## 2.1.Нарушения сознания

Нарушения сознания относятся к наименее разработанным вопросам. Несмотря на то что во всех учебниках психиатрии описаны разнообразные формы нарушения сознания, определение этого понятия наталкивается на трудности. Происходит это потому, что понятие сознания в психиатрии не опирается на философскую и психологическую трактовку.

Сознание может рассматриваться в разных аспектах. В философии оно имеет широкое значение, употребляясь в плане противопоставления идеального материальному (как вторичное первичному), с точки зрения происхождения (свойство высокоорганизованной материи), с точки зрения отражения (как отражающее объективный мир).

В более узком значении сознание — это человеческое отражение бытия, отражение в социально выработанных формах идеального. Возникновение человеческого сознания марксизм связывает с возникновением труда в процессе превращения обезьяны в человека. Воздействие на природу в ходе коллективной трудовой деятельности породило осознание свойств и закономерных связей явлений, которое закреплялось в языке, формирующемся в процессе общения. В труде и реальном общении возникло самосознание — осознание собственного отношения к окружающей природной и социальной среде, понимание своего места в системе общественных отношений. Специфика человеческого отражения бытия состоит в том, что "сознание человека не только отражает объективный мир, но и творит его" [1, 29, 194].

При решении проблемы сознания в психологии советские ученые исходят из положений марксистско-ленинской философии. Сознание рассматривается как высшая, связанная с речью функция мозга, отражающая в обобщенном виде реальную действительность и целенаправленно регулирующая деятельность человека.

Большое внимание проблеме сознания в психологии уделял С. Л. Рубинштейн [159; 160]. Говоря, что сознание — это процесс осознания субъектом объективного бытия реальности, он делал акцент на том, что сознание есть знание того, как объект противостоит познающему субъекту. Проблеме связи сознания с деятельностью уделяется внимание и в трудах А. Н. Леонтьева. Он прямо указывает, что сознание можно понять "как субъективный продукт, как преобразованную форму проявления тех общественных по своей природе отношений, которые осуществляются деятельностью человека в предметном мире... В продукте запечатлевается не образ, а именно деятельность — то предметное содержание, которое она объективно несет в себе" [113, 130].

Сознание включает в себя не только знание об окружающем мире, но и знание о себе — о своих индивидуальных и личностных свойствах (последнее предполагает осознание себя в системе общественных отношений). В отличие от традиционного употребления понятия "самосознание" А. Н. Леонтьев предлагает применять этот термин в смысле осознания своих личностных качеств. Он говорит, что самосознание, сознание своего "Я", есть осознание в системе общественных отношений и не представляет собой ничего другого.

Проблеме самосознания уделяется много исследований (С. Л. Рубинштейн, Б. Г. Ананьев, Л. И. Божович и др.), анализу его методологического аспекта (И. И. Чеснокова, Е. В. Шорохова), связи самосознания с познанием других людей (А. А. Бодалев, И. С. Кон, В. В. Столин и др.). Чрезвычайно много исследований уделено проблеме самосознания, "образу-Я" в трудах зарубежных авторов- неофрейдистов, представителей гуманистической психологии (К. Роджерс, А. Маслоу). Богата и литература по проблеме самосознания и бессознательного (Ф. В. Бассин, А. Е. Шерозия). Ряд работ посвящен проблеме саморегуляции и самосознания (И. Кон, Б. В. Зейгарник, Л. Фестингер). Выделяются, начиная с Джеймса, и частные проблемы как соотношения самосознания и физического образа-Я (И. И. Чеснокова, А. А. Бодалев, М. А. Карева и др.).

В данной книге нет возможности остановиться на всех аспектах сознания. Хотелось лишь напомнить, что 1) в психологии эта проблема разрабатывается с разных позиций и аспектов, как в теоретическом, так и феноменологическом плане: 2) что как бы различий ни были пути исследования сознания, все отечественные психологи исходят при решении даже его частных проблем из философии положения о том, что сознание отражает объективный вне нас существующий мир, что оно обладает свойством не только отражать, но и творить его.

Описание разновидностей нарушения сознания.

Понятие сознания в психиатрии не совпадает с его философским и психологическим содержанием. Оно является скорее "рабочим". Ведущий современный психиатр А. В. Снежневский говорит, что "если подходить к сознанию в философском смысле, то мы, естественно, должны сказать, что при всяком психическом заболевании высшая форма отражения мира в нашем мозге нарушается" [173, 99-100]. Поэтому клиницисты пользуются условным термином нарушения сознания, имея в виду особые формы его расстройства.

С данным положением соглашается и С. Л. Рубинштейн, говоря о целесообразности "разведения" психического нарушения и нарушения сознания, как обладающих специфическими признаками [160].

Понятие сознания, которое А. В. Снежневский определяет как "условное", базируется на взглядах немецкого психиатра К. Ясперса, рассматривающего сознание как фон, на котором происходит смена различных психических феноменов. Соответственно при душевных заболеваниях сознание может нарушаться независимо от других форм психической деятельности и наоборот. Так, в историях болезни можно встретить выражения, что у больного имеет место бред при ясном сознании, нарушено мышление на фоне ясного сознания и т.п. Метафорические признаки "ясности" и "помрачения" сознания, введенные К. Ясперсом [217] , стали определяющими для характеристики сознания в учебниках психиатрии до настоящего времени. Вслед за К. Ясперсом в качестве критериев помраченного сознания берутся:

* дезориентировка во времени, месте, ситуации;
* отсутствие отчетливого восприятия окружающего:
* разные степени бессвязности мышления;
* затруднение воспоминаний происходящих событий и субъективных болезненных явлений.

Для определения состояния помраченного сознания решающее значение имеет установление совокупности всех вышеперечисленных признаков. Наличие одного или нескольких признаков не может свидетельствовать о помрачении сознания [55, 173].

В психиатрии различают разные формы нарушения сознания

\* Хотя в основном мы не используем концептуальный аппарат психиатрии, однако для некоторых разделов (в частности, сознания) его следует осветить.

Оглушенное состояние сознания. Одним из наиболее распространенных синдромов нарушения сознания является синдром оглушенности, который чаще всего встречается при острых нарушениях ЦНС, при инфекционных заболеваниях, отравлениях, черепно-мозговых травмах.

Оглушенное состояние сознания характеризуется резким повышением порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций. Больные отвечают на вопросы как бы "спросонок", сложное содержание вопроса не осмысливается. Отмечается замедленность в движениях, молчаливость, безучастие к окружающему. Выражение лица у больных безразличное. Очень легко наступает дремота. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Состояние оглушения сознания длится от минут до нескольких часов.

Делириозное помрачение сознания . Это состояние резко отличается от оглушенного. Ориентировка в окружающем при нем тоже нарушена, однако она заключается не в ослаблении, а в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. Возникает не просто дезориентировка, а ложная ориентировка во времени и пространстве.

На фоне делириозного состояния сознания возникают иногда преходящие, иногда более стойкие иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи. В отличие от больных, находящихся в оглушенном состоянии сознания, больные в делирии говорливы. При нарастании делирия обманы чувств становятся сценоподобными: мимика напоминает зрителя, следящего за сценой. Выражение лица становится то тревожным, то радостным, мимика выражает то страх, то любопытство. Нередко в состоянии делирия больные становятся возбужденными. Как правило, ночью делириозное состояние усиливается. Делириозное состояние наблюдается в основном у больных с органическими поражениями головного мозга после травм, инфекций.

