, что многие личностные черты эпилептиков не являются прямыми следствиями нарушения деятельности мозга при этом заболевании, а формируются прижизненно.

Лекция 10. Патопсихологические симптомы и синдромы

1. Понятие патопсихологического симптома.
2. Патопсихологический симптомокомплекс.
3. Позитивная и негативная симптоматика.
4. Классификации патопсихологических синдромов.
5. Клинические признаки нарушения психической деятельности при первичных атрофических процессах головного мозга.

В патопсихологии, как и в психиатрии, под синдромом понимают патогенетически обусловленную общность симптомов, признаков психических расстройств, внутренне взаимообусловленных, взаимосвязанных.

В этом заключается большая диагностическая значимость синдромов по сравнению с симптомами. В диагностическом мышлении врача правильная квалификация синдрома является подступом к определению нозологической принадлежности заболевания. Каждый из патопсихологических синдромов включает в себя ряд симптомов. Совокупность симптомов есть симптомокомплекс (синдром). Синдром (симптомокомплекс) — обусловленное общим патогенезом устойчивое сочетание взаимосвязанных позитивных и негативных симптомов.

По особенностям происхождения вся психопатологическая симптоматика с известной долей условности может быть подразделена на позитивную и негативную.

Позитивная симптоматика (продуктивная, плюс-симптоматика) возникает в связи с патологической продукцией психики. Сюда относятся галлюцинации, бред, навязчивость, сверхценные идеи и другие патологические образования.

Негативная симптоматика (дефицитарная, минус-симптоматика) — признак стойкого выпадения психических функций, следствие полома, утраты или недоразвития каких-то звеньев психической деятельности. Проявлениями психического дефекта оказываются выпадения памяти, слабоумие, малоумие, снижение уровня личности и т. д. Принято считать, что позитивная симптоматика более динамична, чем негативная; она изменчива, способна усложняться и, в принципе, обратима. Дефицитарныеже явления стабильны, отличаются большой устойчивостью к терапевтическим воздействиям.

Продуктивные (позитивные) психопатологические синдромы являются показателем глубины и генерализации поражения психическойдеятельности.

К позитивным психопатологическим синдромам относятся

- невротические,
- аффективные,
- деперсонализационно-де-реализационный, синдром растерянности,
- галлюцина-торно-бредовые синдромы,
- синдромы двигательных расстройств,
- помрачения сознания,
- эйилептиформный и психоорганический.

Психолог диагносцирует психическое состояние пациента в целом, во взаимосвязанности всех компонентов психики, включающей в себя познание, эмоции, волю (говорят также о мотивационно-потребностном компоненте психического функционирования). Познавательная деятельность включает в себя познание чувственного уровня (ощущение, восприятие) и рационального уровня (мышление), а также память, внимание, представление, воображение, интеллект.

Эмоциональная сфера состоит из эмоциональных процессов, состояний и свойств; к наиболее фундаментальным эмоциям относятся радость, печаль, гнев и страх, сочетанием и выраженностью которых определяется эмоциональное состояние больного.

Психолог проводит диагностику:

- познавательных,
- эмоциональных,
- мотивационно-волевых процессов, состояний, свойств.

Лекция 11. Патопсихологическое изучение детей раннего и дошкольного возраста

1. Правила установление контакта с ребенком.

2. Поддержание интереса к исследованию.
3. Особенности изучения детей первого года жизни.
4. Изучение детей дошкольного возраста

Основной целью патопсихологического исследования ребенка дошкольного возраста является получение данных, характеризующих:

- познавательные процессы;
- эмоционально-волевую сферу;
- предречевое и речевое развитие;
- двигательное развитие.

Прежде чем приступать к диагностике психического развития ребенка, обязательно следует убедиться, что у него нет грубых дефектов зрения и слуха. Чтобы проверить слух ребенка, следует организовать какую-нибудь его деятельность, а затем встать у него за спиной на расстоянии 6 м и постучать в барабан, посвистеть в свисток, позвать шепотом, тихой речью, громко высоким голосом, громко низким голосом. Нормально слышащие дети должны отреагировать на эту стимуляцию.

К числу симптомов снижения зрения можно отнести: приближение картинок или предметов, приближенных вплотную к плачам, игнорирование мелких предметов вплотную к глазам; игнорирование мелких предметов или изображенных на картинках мелких деталей.