Онейроидное (сновидное) состояние сознания (впервые описанное Майер-Гроссом) характеризуется причудливой смесью отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных представлений фантастического характера. Больные "совершают" межпланетные путешествия, "оказываются среди жителей Марса". Нередко встречается фантастика с характером громадности: больные присутствуют "при гибели города", видят, "как рушатся здания", "проваливается метро", "раскалывается земной шар", "распадается и носится кусками в космическом пространстве".

Иногда у больного приостанавливается фантазирование, но затем незаметно для него в сознании вновь начинают возникать такого рода фантазии, в которых всплывает, по-новому формируясь, весь прежний опыт, все, что он читал, слышал, видел.

Одновременно больной может утверждать, что он находится в психиатрической клинике, что с ним разговаривает врач. Обнаруживается сосуществование реального и фантастического. К. Ясперс, описывая подобное состояние сознания, говорил о том, что отдельные события реальной ситуации заслоняются фантастическими фрагментами, что онейроидное сознание характеризуется глубоким расстройством самосознания. Больные оказываются не только дезориентированы, но у них отмечается фантастическая интерпретация окружающего.

Если при делирии происходит воспроизведение некоторых элементов, отдельных фрагментов реальных событий, то при онейроиде больные ничего не помнят из того, что происходило в реальной ситуации, они вспоминают иногда лишь содержание своих грез.

Сумеречное состояние сознания . Этот синдром характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью и столь же внезапным прекращением, вследствие чего его называют транзисторным, т.е. преходящим.

Приступ сумеречного состояния кончается критически, нередко. с последующим глубоким сном. Характерной чертой сумеречного состояния сознания является последующая амнезия. Воспоминания о периоде помрачения сознания полностью отсутствуют. Во время сумеречного состояния больные сохраняют возможность выполнения автоматических привычных действий. Например, если в поле зрения такого больного попадает нож, больной начинает совершать привычное с ним действие — резать, независимо от того, находится ли перед ним хлеб, бумага или человеческая рука. Нередко при сумеречном состоянии сознания имеют место бредовые идеи, галлюцинации. Под влиянием бреда и напряженного аффекта больные могут совершать опасные поступки.

Сумеречное состояние сознания, протекающее без бреда, галлюцинаций и изменения эмоций, носит название "амбулаторного автоматизма" (непроизвольное блуждание). Страдающие этим расстройством больные, выйдя из дому с определенной целью, вдруг неожиданно и непонятным для себя образом оказываются в другом конце города. Во время этого бессознательного путешествия они механически переходят улицы, едут в транспорте и производят впечатление погруженных в свои мысли людей.

Сумеречное состояние сознания длится иногда чрезвычайно короткое время и носит название absence (отсутствие — франц.).

Псевдодеменция. Разновидностью сумеречного состояния сознания является псевдодеменция. Она может возникнуть при тяжелых деструктивных изменениях в центральной нервной системе и при реактивных состояниях и характеризуется остро наступающими расстройствами суждения, интеллектуально-мнестическими расстройствами. Больные забывают название предметов, дезориентированы, с трудом воспринимают внешние раздражители. Образование новых связей затруднено, временами можно отметить иллюзорные обманы восприятия, нестойкие галлюцинации с двигательным беспокойством.

Больные апатичны, благодушны, эмоциональные проявления скудны, недифференцированы. Поведение нередко напоминает нарочито детское. Так, взрослый больной при вопросе, сколько у него пальцев на ногах, снимает носки, чтобы сосчитать их.

Мы остановились лишь на некоторых формах нарушения сознания. В действительности же их проявления в клинике значительно разнообразнее, но нам важно было познакомить читателя с теми понятиями, в которых нарушения сознания интерпретируются и описываются в клинике.

Наряду с. различными формами нарушения сознания как отражения окружающей действительности в клинике встречается своеобразная форма нарушения самопознавания — деперсонализация.

Деперсонализация. Характеризуется чувством отчуждения собственных мыслей, аффектов, действий, своего "Я", которые воспринимаются как бы со стороны. Частым проявлением деперсонализации является нарушение "схемы тела" — нарушение отражения в сознании основных качеств и способов функционирования собственною тела. его отдельных частей и органов. Подобные нарушения, получившие название "дисморфобии", могут возникать при разных заболеваниях — при эпилепсии, шизофрении, после черепно-мозговых травм и др.

Синдром дисморфобии подробно описан многими психиатрами, начиная с работ итальянского психиатра Морзели (Morseli, 1836-1894). Больные с подобным синдромом считают, что у них "некрасивый нос, оттопыренные уши, от них плохо пахнет". Больные стремятся принять меры по устранению "мешающего недостатка", настаивают на оперативном вмешательстве, они часами стоят перед зеркалом (симптом зеркала), постоянно себя разглядывают.

Особенно подробно описан этот синдром в работах М. В. Коркиной [91], которая пишет, что этот синдром можно рассматривать как триаду, состоящую из: а) идеи о физическом недостатке с активным стремлением от него избавиться: б) идеи отношений и в) пониженного настроения.

Выраженное, навязчивое или бредовое стремление больных исправить мнимый недостаток дало основание автору говорить о дисморфомании. Речь идет не о расхождении между содержательным отражением идеального представления о внешнем облике "Я" и настоящим, а о неприятии себя, т.е. о неосознаваемом неприятии.

##

## 2.2.Расстройства восприятия и представлений

Еще в 1946 г. С.Л.Рубинштейн писал, что «в восприятии отражается вся многообразная жизнь личности», а при изменении личного отношения изменяется и перцептивная деятельность.

Процесс восприятия зависит от того, какие мотивы побуждают и направляют деятельность испытуемых. Одновременно выявляются различия в перцептивной деятельности здоровых и больных людей. О значении личностного фактора в перцептивной деятельности говорят данные, полученные при исследовании больных с лобным синдромом. У этих больных выражены нарушения подконтрольности, произвольности, поведение отличается аспонтанностью. Такие лица с трудом узнают предметные, силуэтные, нарисованные пунктиром или затушеванные рисунки. Они не могут передавать смысл картин, изображающих последовательные события.

Пациенты с болезнью Пика (при атрофическом поражении мозга) не в состоянии объединять предъявляемые им предметы в одно целое. Аналогичные нарушения наблюдаются и у больных с прогрессивным параличом (при поражении лобных долей). Такие больные не могут распределить правильно серию сюжетных картинок и ограничиваются лишь описанием отдельных их фрагментов. Приведенные примеры показывают, что существенную роль в гностических нарушениях у этих лиц играют нарушение подконтрольности, невозможность сличения своих действий с предлагаемым результатом.

А. Н. Леонтьев подчеркивал, что деятельность восприятия включает в себя основную характеристику человеческой психики - пристрастность. Из этого следует, что процесс восприятия строится различно в зависимости от того, какие мотивы будут побуждать и направлять деятельность испытуемых. Можно ожидать, что перцептивная деятельность у больных и здоровых людей будет иметь разную структуру. Патопсихологические исследования показывают, что деятельность испытуемых может определяться влиянием двух мотивов - мотивом экспертизы и собственным мотивом восприятия. Собственный мотив восприятия играет роль дополнительного стимула. Совместное действие обоих мотивов может обеспечить содержательную интерпретацию картинок.

Экспериментальное исследование, проведенное Е. Т. Соколовой, доказывает, что восприятие существенно зависит от структуры деятельности, реализуемой субъектом. Особая роль принадлежит ее мотивационному компоненту, определяющему направленность, содержание и смысл перцептивного процесса. В случае нормального развития психики изменение мотивации приводит к переструктурированию деятельности человека, а характер восприятия обусловливается ведущим, смыслообразующим мотивом.

При патологическом процессе смыслообразования возникает ряд особенностей. Так, у шизофреников смыслообразующий процесс затруднен настолько, что эксперимент не позволяет сформировать их деятельность. Больные эпилепсией, напротив, демонстрируют необычайную легкость, с которой экспериментально созданный мотив становится смыслообразующим. Эти особенности процесса смыслообразования влияют и на восприятие. Лица, страдающие шизофренией, в условиях по-разному мотивированной деятельности лишь формально описывают структуру картинок, не выдвигая гипотез относительно сюжета или объекта изображения. Для больных с эпилепсией характерна гиперболизация смысловых образований, приводящая к возникновению гипотез драматизации. Возникает агравация содержания сюжета. Итак, факты доказывают, что изменение мотивационного компонента изменяет структуру восприятия.

**Агнозия** (от греч. а - отрицательная частица, gnosis - знание) - это расстройство узнавания характеристик предметов и звуков. Выделяют зрительные, тактильные и слуховые агнозии.

**Зрительные агнозии** проявляются в том, что человек при сохранении достаточной остроты зрения не может узнавать предметы и их изображения. Зрительные агнозии подразделяются на предметные, цветовые, знаковые и пространственные.

**Тактильные агнозии** заключаются в расстройстве опознания предметов на ощупь (астереогноз) или в нарушении узнавания частей собственного тела, в нарушении представлений о схеме тела (соматоагнозия).

**Слуховые агнозии** проявляются в нарушениях фонематического слуха, определяющего способность человека к различению звуков речи.

Для больных с органическими поражениями мозга явления агнозии состоят в выделении в предметах то одного признака, то другого, но узнать его, объединив все признаки, т. е. осуществить синтез, не могут. Таким образом, процесс восприятия при психических заболеваниях приобретает характер отгадывания и ступенчатости узнавания предметов. Например, при исследовании больной В. предъявленную ей картинку с изображением граблей она интерпретирует следующим образом: «Это щетка, может, половая, а может, и зубная. Но почему у нее такие редкие ворсинки?

Нет, это не щетка. Может, это грабли? Но почему здесь грабли? Зачем? Не знаю, что это». Нарисованный на картинке гриб больная называет то стогом сена, то лампой.

Патопсихологические исследования свидетельствуют о том, что больные с нервно-психическими расстройствами демонстрируют, хотя и поэтапно, тенденцию к узнаванию конкретных изображений, но особые трудности при этом вызывает у них соотнесение схематических рисунков с определенной категорией предметов. Например, при предъявлении пунктирного изображения пресс-папье больная Н. называет этот предмет «какими-то точками». При демонстрации ей силуэтного изображения пресс-папье она говорит, что это «странный предмет, похожий на корабль или лодку». И только когда ей показывают конкретное изображение данного предмета, она его называет правильно. Часть больных имеет другие особенности: им трудно узнать предмет на рисунке, но они могут легко и во всех подробностях описать его форму. При этом следует отметить, что в ответах большинства больных проявляется сомнение и неуверенность в правильности своих выводов.

А. Р. Лурия считал, что процесс нарушения зрительного анализа у таких больных «превращался в серию речевых попыток расшифровать значение воспринимаемых признаков и синтезировать их в зрительный образ». Экспериментальные данные свидетельствуют о том, что больные не могут сразу воспринять рисунок, восприятие у них приобретает характер дезавтоматизированного действия, при котором нарушается процесс обобщения и интеграции признаков предмета в единое целое. Например, узнав фотографическое изображение, испытуемая Н. не смогла перенести это узнавание на силуэтное изображение.

Итак, патопсихологический эксперимент выявляет нарушения обобщающей смысловой функции восприятия. Особенно ярко подобные агностические расстройства проявляются у дементных больных.

**Псевдоагнозии при деменции**

При органической деменции выявлены нарушения узнавания силуэтных картинок и пунктирных рисунков. При экспозиции ситуационных рисунков больные не улавливают смысл сюжета, хотя и могут описать отдельные картинки. Описание конкретных предметов зависит от того, на какой части рисунка больной фиксирует свой взгляд. Потеря смысла сюжета перекрывается описанием конкретных предметов. У некоторых больных может быть нарушено восприятие формы (испытуемый называет треугольник клином). При рассмотрении раскрашенных сюжетных рисунков дементные больные фиксируют свое внимание на яркой раскраске отдельных частей картинки, теряя при этом общий смысл сюжета. Поэтому отдельные части картинки интерпретируются ими искаженно (больной, обращая внимание на торчащие уши лошади, называет ее птицей).

Восприятие, освобожденное от организующей роли мышления, легко становится диффузным, недифференцированным, и это является причиной его структурного распада. Несущественные элементы рисунка делаются центром внимания и ведут к неправильному узнаванию предмета, при этом выпадают смысловые компоненты сюжета. Итак, процесс распада восприятия у дементных больных подтверждает ведущую роль фактора осмысленности и обобщенности в любом акте перцептивной деятельности человека.

Нарушения восприятия в меньшей степени, чем расстройства других сфер психической деятельности, поддаются патопсихологической оценке. Это связано с субъективным характером переживания нарушений восприятия. При исследовании восприятия выявляются скрытые расстройства. В пробе Ашафенбурга обследуемому предлагается разговаривать по телефону, который предварительно отключен от сети. В пробе Рейхардта обследуемому предъявляется чистый лист бумаги и предлагается рассмотреть то, что на нем нарисовано. В пробе Липмана после надавливания на веки обследуемого предлагается сказать, что он видит. Эти пробы направлены на выявление галлюцинаторных или иллюзорных образов. При анализе проб нельзя исключать возможное внушение галлюцинаторных феноменов.

При исследовании сенсорной возбудимости обследуемому предлагают всмотреться в рисунки "движущиеся квадраты" и "волнистый фон", состоящие из расположенных в определенном порядке и ракурсе квадратов и линий, пересекающих геометрические фигуры. Затем предлагается подсчитать количество квадратов в каждом ряду или неясно нарисованные фигуры. Анализируются субъективные ощущения, возникающие в процессе эксперимента, возможный иллюзорный и стереоскопический обман.

При диагностике нарушений зрительного восприятия проводят: пробы на узнавание реальных трехмерных объектов. Пробы на узнавание фотографий и реалистических изображений. Пробы на узнавание незавершенных объектов. Пробы на узнавание контурных изображений.
Пробы на узнавание перечеркнутых изображений. Пробы на узнавание конфликтных изображений.

Методика "Вырезы". На таблице сверху изображены фигуры с вырезами, а внизу на второй ее половине фигуры с дополнениями к данным вырезам. Если совместить две соответствующие фигуры (сверху и снизу), то получится круг. Необходимо найти соответствующие пары фигур и обозначить их номерами.