При диагностике особенностей познавательной сферы детей этого возраста в центре внимания исследователя находится анализ выполнения отдельных заданий как отражение психической деятельности ребенка. Причем важен не столько результат, сколько возможность организации деятельности по выполнению задания. При этом учитывают:

- степень необходимой организации и контроля за деятельностью ребенка со стороны взрослого;
- понимание и принятие инструкции;
- способность к организации целесообразного поведения, особенно для тех случаев, когда цель непосредственно не задана;
- выбор действия или системы действий по достижению конкретного результата и по исправлению допускаемых ошибок.

Обращают внимание на заинтересованность ребенка, его активность, возможность совместных действий, реакции на неудачу, обучаемость.

Задания, используемые патопсихологами (мониторинг речи, познавательной деятельности) для изучения детей дошкольного возраста широко описаны в специальной литературе. Многие из этих заданий были созданы для решения задач педагогической практики, а затем стали успешно использоваться патопсихологами. Большой вклад в разработку методик обследования дошкольников внесла работа по комплектованию специальных дошкольных учреждений. Практические приемы психолого-педагогического

обследования детей с нарушениями интеллекта, речи, анализаторов успешно используются для решения клинических задач.

Применяются задания с кубиками, в том числе простые задания с кубиками Кооса, с геометрическими фигурами, с соотнесением предметов по форме, цвету, величине, речевые задания, разработанные логопедами для оценки уровня речевого развития ребенка, задания на исследование различных видов мышления и т. д.

Наблюдая за поведением и деятельностью ребенка в эксперименте, необходимо обратить внимание на следующие значимые показатели:

общий фон настроения ребенка (адекватный, депрессивный, тревожный, эйфоричный и т. д.); его активность; наличие познавательных интересов, проявления возбудимости, расторможенности;

контактность ребенка (желание сотрудничать со взрослым). Отсутствие дистанции, поверхностность, легкость и связанная с этим неполноценность контакта чаще всего могут быть обусловленны интеллектуальным недоразвитием, характерным для умственно отсталых детей. Затруднение в установлении контакта испытывают дети с повышенным уровнем тревожности, тормозимости, сложностями адаптации к новой обстановке и незнакомым людям, проявлениями страха и другими невротическими реакциями. Уход от контакта чаще всего наблюдается в поведении аутичных детей и связывается с отсутствием у них потребности в общении, отгороженностью, преимущественной направленностью на предметный мир;

эмоциональное реагирование на поощрение и одобрение. Поощрение и одобрение вызывают окрашенную положительными эмоциями реакцию детей уже с самого раннего возраста. У невротизированных детей при поощрении наряду с проявлениями радости отмечается резкое повышение результативности выполнения заданий, что происходит благодаря уменьшению эмоционального напряжения. Равнодушное отношение отмечается у детей, которые не заинтересованы в оценке взрослого или не понимают смысла и значения одобрения (например, при выраженных интеллектуальных нарушениях);

эмоциональное реагирование на замечания и требования. Отмечаются: реакция ребенка на замечания, исправление ребенком своего поведения в соответствии с замечанием, а также необходимость более строгих мер для коррекции поведения. Отсутствие реакции на замечания у детей старше 3 лет может свидетельствовать об избалованности, когда ограничения и замечания непривычны для ребенка, или об интеллектуальных нарушениях, когда ребенок не понимает смысла замечаний. Ярко выраженные негативные, агрессивные реакции на предъявленные требования говорят о том, что ребенок, понимая смысл замечания, не желает ему подчиняться, например при психопатоподобном поведении;

реагирование на трудности и неуспех в деятельности. Дети старше 2,5–3 лет способны самостоятельно обнаружить ошибочность собственных действий. Это фиксируется в элементарных речевых высказываниях типа:

«так, не так», «а как же?», «правильно», «неправильно», «а теперь правильно?», «ой!» и пр. Обнаружив ошибку, дети сосредоточиваются на выполнении заданий и, исправляя ошибки, стараются достичь желаемого результата, обращаясь по мере необходимости за помощью к взрослому.

Реакция детей на неудачи может протекать по иному, менее адекватному типу. Возможно несколько типов реагирования:

-постоянное обращение за оценкой правильности действий к взрослому, особенно в случае ошибки;

-потеря интереса при первом затруднении: встречается у детей с формальным отношением к выполнению задания, отсутствием направленности на результат деятельности и заинтересованности в ее оценке;

-пассивный уход от выполнения задания, молчаливый отказ от дальнейшего участия в эксперименте (встречается у детей с задержкой психического развития, которые, с одной стороны, критичны к собственному неуспеху, с другой — не понимают или не могут выполнить задание правильно);

-активный уход от выполнения задания, часто в форме агрессивных действий, разрушающих экспериментальную ситуацию (встречается у детей с признаками органического поражения ЦНС и при патохарактерологических особенностях);

-эмоциональный уход от выполнения заданий. В подобных случаях дети реагируют на неудачи или неоправданно громким дурашливым смехом, или плачем (встречается у гиперопекаемых детей и у детей с невротическими реакциями);

-расторможенность, проявляющаяся в массе быстрых неадекватных манипуляций с объектами, делающих невозможным достижение правильного результата (характерна для детей с последствиями органического поражения ЦНС);

-дезорганизация деятельности, проявляющаяся в хаотическом переборе вариантов, препятствующем правильной ориентировке и осмыслению задания, а соответственно и нахождению правильного решения при сохранении стремления довести задание до конца (характерна для детей с выраженными невротическими проявлениями).

Психологическое исследование психического развития ребенка данного возрастного периода завершается составлением заключения, в котором содержатся обобщенные данные, отражающие развитие его эмоциональной, познавательной, речевой и моторной сфер, характеристики контакта и структуры деятельности по выполнению заданий, а также наблюдаемые характерологические особенности ребенка. В случаях выявления нарушения психического развития в заключении даются характеристика психологической структуры нарушения и рекомендации по коррекции или компенсации наблюдаемых дефектов с целью оптимизации путей дальнейшего психического развития.

Лекция 12. Патопсихологическое изучение детей школьного возраста

1. Изучение школьников, больных шизофренией.
2. Дифференциация сходных состояний.
3. Изучение школьников, больных эпилепсией.
4. Изучение школьников с травматическими поражениями центральной нервной системы.

Патопсихологическое обследование детей имеет свою специфику по сравнению с патопсихологическим обследованием взрослых. Чем младше ребенок, тем более важную роль играют особенности возрастныхпроявлений, отражающие патологически измененные проявления нормального возрастного развития. Поэтому прежде всего необходимо исследовать те психологические образования, которые на данном возрастном этапе играют определяющую роль в психическом развитии ребенка. Именно эти психологические образования особенно насыщены признаками болезненной симптоматики. Так, например, задержка развития речи вмладшем дошкольном возрасте, ее специфическое искажение (сохранение автономной речи, неологизмы, аутистическая направленность и т. д.) свойственны для ранней детской шизофрении. В возрасте 4—5 лет признаки этой же болезни будут уже проявляться не в особенностях речи ребенка, а в содержании его ролевой игры, в рисунках, фантазиях. Анализируя продукты этой ведущей для данного возраста деятельности, можно выявить эмоциональные расстройства (страхи, агрессивные тенденции), интеллектуальные нарушения (патологические ассоциации, неадекватность мыслительной деятельности).

При патопсихологическом обследовании *подростков* имеются некоторые особенности. Помимо обычного обследования, у подростков желательно определить наличие и тип акцентуации характера, уделить внимание мотивационной структуре личности, направленности, самооценке. Существует ряд специфически подростковых проблем и психических состояний, нуждающихся в диагностике и коррекции. К этой группеотносятся реакции адаптации, нарушения в формировании влечений, личностные кризисы.

Большое значение при обследовании имеет установление хорошего контакта с ребенком. Если при исследовании взрослого позиция психолога может быть нейтральной, то общение с ребенком требует от экспериментатора активности. Следует создать не просто доброжелательную атмосферу, но уметь заинтересовать ребенка (особенно маленького) заданиями, создать положительно насыщенный эмоциональный тон, чтобы ребенку хотелось продолжить эксперимент. Поэтому с детьми дошкольного возраста патопсихологическое обследование проводится в виде игры. Для школьников более приемлема ситуация, отражающая учебный процесс, когда

ребенок как бы демонстрирует взрослому свои знания, умения и способности. Однако если патопсихолог видит, что у младшего школьника еще не сформирована учебная мотивация (что уже само по себе дает основание предположить психическое недоразвитие), обследование следует перевести в игровую форму.