 Методика "Прогрессивные матрицы «Равена». Тест Равена не считается сугубо «интеллектуальным» тестом, таким тестом «всеобщего интеллекта», к которым относят, например, шкалу Векслера. При решении заданий по таблицам Равена большое значение имеет концентрация активного внимания и восприятия.

При диагностике нарушений слухового восприятия проводят пробы на узнавание мелодий. Пробы на узнавание бытовых шумов. Пробы на оценку и воспроизведение ритмов.

При диагностике нарушения тактильного и кинестетического восприятия проводят пробы на узнавание объектов на ощупь.   Оценка позы и положения тела. Пробы на воспроизведение позы пальцев.

При диагностике нарушения восприятия пространства проводят пробы на ориентировку в правом и левом. Пробы на ориентировку в помещениях. Пробы на ориентировку в городе. Пробы на ориентировку в географических картах. Пробы на ориентировку в схемах и чертежах.

   Методика "Компасы". На таблице схематически изображено по 5 компасов в каждой строчке. Необходимо относительно одной точки отсчета сторон света, мысленно воспроизводя остальные стороны света, определить, куда показывает стрелка.

*Развитие сенсомоторной сферы включает:*

Развитие зрительного восприятия цветов: различение, называние цветов, классификация по цвету, рядообразование по интенсивности цвета.

Развитие зрительного и осязательного восприятия форм: различение, называние, классификация, трансформация форм.

Развитие зрительного и осязательного восприятия величин: различение, называние, классификация, трансформация, сравнение по величине, рядообразование по величине.

Развитие зрительного и осязательного восприятия фактуры предметов: различение, называние, классификация.

Развитие зрительного и осязательного восприятия пространственных отношений: понимание, называние, ориентирование, трансформация.

Развитие слухового восприятия неречевых звуков.

Развитие темпо – ритмического чувства: узнавание и воспроизведение темпо – ритмических структур.

Сенсорика – это понятие, обобщающее ощущения, восприятие. Возникающие на этой основе образы и представления являются чувственным отражением действительности, связаны с воздействием предметов на органы чувств. Инструментом познания пространственно – временных свойств внешней среды И.М. Сеченов называл «мышечное чувство».

Слово позволяет глубже познать объект, осмыслить его, понять сущность.

Участие двигательных компонентов в ощущении иногда протекает как элементарный рефлекторный процесс (мышечные напряжения), а иногда как сложный (активная рецепторная деятельность), например при распознании сложного изображения.

В восприятии проявляется взаимосвязь сенсорной и мыслительной деятельности индивида.

Сплавом различных знаний является воспитательная система Марии Монтессори (1870 – 1952) – итальянского педагога, врача, ученого. Стройная, гармоничная, целостная система благодаря высокому технологизму может быть перенесена в другие страны и школы.

Система Монтессори признает за каждым ребенком право на автономию, на свой темп работы и свои способы овладения знаниями. Педагог в школе Монтессори действует не прямо, а опосредованно, через дидактические материалы (различные приспособления, с которыми ребенок манипулирует по подготовленной педагогом программе). Предметно – пространственная среда способствует развитию умений и навыков, помогающих ребенку в повседневной жизни обслуживать себя, свой быт.

У ребенка развиваются внимание, слух, память и другие важные функции. Приобщение к социуму с помощью дидактического материала способствует развитию речи. На развитие речи влияют понимание, владение монологом, умение и желание вести диалог. Косвенное влияние оказывает развитие общей, мелкой моторики.

Сенсорное развитие, с одной стороны, составляет фундамент общего умственного развития ребенка, с другой стороны, имеет самостоятельное значение, так как полноценное восприятие необходимо и для успешного обучения ребенка в детском саду, в школе, и т.д.

С восприятия предметов и явлений окружающего мира начинается познание. Все другие формы познания – запоминание, мышление, воображение – строятся на основе образов восприятия, являются результатом их переработки. Поэтому нормальное умственное развитие невозможно без опоры на полноценное восприятие.

## 2.3.Внимание и его нарушения

Человек находится постоянно под воздействием многочисленных предметов и явлений окружающего мира. Однако в каждый данный момент им воспринимается лишь незначительная часть из всего потока впечатлений. Происходит отбор того, что должно быть воспринято. Все остальное подмечается смутно, неопределенно или вовсе не замечается человеком.

Эта направленность психической деятельности, сознания человека на избирательное восприятие определенных предметов и явлений называется вниманием. Внимание необходимо и при восприятии, и при мышлении, и при действии.

Физиологической основой внимания считают концентрацию возбуждения в определенных участках коры головного мозга, в очагах оптимальной возбудимости (И. П. Павлов), в то время как остальные, участки коры находятся в состоянии торможения. В последние годы была показана важная роль ретикулярной формации ствола головного мозга в активации и ослаблении внимания.

Различают произвольное и непроизвольное внимание. Основными свойствами обоих видов внимания являются сосредоточенность, устойчивость, переключаемость, объем и распределение.

Особенности внимания можно показать на примере чтения книги. Если человек сосредоточенно читает книгу, внимание его концентрировано, и он не замечает происходящего вокруг. Шум, разговоры в комнате не могут отвлечь его внимание, характеризующееся сосредоточенностью, концентрированностью.

У некоторых людей эта особенность внимания нередко сочетается с большим объемом внимания, с умением распределять внимание, делать два дела сразу. Такие люди, будучи поглощены чтением книги, вместе с тем замечают, кто вошел в комнату, могут пересказать содержание разговора, который они слышали во время чтения книги. Особенно важно уметь распределять внимание во всех водительских профессиях (машинист, шофер, летчик).

Важным свойством внимания является его устойчивость. Устойчивое внимание способно длительно сосредоточиваться на одном предмете или на одной и той же работе. Во многих видах деятельности к устойчивости внимания предъявляются особенно большие требования. Например, при работе диспетчера колебания внимания могут привести к тому, что останутся незамеченными изменения в показаниях приборов, за которыми наблюдает диспетчер. Колебания внимания приводят также к просмотру опечаток в тексте, просматриваемом корректором.

При выполнении ряда работ большое значение имеет переключение внимания — умение перемещать внимание с одного объекта на другой. В особенности это важно при аварийных ситуациях, возникающих при управлении автомобилем, поездом, самолетом.

Переключение внимания облегчается при подаче «предварительной команды», которая необходима для подготовки к перемещению внимания на новый объект.

Показатели внимания отдельного человека могут варьировать в зависимости от его состояния и объекта деятельности.

Ребенок, например, в раннем школьном возрасте способен нередко сохранять достаточно устойчивое произвольное внимание к занимательной для него игре и в то же время быть невнимательным в школе. Человек может быть очень внимательным в привычном для него физическом труде и недостаточно внимательным при чтении книги, особенно с непривычным и далеким от его интересов содержанием.

Нарушения внимания выражаются в изменении его основных свойств. Одной из наиболее частых жалоб больных, страдающих расстройствами внимания, является трудность сосредоточения. Больные не могут концентрировать свое внимание на выполнениин определенного задания. Их внимание неустойчиво, характеризуется повышенной отвлекаемостыо. Посторонние раздражители, разговоры, шум в комнате резко нарушают сосредоточенность внимания, фактически делают невозможным выполнение той или иной работы этими больными. В то время как здоровые люди нередко способны работать, сосредоточивать свое внимание, несмотря на внешние помехи, и, если это необходимо, могут распределять внимание между двумя различными действиями, больные с расстройствами внимания испытывают значительные затруднения при попытках сосредоточиться, сконцентрировать свое внимание на выполнении определенного действия.