Обследуя детей подросткового возраста, очень важно продумать стиль отношений с подростком во время беседы, как объяснить им цели обследования. Учитывая важность этих вопросов, рассмотрим их более подробно в следующих главах. Не менее детально мы остановимся на применении метода наблюдения за поведением ребенка во время исследования, за его реакцией на успешность выполнения заданий.

Для правильной организации патопсихологического исследования ребенка необходимо иметь отдельное помещение, куда не будут входить во время эксперимента посторонние люди, куда не проникает шум, где не будет ярких отвлекающих предметов. Патопсихологическое исследование, естественно, проводится строго индивидуально. Если ребенку менее 6 лет, то допускается присутствие матери (или лица, ее заменяющего). Не следует проводить обследование, если ребенок переутомлен или, наоборот, перевозбужден, если он голоден или только что поел, если он испытывает недомогание, боль или иные виды дискомфорта. При необходимости повторных обследований желательно назначить их на одно и то же время дня.

Патопсихологическое исследование детей проводится в форме обучающего эксперимента. Если у ребенка возникают трудности, ему надо оказывать помощь. Это можно сделать в виде общей стимуляции (подбадривание, похвала), организации деятельности, наводящих вопросов, прямой подсказки, показа или обучения на материале аналогичного задания с последующим контролем за переносом способа действия. Во время анализа полученных результатов следует учитывать, какой вид помощи и в какой мере был оказан ребенку и насколько она помогла ему справиться с заданием.

Специфика работы с детьми осложняет вопрос протоколирования хода эксперимента. Безусловно, фиксация высказываний и эмоционально-двигательных проявлений ребенка необходима. Однако чисто технически осуществить это сложно. Ниже мы описываем некоторые приемы фиксации, однако все же большинство информации приходится запоминать, а потом записывать сразу же после окончания эксперимента. Это обусловлено тем, что общение психолога с ребенком должно быть живым, непринужденным и психологу не следует отвлекаться на длительные записи.

Результаты патопсихологического обследования во многом зависят от той установки, с которой подросток пришел к психологу. Особенно это важно в школьной практике, где ученики часто воспринимают такоеобследование как нечто негативное, угрожающее. Беседу с подростком можно начать с объяснения целей экспериментального исследования. Далеко

не всегда следует называть его истинные причины, и, конечно же, не в такой форме, которая задевает самоуважение ребенка. Например, если подростку уже ясно, что его направили на обследование в связи с тем, что он не усваивает учебный материал, психологу все равно не следует говорить, что сейчас он будет проверять его умственные способности. Лучше сказать, что задача состоит в том, чтобы измерить работоспособность, степень переутомления в результате учебной деятельности, что цель обследования — подсказать подростку новые приемы усвоения информации и т. д. Лучше всего объяснить необходимость исследования Целями профориентации. Например, измерения объема и быстроты переключения внимания применяются при отборе для таких заманчивых для подростков профессий, как летчик, водитель и т. д.

После экспериментального исследования проводится заключительный этап беседы с ребенком (обычно непродолжительный). Патопсихолог выясняет, какие задания понравились ребенку, а какие нет; что было трудно, а что легко; как оценивает свои успехи ребенок, как он себя чувствует. Исходя из этого, психолог уточняет свои впечатления о психических особенностях ребенка, его эмоционально-волевых проявлениях.

Метод наблюдения применяется на всем протяжении процесса патопсихологического исследования одновременно с применением экспериментальных методов. Фиксировать полученную информацию удобно на специальном заранее заготовленном бланке карты-схемы, используя символы. Такой способ позволяет, не привлекая внимания ребенка, отметить наличие и интенсивность его различных эмоционально-двигательных проявлений, особенности внешнего вида. Например, зачеркивание символа, обозначающего какой-либо признак, означает его отсутствие; подчеркивание — наличие в средней степени; двойное подчеркивание — сильная интенсивность; обведение кружком — очень сильная интенсивность. Крестиком можно обозначать проявление признака, противоположного тому, что намечен в бланке карты-схемы, волнистой линией — предположение наличия определенной характеристики и т. д.

Надо учитывать, что если патопсихологическое исследование проводят с ребенком, которому свойственны отклонения в поведении, то правильно оценить его интеллектуальное развитие можно только при условии хорошего контакта и значимой мотивации выполнения заданий.