Описанные расстройства внимания обычно наблюдаются при астенических состояниях, проявляющихся в общей слабости, вялости, повышенной утомляемости больных и вызывающихся истощением нервной системы в результате перенапряжения, вызванного длительными переживаниями либо чрезмерной умственной нагрузкой; состояния астении могут возникать также после перенесенных инфекций, интоксикаций.
Нарушения внимания развиваются также при ряде других заболеваний — травмах, опухолях, склерозе сосудов головного мозга, гипертонической болезни и т. д. Своеобразный характер имеют, в частности, расстройства способности переключения внимания, наблюдавшиеся при локальных поражениях головного мозга. Так, у больных с поражением лобных долей нередко возникает повторное выполнение, персеверация одного и того же действия, затруднения в переключении внимания на новое действие (опыты А. Р. Лурия и его сотрудников).

Постукивая, например, карандашом по столу в определенном ритме (два сильных удара, один слабый), эти больные не могут переключиться затем на новый ритм (два слабых удара, один сильный и т. п.) и продолжают стереотипно отстукивать ритм, предъявленный для повторения первым. Сходная картина наблюдается также при повторении больными с лобными поражениями рядов слогов, слов (би-ба-бо, дом-кот-стол) при перемене последовательности их предъявления в ряду (например, бо-ба-би, ба-би-бо, кот-дом-стол). Больные продолжают настойчиво воспроизводить первую по порядку предъявления последовательность слогов или слов.
Наблюдаются и противоположные случаи, когда способность переключения внимания патологически усиливается. Расстройства внимания такого типа наблюдаются, в частности, в психиатрической клинике у больных с маниакальным состоянием. Больные в этом состоянии способны фиксировать свое внимание на определенных действиях, мыслях, образах восприятия лишь очень короткое время. Их внимание постоянно переключается на все новые объекты и мысли. Такая повышенная переключаемость внимания приводит к тому, что больные не могут сосредоточиться на каких-либо вопросах, постоянно «перепрыгивают» с одной мысли на другую, используя для этого поверхностные, неглубокие ассоциации.

Одной из форм недостаточности внимания является рассеянность. В основе рассеянности лежит повышенная отвлекаемость, нарушение устойчивости внимания. На рассеянность часто жалуются больные с начальными явлениями склероза сосудов головного мозга. Рассеянность, так же как и другие негрубо выраженные формы расстройств внимания, может отмечаться и у здоровых людей при переутомлении, сильных переживаниях. Следует также учитывать, что рассеянность может быть проявлением неспособности человека направленно концентрировать свое внимание на том, что для него наиболее важно и интересно, и здесь более правильно говорить о высокой способности к сосредоточению внимания, о его большой устойчивости. Такой тип внимания отмечается нередко у людей творческого труда, ученых, которые могут иногда обладать способностью настолько сильно сосредоточиваться на обдумывании и решении определенных проблем, что все остальные события, происходящие вокруг них, не привлекают их внимания, что и создает известное впечатление о «рассеянности» ученого.

Для выявления расстройств внимания наиболее часто используются патопсихологические методики оценки внимания по таблицам Шульте, корректурная проба, счет по Крепелину. Пробы на переключение используются для изучения подвижности психических процессов, установления степени сохранности словарного запаса и т.д.

Таблицы Шульте представляют собой набор цифр (от 1 до 25), расположенных в случайном порядке в клетках. Испытуемый должен показать и назвать в заданной последовательности (как правило, возрастающей от единицы до двадцати пяти) все цифры. Предлагается подряд четыре-пять неидентичных таблиц Шульте, в которых цифры расположены в различном порядке. Психолог регистрирует время, затраченное испытуемым на показывание и называние всего ряда цифр в каждой таблице в отдельности. Отмечаются следующие показатели: 1) превышение нормативного (40-50 с) времени, затраченного на указывайте и называние ряда цифр в таблицах; 2) динамика временных показателей в процессе обследования по всем пяти таблицам.

По результатам данного теста возможны следующие характеристики внимания испытуемого:

*Внимание концентрируется достаточно -*если на каждую из таблиц Шульте испытуемый затрачивает время, соответствующее нормативному.

*Внимание концентрируется недостаточно -*если на каждую из таблиц Шульте испытуемый затрачивает время, превышающее нормативное.

*Внимание устойчиво -*если не отмечается значительных временных отличий при подсчете цифр в каждой из четырех-пяти таблиц.

*Внимание неустойчиво -*если отмечаются значительные колебания результатов по данным таблиц без тенденции к увеличению времени, затраченного на каждую следующую таблицу.

*Внимание истощаемо -*если отмечается тенденция к увеличению времени, затрачиваемого испытуемым на каждую следующую таблицу.

Методика счет по Крепелину была предложена E. Kraepelin в 1895 году для исследования работоспособности и утомляемости. Испытуемому предлагается складывать в уме ряд однозначных чисел, записанных столбцом. Результаты оцениваются по количеству сложенных в определенный промежуток времени чисел и допущенных ошибок.

Методика отсчитывание также была предложена E. Kraepelin. При ее использовании возможна оценка осуществления счетных операций и состояния внимания. Исследование заключается в отсчитывании от 100 или 200 одного и того же числа (предпочтительно 7 или 13). Обследуемого предупреждают, что считать он должен про себя, а вслух называть полученное при очередном вычитании число.

Корректурная проба впервые была предложена Bourdon в 1895 г. и используется для выявления устойчивости внимания и способности к его концентрации. Исследование проводят при помощи специальных бланков, на которых приведен ряд букв (или цифр), расположенных в случайном порядке. Инструкция предусматривает зачеркивание обследуемым одной или двух букв по выбору исследующего. При этом через каждые 30 или 60 секунд исследователь делает отметки в том месте таблицы, где в это время находится карандаш испытуемого, а также регистрирует время, затраченное на выполнение всего задания.

Интерпретация та же, что и при оценке результатов по таблицам Шульте. Нормативные данные по корректурной пробе - 6-8 минут при 15 ошибках.

Методика Мюнстерберга предназначена для определения избирательности внимания. Она представляет собой буквенный текст, среди которого имеются слова. Задача испытуемого - как можно быстрее считывая текст, подчеркнуть эти слова. На работу отводится 2 минуты. Регистрируются количество выделенных слов и количество ошибок (пропущенных или неправильно выделенных слов).

Нарушения внимания по типу нарушений концентрации и устойчивости внимания, быстрой истощаемости, трудностей переключения внимания более характерны для экзогенно-органической патологии. Сходные проявления нарушений встречаются при неврозах. Для эндогенных психопатологических расстройств нарушения внимания не являются специфичными (они вторичны по отношению к другим психопатологическим феноменам). Однако, по данным многочисленных исследований, нарушения активного внимания при сохранном пассивном внимании характерны для шизофрении. У больных шизофренией нарушен механизм фильтрации, что можно заметить в экспериментах на помехоустойчивость (методика Мюнстерберга).

Расстройства внимания патогномоничны для больных с патологией центральной нервной системы, церебральным атеросклерозом, гипертонической болезнью и при других заболеваниях, сопровождающихся общемозговыми явлениями (нейроинфекции, нейроинтоксикации). Нарушения внимания встречаются при соматических заболеваниях, сопровождающихся выраженным болевым синдромом и другими яркими клиническими проявлениями.

## 2.4.Нарушение памяти

Память - совокупность процессов, связанных с организацией и сохранением прошлого опыта, делающих возможным его повторное использование. Этот сложный по своей структуре процесс опирается у человека на целую систему совместно работающих аппаратов мозговой коры и нижележащих образований. Каждый из этих аппаратов вносит свой специфический вклад в организацию мнестических процессов.

Проблема расстройств памяти всегда стояла в центре психиатрических и патопсихологических исследований. Диапазон проблемы нарушений памяти при локальных поражениях мозга достаточно широк - это гипомнезии, гипермнезии, амнезии, парамнезии. Закономерности нарушений непроизвольного запоминания, наблюдающиеся в клинике локальных поражений головного мозга, начали особенно подробно изучаться в связи с интересом к проблеме межполушарной асимметрии мозга и межполушарного взаимодействия. память запоминание нарушение

Исследования патологии памяти важны в теоретическом отношении, так как они позволяют выяснить, какие структуры, факторы участвуют в протекании мнестической деятельности, и сопоставить данные о нарушенных звеньях мнестической деятельности. Изучение этого вопроса также диктуется потребностью создания реабилитационных и коррекционных программ для людей с такими нарушениями.

1. *Память, как процесс сохранения информации о раздражителе*

Памятью называется сохранение информации о раздражителе после того, как его действие уже прекратилось. Это общее определение памяти подходит к самым различным ее проявлениям.

Также ее называют особым видом психической деятельности, связанным с восприятием (рецепцией), удержанием (ретенцией) и воспроизведением (репродукцией) информации. Память является интегральной частью процессов мышления и обучения. В механизмах памяти главенствующее значение отводится рибонуклеиновой кислоте (РНК), в молекуле которой кодируется, шифруется и хранится информация.

В настоящее время различают память как биологическую функцию и память как функцию психическую (или нервно-психическую).

Биологическая и психическая функции памяти.

Все биологические системы характеризуются наличием механизмов памяти, то есть обладают определенными нервными аппаратами, которые обеспечивают фиксацию, сохранение, считывание и воспроизведение следа. Эти четыре самостоятельные фазы, выделяемые в процессах памяти как в биологических, так и в более сложных -- психических -- системах, являются всеобщими.

Память как биологическая функция -- это прежде всего память филогенетическая, или наследственная, которая определяет строение каждого организма в соответствии с историей его вида. Биологическая память существует не только в филогенетической, но и в онтогенетической форме. К последней относятся, например, явление иммунитета, приобретаемого в процессе онтогенеза, и многие другие явления, протекающие на элементарных -- физиологическом и даже клеточном -- уровнях.

Память как психическая функция тоже относится к онтогенетической памяти.

*Характеристики памяти.*

Основными характеристиками памяти как биологической и психической функции являются:

* длительность формирования следов;
* их прочность и продолжительность удержания;
* объем запечатленного материала;
* точность его считывания;
* особенности его воспроизведения.

По мнению E. H. Соколова, разные биологические системы четко различаются по этим параметрам. Многие биологические системы памяти характеризуются слабым развитием и даже отсутствием механизмов считывания и воспроизведения. У человека, обладающего сложными формами мнестической деятельности, эти две фазы (считывания и воспроизведения) развиты в максимальной форме. Однако именно механизмы считывания и воспроизведения следов являются наиболее ранимыми при разных патологических состояниях (в том числе и при локальных поражениях мозга).

По длительности процессы памяти подразделяются на три категории.

1. Мгновенная память -- кратковременное запечатление следов, длящееся несколько секунд (от 0,1 до 0,5 секунд). Она связана с удержанием точной и полной картины только что воспринятого органами чувств, без какой бы то ни было переработки полученной информации.

2. Кратковременная память -- процессы запечатления, которые длятся несколько минут. Представляет собой способ хранения информации в течение короткого промежутка времени. В ней сохраняется не полный, а лишь обобщенный образ воспринятого, его наиболее существенные элементы. Объем кратковременной памяти равен в среднем от 5 до 9 элементов информации.

3. Долговременная память - длительное (возможно, в течение всей жизни) сохранение следов, в течение практически неограниченного срока. Информация, попавшая в хранилища долговременной памяти, может воспроизводиться человеком сколько угодно раз без утраты.

Предполагается, что в основе этих видов памяти лежат разные механизмы (физиологические, структурные и др.).

Параметры, характеризующие память как психическую функцию.

Память как психическая функция помимо перечисленных параметров характеризуется еще рядом других.

Во-первых, процессы памяти можно характеризовать с точки зрения их модальности. Мнестические процессы могут протекать в разных анализаторных системах; соответственно, выделяют разные модально-специфические формы памяти:

* зрительную (связана с сохранением и воспроизведением зрительных образов);
* слуховую (хорошее запоминание и точное воспроизведение разнообразных звуков музыкальных, речевых; особую разновидность речевой памяти составляет словесно-логическая, которая тесно связана со словом, мыслью и логикой);
* тактильную;
* двигательную (или моторную);
* обонятельную и др.

Существует также аффективная, или эмоциональная, память, или память на эмоционально окрашенные события. Разные формы памяти характеризуют работу различных систем и имеют отношение к разным модальностям или качеству раздражителя.

Во-вторых, это уровень управления или регуляции мнестическими процессами. Как и все другие высшие психические функции, память характеризуется произвольным и непроизвольным уровнями реализации (запоминания и воспроизведения материала), то есть существует произвольная и непроизвольная память. Именно в произвольной форме память выступает как особая мнестическая деятельность.

В-третьих - это характеристика памяти с точки зрения ее семантической организации. Согласно этому параметру, память подразделяется на неосмысленную (механическую) и семантически организованную (семантическую). Эти три основных параметра характеризуют процессы памяти у человека.

Произвольная мнестическая деятельность.

Лучше всего исследована память как произвольная мнестическая деятельность, которая, как и всякая другая произвольная психическая деятельность, имеет определенную структуру. Она включает в себя:

а) стадию мотива (или намерения);

б) стадию программирования мнестической деятельности;

в) стадию использования различных способов запоминания материала, различных мнестических операций (приема укрупнения материала, его семантической организации и др.);

г) стадию контроля за результатами деятельности и коррекции, если эти результаты неудовлетворительны с точки зрения поставленной задачи.

Можно выделить и некоторые специфические закономерности, которые характеризуют произвольную мнестическую деятельность как таковую. Известно, что различные по модальности раздражители запечатлеваются испытуемыми по-разному. В этом, по-видимому, немаловажную роль играют врожденные способности человека. Одни склонны к лучшему запечатлению зрительной информации, другие - кожно-кинестетической или звуковой (вербальной или невербальной). Этот феномен имеет отношение к так называемым частным способностям, которые проявляются также и в особенностях памяти. Мнестическая деятельность четко зависит и от характера смысловой организации материала (как невербального, наглядно-образного, так и вербального). Различные этапы (или стадии) мнестической деятельности в разной степени подчиняются произвольной регуляции. Наиболее регулируемыми являются стадия запечатления (с помощью специальных приемов) и стадия воспроизведения материала. В меньшей степени произвольному контролю подчиняется стадия хранения материала. Эти особенности организации произвольной мнестической деятельности находят свое проявление в особенностях их нарушений при локальных поражениях мозга.