Имеет значение также порядок предъявления заданий по сложности. Если о ребенке известно, что он плохо усваивает программу обучения детского сада или школы, то надо начать с легких заданий, поскольку первая же неудача может вызвать привычную негативную эмоциональную реакцию на свою несостоятельность. В то же время, если подростку с отклоняющимся поведением предъявить слишком легкое задание, это может показаться ему подозрительным и даже оскорбительным. Кроме того, ребенок успевает устать, если перед заданиями средней трудности ему уже пришлось выполнить ряд более легких заданий. Таким образом, порядок предъявления

заданий зависит от особенностей психики ребенка, которые выявляются на предварительном этапе обследования либо в ходе беседы.

Основные моменты, которые необходимо учитывать при исследовании психических процессов и состояний у детей:

1) отношение к психологу и к самому процессу обследования;

2) степень целенаправленности деятельности, интерес к ней, особенности реагирования на успех и неуспех;

3) анализ динамики эмоционально-волевых проявлений;

4) анализ наблюдений внешнего вида и словесных проявлений.

Среди детей с травматическими поражениями ЦНС можно выделить три группы больных:

1) дети с выраженной астенией и нарушением работоспособности;
2) дети с явлениями травматической энцефалопатии;
3) дети с явлениями травматической деменции

Лекция 13. Экспертиза в практике клинического психолога

1.Виды и принципы проведения патопсихологической экспертизы.

2.Сложные ситуации экспертной практики.

3.Особенности экспертного исследования.

4.Требования к психологу, проводящему экспертизу.

Среди задач, решаемых клиническим психологом в здравоохранении, одной из основных является участие его в проведении различных видов экспертиз. В этой работе клинический психолог является одним изсубъектов совместной деятельности со специалистами других профилей. Особенно ярко выступает комплексность деятельности в виде взаимодействия и взаимодополняемости клинического, психологического, педагогического, инструментального и лабораторного подходов.

Основным содержанием экспертного психологического заключения является не сама по себе оценка степени снижения тех или иных психических функций, а качественный структурный анализ изменений психической деятельности испытуемого, результаты которого и должны соотноситься с особенностями психологической структуры деятельности, по отношению к которой проводится экспертиза. Важно выявить не только актуальное состояние личности и различных психических процессов и психических состояний, но и прогнозировать возможность взрослого, юноши, ребенка на будущее с учетом компенсаторных или декомпенсирующих аспектов.

Особую важность приобретает соотнесение дефицитарных проявлений психической деятельности и сохранных ее сторон с требованиями врачебно-трудовой, военно-врачебной, медико-педагогической сфер деятельности, а не только констатация их наличия.

*Участие клинического психолога во врачебно-трудовойэкспертизе***.** Значение психологического аспекта врачебно-трудовой

экспертизы (или психологической трудовой экспертизы, по Платонову) постоянно возрастает. Во-первых, в связи с увеличением числа лиц, проходящих этот вид экспертизы, из-за продолжающегося ухудшения социально-экономического положения и экологической обстановки в стране и, во-вторых, в связи с пониманием этого вида экспертизы как одного из основных звеньев и этапов социально-трудовой реабилитации. В современных лечебно-реабилитационных программах определение профессиональных возможностей и рациональное обучение (переобучение) и трудоустройство больного приобретают существенную роль в его судьбе. Не случайно, поэтому ряд авторов включают в психологическую трудовую экспертизу профориентацию, профконсультацию, профотбор, профподбор и трудоустройство инвалидов.

При врачебно-трудовой экспертизе наиболее важным аспектом деятельности клинического психолога является получение объективных данных для функционального диагноза, составляющего основу экспертного заключения.

Военно-врачебная экспертиза. Роль военно-врачебной экспертизы в целом и участия в ее проведении клинического психолога в современных условиях значительно возрастает. Многосторонний кризис веры, изменение общественного сознания значительной части населения, перемена отношения к армии в связи с распространением "неуставных" отношений - привели к резкому увеличению числа лиц, пытающихся уклониться от военной службы. Ухудшение здоровья населения является причиной существенного уменьшения числа потенциальных призывников, которые, пройдя военно-врачебную комиссию, могут быть направлены для несения военной службы (без опасения возврата по состоянию здоровья). Поэтому необходимо качественное проведение военно-врачебной экспертизы, что практически невозможно без участия клинического психолога.