Непроизвольное запоминание материала. Непроизвольное запоминание материала характеризуется своими закономерностями. Существует ряд факторов, от которых зависит лучшее или худшее непроизвольное запоминание материала. Из классических работ по психологии известно, что лучше запоминается то, что является целью деятельности или вызывает какие-то затруднения во время ее осуществления. Известно также, что непроизвольная (или непосредственная) память неодинакова в разные периоды жизни человека: она лучше в детском возрасте и постепенно ухудшается по мере старения. Однако механизмы непроизвольного запечатления информации действуют, конечно, в течение всей жизни человека. И человеческий мозг, так же как и мозг высокоразвитых животных, в той или иной степени запечатлевает, по-видимому, всю информацию, которую он воспринимает. В то же время огромное количество следов в обычных условиях не воспроизводится, и они актуализируются лишь в специальных ситуациях (например, в условиях гипноза или при каких-то особых - в том числе патологических - состояниях).

Хранение следов, запечатленных непроизвольно (а также с помощью произвольных усилий), не пассивный процесс. В это время происходит их определенное преобразование, которое совершается по особым законам (по закону семантизации или кодирования информации и др.). Воспроизведение следов при непроизвольном запоминании как конечная фаза мнестических процессов происходит либо в виде пассивного узнавания объектов, либо в виде активного припоминания. Эти закономерности мнестической деятельности хорошо изучены в общей психологии.

*2. Нарушения памяти*

Нарушения памяти бывают чрезвычайно разнообразными. В качестве особых форм аномальной памяти в клинической литературе описаны не только ослабление или полное выпадение памяти, но и ее усиление. К нарушениям памяти относятся: гипомнезия, парамнезия, амнезия, гипермнезия.

**Гипомнезия** - ослабление, снижение памяти или отдельных ее компонентов, недостаточность побуждения к действиям, может иметь различное происхождение. Она может быть связана с возрастными изменениями, или быть врожденной, или появиться как следствие какого-либо мозгового заболевания (склероза мозговых сосудов и др.). Такие больные, как правило, характеризуются ослаблением всех видов памяти. Особенно характерна гипомнезия для сосудистых, травматических и атрофических процессов головного мозга. Развитие гипомнезии подчиняется закону Рибо-Джексона (обратный ход памяти), когда накопленная за всю жизнь информация постепенно теряется в порядке, обратно пропорциональном приобретению ее, т.е. от настоящего к прошлому. В первую очередь при этом страдает механическая память на имена, номера телефонов, точные даты, важные жизненные события. В таких случаях люди, не полагаясь на свою память, обычно пользуются записными книжками.

**Парамнезии.** Как самостоятельные нарушения памяти описаны парамнезии (ложные узнавания) - особые состояния, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами. Это обманы памяти, провалы памяти, связанные с изменениями состояния сознания, хорошо известны в психиатрии и описаны как состояния «дежа вю» (dеjа vu). Выделяют четыре вида этой патологии: конфабуляции, псевдореминисценции, криптомнезии и эхомнезии.

Самым распространенным вариантом парамнезии являются конфабуляции- это замещение провалов памяти вымыслами фантастического характера, в которые больной верит абсолютно.

**Псевдореминисценции** - это замещение провалов памяти информацией и реальными фактами из жизни больного, но значительно смещенными во времени. Иногда в литературе вместо этого термина используют понятие «замещающие конфабуляции».

**Криптомнезии** (присвоенные воспоминания) - провалы памяти, заполняемые информацией, источник которой больной забывает: он не помнит, наяву или во сне произошло то или иное событие, а вычитанные в книгах или услышанные от кого-то мысли считает своими собственными.

К криптомнезиям относятся и так называемое отчужденное воспоминание, состоящее в том, что события, произошедшие в жизни больного, он в последующем воспринимает не как реальные, а как прочитанные в книге, увиденные в кино или театре, услышанные по радио, от собеседников или пережитые в сновидениях.

Некоторые исследователи относят к парамнезиям и эхомнезии (редублицирующие воспоминания). Это особый вид обмана памяти, при котором события, происходящие в настоящее время, кажутся уже происходившими раньше.

С известной долей условности в эту группу расстройств относят и экмнезии, при которых далекое прошлое переживается как настоящее. При экмнезии весьма пожилые люди считают себя юнцами и начинают готовиться к свадьбе.

**Гипермнезия.** Одной из аномалий памяти является гипермнезия - кратковременное усиление, обострение памяти, резкое увеличение объема и прочности запоминания материала по сравнению со средними нормальными показателями. Больной к своему удивлению, вспоминает давно забытые достаточно крупные эпизоды своего детства или юности в мельчайших подробностях, воспроизводит наизусть целые страницы когда-то прочитанных, но давно забытых произведений. Состояние гипермнезии отмечается при маниакальном синдроме, при некоторых бредовых состояниях, наркоманиях и при исключительных состояниях, например перед смертью, когда вся жизнь человека мгновенно проносится перед глазами. Известны случаи врожденных гипермнезий. Один из них описан А.Р. Лурия в «Маленькой книжке о большой памяти» (1968), где рассказывается о человеке с исключительной механической памятью, основанной на тесном взаимодействии разных видов ощущений (синестезиях). Гипермнезии возможны и при локальных поражениях мозга, например при гипофизарных очагах, воздействующих на срединные структуры мозга

**Амнезии.** Амнезии значительное снижение или отсутствие памяти. Могут наблюдаться не только при локальных поражениях головного мозга, но и как общемозговые симптомы, сопровождающие практически все нарушения при поражениях мозга. Различают: Фиксационные амнезии, ретроградную амнезию, антероградную амнезию, прогрессирующую амнезию.

**Фиксационные амнезии** - недостаточная фиксация впечатления в КП или ДП. Например, Корсаковский синдром - больной способен к воспроизведению прошлого опыта, но не сегодняшних событий. Это связано с интерференцией, вызванной нарушением лимбических структур, кортикально-таламической области.

**Ретроградная амнезия** - по отношению к событиям определенного периода, предшествовавшего другому событию.

**Антероградная амнезия** - на события после шока, травмы, психологического изменения.

**Прогрессирующая амнезия** - последовательно нарушается память на события от современных к прошедшим и от диффузных к четким.

Согласно А.Р. Лурии амнезии подразделяются на:

1) модально-неспецифические нарушения памяти - плохое запечатление (воспроизведение) любой по модальности информации. Возникают при поражении различных уровней срединных неспецифических структур мозга:

- уровень продолговатого мозга

- диэнцефальный уровень

- уровень лимбической системы

- уровень медиальных и базальных отделов лобных долей мозга.