Круг задач, решаемых клиническим психологом при военно-врачебной экспертизе, в основном соответствует тому при обычной психиатрической диагностике. Результаты психологического исследования используются для установления или, напротив, исключения прежде всего психических заболеваний, наличие которых несовместимо с военной службой. Часто это дифференциальная диагностика между нераспознанными до экспертизы олигофренией (F70-F79) и внешне сходными состояниями, обусловленными неблагоприятными прижизненными влияниями: низким культурным уровнем семьи, в которой воспитывался освидетельствуемый, педагогической запущенностью и др. Трудными в экспертном плане могут быть случаи несвоевременной диагностики психопатий и патологических развитий личности (F60-F69), современных неврозо- и психопатоподобных форм шизофрении (F21) и ларвированных форм других нервно-психических заболеваний.

Медико-педагогическая экспертиза. Участие клинического психолога в проведении медико-педагогической экспертизы тесно связано с кругом

вопросов, решаемых им в детских и подростковых учреждениях психиатрического профиля. Как и при проведении других видов экспертизы, большое значение имеет дифференциальная диагностика. Однако наиболее существенной задачей является определение психического развития и его аномалий, степени и структуры различных видов дизонтогенеза (Ковалев, Лебединский, Лебединская). Важность этой работы клинического психолога определяется тем, что в зависимости от его заключения определенным образом строится прогноз обучаемости ребенка, а следовательно, выбор путей общеобразовательного и трудового обучения.

Клинический психолог при проведении медико-педагогической экспертизы рассматривает следующие вопросы: причины неуспеваемости ребенка (отставание психического развития (F84.9) - олигофрения (F70-F79), астенизация вследствие перенесенных соматических заболеваний, своевременно нераспознанные процессуальные психические заболевания, педагогическая запущенность и т. д.). Важнейшим является вопрос о степени и структуре психического снижения при выявлении дизонтогенеза, ответ на который позволяет указать на потенциальные возможности ребенка, соответствие этих возможностей требованиям массовой школы или целесообразности направления его в санаторную, вспомогательную школу, специализированное училище.

Роль клинического психолога при проведении судебно-психиатрической экспертизы. Задачами экспериментально-психологического исследованияпри проведении судебно-психиатрической экспертизы являются дифференциальная диагностика, установление степени (глубины) снижения психики с учетом возможного установочного поведения испытуемого. В последнем случае может возникнуть задача дифференциации симуляции и аггравации от псевдодеменции (F68.1) и истинного слабоумия (F70-F79), истинной некритичности от симулятивного и диссимулятивного поведения (Кожуховская). Для диагностики установочного поведения предлагались различные приемы и условия проведения экспериментально-психологического исследования. Целесообразно применять комплекс методик, позволяющих обнаружить "неравномерность уровня достижений" с использованием параллельных по направленности методик. Блейхер указывает, что желательно пользоваться большим числом методик, располагаемых не по степени нарастания трудности заданий, и рекомендует проводить исследования повторно с интервалом в несколько дней.

Для судебно-медицинского эксперта-психолога необходимы знания в следующих областях наук: общая психология, клиническая психология, все виды возрастной психологии, где особенно важными являются детская и подростковая, социальная психология с акцентом на психологии малыхгрупп, психиатрия (общая и частная психопатология), основы юриспруденции. Таким образом, эксперт-психолог должен обладать навыком работы в психиатрическом отделении общего профиля, в подростковом отделении, желательно наличие детской психиатрической практики.

Этапы судебно-психологической экспертизы после получения постановления:

1. Первичная клинико-психологическая беседа с подэкспертным.

2. Изучение материалов уголовного дела.

3. Проведение базового патопсихологического обследования подэкспертного.

4. Прицельное тестирование подэкспертного в зависимости от результатов патопсихологического обследования:

- при наличии органической нейродинамики и указаниях на очаговую неврологическую симптоматику может потребоваться полное нейропсихологическое обследование;

- при наличии признаков дефектного интеллекта проводят полное психометрическое интеллектуальное исследование;

- при отсутствии значительного снижения интеллекта используют стандартизованные личностные методики, а в отдельных случаях и проективные;

- при выявлении специфических нарушений мышления могут быть дополнительно применены личностные методики и в дальнейшем подэкспертный подвергается психиатрической экспертизе.

5. *Составление заключения эксперта-психолога по собранному материалу.* В случае единоличного проведения судебно-психологической экспертизы в заключительной части акта дают ответы на все поставленные вопросы. В случае стационарной или комиссионной амбулаторной экспертизы предварительное заключение докладывается на комиссии экспертов, которая принимает окончательное решение. После этого составляется комиссионный акт, в заключительной части которого следуют ответы на все поставленные вопросы.

ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

Тема 1. Патопсихология: предмет и задачи

Вопросы для обсуждения:
1.Основные понятия патопсихологии.
2.История развития патопсихологии.
3.Методы патопсихологического исследования и их особенности.
Литература: Основная: [1]. Дополнительная: [1], [2], [3], [4].

Тема 2. Специфика патопсихологического исследования

Вопросы для обсуждения:
1. Основные требования к содержанию патопсихологического исследования.
2. Характеристика основных этапов проведения патопсихологического исследования.
3. Примерное планирование патопсихологического обследования детей разных возрастов.
Литература: Основная: [1]. Дополнительная: [1], [2], [3], [4].

Тема 3. Принципы и методы патопсихологической диагностики. Патопсихологическое заключение

Вопросы для обсуждения:
1. Особенности патопсихологического исследования личности на разных возрастных этапах
2. Требования и рекомендации по составлению патопсихологического заключения
Литература: Основная: [1]. Дополнительная: [1], [2], [3], [4].

Тема 4. Понятие и критерии психической нормы

Вопросы для обсуждения:
1. Проблема дихотомии «норма – патология».
2. Понятие и критерии психической нормы.
3. Критерии нормального и патологического состояния психики.
Литература: Основная: [1]. Дополнительная: [1], [2], [3], [4].

Тема 5. Патопсихология сенсорно-перцептивных процессов и внимания

Вопросы для обсуждения:
1. Нарушения ощущений (анестезия, гипестезия, гиперестезия).
2. Парестезии и сенестопатии.
3. Ощущение боли и алгии.
4. Нарушения восприятия агнозии.
5. Иллюзии и галлюцинации.
6. Нарушения внимания.

Литература: Основная: [1]. Дополнительная: [1], [2], [3], [4].

Тема 6. Патопсихология памяти, мышления и речи

Вопросы для обсуждения:
1. Нарушения непосредственного и опосредованного запоминания.
2. Нарушения мотивационного компонента памяти.
3. Нарушения динамики мнестической деятельности
4. Патопсихология нарушений речи.

Литература: Основная: [1]. Дополнительная: [1], [2], [3], [4].

Тема 7. Патопсихология эмоционально-волевой сферы сознания

Вопросы для обсуждения:
1. Понятие «нормальной» патологии эмоций.
2. Критерии нарушения эмоциональной сферы в онтогенезе.
3. Нарушения эмоций при локальных поражениях головного мозга.
4. Импульсивные влечения и действия.

Литература: Основная: [1]. Дополнительная: [1], [2], [3], [4].

Тема 8. Патопсихология умственной работоспособности

Вопросы для обсуждения:
1. Степени умственной отсталости по МКБ-10
2. Характеристика психической деятельности при различных степенях умственной отсталости.

Литература: Основная: [1]. Дополнительная: [1], [2], [3], [4].

Тема 9. Патопсихология личности

Вопросы для обсуждения:
1. Виды нарушений личности: нарушение опосредствования и иерархии мотивов, формирование патологических потребностей и мотивов, нарушение смыслообразования и контроля за поведением.
2. Личностная деструкция и деформация личности.

Литература: Основная: [1]. Дополнительная: [1], [2], [3], [4].

Тема 11. Патопсихологическое изучение детей раннего и дошкольного возраста

Вопросы для обсуждения:
1. Особенности изучения детей первого года жизни.
2. Изучение детей дошкольного возраста.
3. Особенности реакции на неудачу в детском возрасте.

Литература: Основная: [1]. Дополнительная: [1], [2], [3], [4].

Тема 12. Патопсихологическое изучение детей школьного возраста

Вопросы для обсуждения:
1. Изучение школьников, больных шизофренией.
2. Дифференциация сходных состояний.
3. Изучение школьников, больных эпилепсией.
4. Изучение школьников с травматическими поражениями центральной нервной системы.

Литература: Основная: [1]. Дополнительная: [1], [2], [3], [4].

Тема 13. Экспертиза в практике клинического психолога

Вопросы для обсуждения:
1. Виды и принципы проведения патопсихологической экспертизы.
2. Сложные ситуации экспертной практики.
3. Особенности экспертного исследования.
4. Требования к психологу, проводящему экспертизу.

Литература: Основная: [1]. Дополнительная: [1], [2], [3], [4].