2)модально-специфические нарушения памяти связаны лишь со стимулами определенной модальности и распространяются только на раздражители, адресующиеся к какому-то одному анализатору:

- нарушения слухоречевой памяти при акустико-мнестической афазии

- нарушения зрительно-речевой памяти при оптико-мнестической афазии

- нарушения слуховой памяти при поражениях правого полушария

- нарушения зрительной памяти при поражениях правого полушария

Длительное время нарушения памяти при локальных поражениях мозга расценивались как общемозговые симптомы, не имеющие локального значения. Считалось, что у всех больных, независимо от локализации очага поражения, наблюдаются симптомы ослабления или нарушений памяти. Действительно, нарушения памяти очень широко представлены в клинике локальных поражений мозга и наблюдаются в той или иной степени почти у каждого больного. Исследования нарушений памяти, проведенные А.Р. Лурия и его сотрудниками, показали, что мозговая организация мнестических процессов подчиняется тем же законам, что и другие формы познавательной психической деятельности, и разные формы и звенья этой деятельности имеют различные мозговые механизмы.

*Заключение*

Анализ нарушений памяти в последние годы продолжает разрабатываться в нескольких направлениях:

* изучается структура нарушений памяти, возникающих при разных по локализации очагах поражения;
* исследуется роль определенных мозговых структур в осуществлении разных по характеру мнестических процессов;
* анализируются особенности нарушений разных звеньев и этапов в структуре мнестической деятельности;
* исследуются особенности модально-неспецифических и модально-специфических нарушений памяти в детском возрасте и др.

Среди этих работ значительное место занимают исследования, посвященные вкладу левого и правого полушарий в процессы запоминания вербального и невербального материала(работы Э. Г. Симерницкой, Н. К. Корсаковой, Л. И. Московичюте, Ю. В. Микадзе, О. А. Кротковой и др.). Авторам удалось установить, что левое полушарие играет ведущую роль в произвольной мнестической деятельности (или в ее произвольных компонентах, звеньях), в то время как правое полушарие доминирует в ее непроизвольных формах (компонентах, звеньях).

В контексте проблемы межполушарной асимметрии мозга изучаются и временные параметры осуществления произвольной мнестической деятельности. Непосредственное и отсроченное запоминание и воспроизведение также соотносятся со структурами правого и левого полушарий. Показано, что при непосредственном запоминании и воспроизведении в осуществлении мнестической деятельности прежде всего участвует правое полушарие, а при отсроченном запоминании и воспроизведении -- левое (у правшей). При левосторонних поражениях непосредственное воспроизведение материала более сохранно, чем при правосторонних.

Разрабатываются также представления о разной роли левого и правого полушарий мозга в узнавании и воспроизведении вербального и невербального материала. Показаны латеральные различия в кодировании и запоминании информации (вербальной и невербальной) по ведущим и специфическим для каждого вида информации признакам. Так, для вербального материала ведущими являются смысловые характеристики, которые обеспечиваются преимущественно левым полушарием, а для невербального материала - перцептивные признаки, которые «кодируются» и «запоминаются» преимущественно структурами правого полушария. Быстро накапливаются новые данные о нарушениях памяти и в рамках детской нейропсихологии.

Новое и интенсивно развивающееся направление - это изучение особенностей нарушений мнестических процессов (в том числе и латеральных различий) при поражении глубоких подкорковых областей мозга и при воздействии на эти структуры вследствие стереотаксических операций.Отчетливые латеральные различия в нарушениях мнестических процессов обнаружены и в этих случаях.

Исследование памяти при локальных поражениях мозга является важным для понимания о состоянии психической деятельности. Колебания продуктивности мнестической деятельности зависят от возраста и давности полученного поражения. Поэтому требуется более глубокое изучение особенностей памяти у больных с разным сроком отдаленности поражения и дальнейшей экспериментальной работы.

**Исследование памяти в эксперименте**

Начало применения экспериментальных методов для исследования процессов памяти относится к концу XIX в. Основоположником экспериментального изучения памяти является немецкий психолог Г.Эббингауз, который в 1885 году опубликовал первое экспериментальное исследование памяти (*Ober das Gedachniss*). Г. Эббингаузу принадлежит разработка ряда методов количественного учета процессов заучивания и сохранения.

Основной задачей, которую ставили перед собой психологи, изучавшие память, является измерение памяти – выражение в количественных величинах ее объема, процессов заучивания и процессов забывания. При попытках ответить на эти вопросы психологи ставили перед собой задачу не только измерить память, но по возможности и приблизиться к изучению механизмов, лежащих в основе запоминания материала, фиксации и воспроизведения следов.

Уже с самого начала психологам-экспериментаторам (Г. Эббингаузу, Г.Мюллеру, Ф.Шуману и др.) было понято, что процесс запоминания существенно изменяется мышлением человека, смысловой организацией материала. Поэтому основная задача исследователей сводилась к тому, чтобы разработать приемы, позволяющие изучить память в возможно «чистом» виде, устранив влияние всяких дополнительных факторов (смысловая организация материала, включение ассоциаций и т.п.). В связи с этим Г. Эббингауз предложил специальный приемы, сделав предметом своего исследования запоминание изолированных (не связанных между собой) слов, цифр или бессмысленных слогов.

Предлагая для запоминания этот материал, классики психологии ставили перед собой следующие конкретные задачи:

1. Выяснять объем доступного для запоминания материала.
2. Описать те законы, которые влияют на то, что отдельные элементы, включенные в ряд, воспроизводятся с различной частотой» и объяснить, почему одни элементы запоминаются легче и прочнее, а другие – труднее.
3. Установить, запоминается ли различный материал (зрительный, слуховой, двигательный) в одинаковой степени или с разной степенью легкости.
4. Выяснить основные законы постепенного заучивания материала и, в частности, установить, как влияет на процесс заучивания объем запоминаемого материала, частота повторения и т.д.
5. Установить основные законы, по которым происходит забывание материала, и описать характерные черты постепенного угасания запечатленных следов.

Естественно, что все эти вопросы стоят в тесной связи с тем, в какую деятельность включается запоминание, является ли оно результатом специально поставленной задачи запомнить материал (мнестическая задача) или протекает непреднамеренно, без задачи запоминать материал. Описание закона запоминания стоит в тесной связи с условием организации процесса запоминания и зависит от того, какие приемы применяет субъект и какую систему смысловых связей он использует для запоминания.
Исследование процессов запоминания в наиболее простых («чистых») формах требует того, чтобы оно протекало по возможности без всяких вспомогательных средств, без организации материала в сложные смысловые системы.

Поэтому первые опыты, посвященные изучению памяти, были направлены на измерение возможно более простой, механической памяти.
Г.Эббингауз стремился подобрать для своих исследований такой материал, который по трудности был бы однороден для всех испытуемых, минимально связан с их прежним опытом, почти не вызывал никаких ассоциаций. В качестве такого материала исследователь выбрал бессмысленные слоги из трех букв. Техника составления таких слогов была следующей: из двух ящичков, в один из которых помещались все гласные, а в другой – все согласные буквы, вынимались на удачу одна гласная и две согласные буквы. Согласные буквы приставлялись по одной с той и другой стороны гласной. Полученные таким образом слоги считались годными, если они не имели никакого смысла, например: *пяг, моб, таф* и т.п. В своих экспериментах Г. Эббингауз пользовался рядами таких слогов разной длины, т.е. содержащих различное количество бессмысленных слогов.

Бессмысленные слоги могли служить, по мнению Г.Эббингауза, единицами измерения процессов механической памяти. Два ряда, состоящие из одинакового количества бессмысленных слогов, можно было считать тождественными с точки зрения трудности запоминания; постепенное же увеличение числа слогов в предъявляемых рядах позволило усложнить процесс усвоения экспериментального материала и тем самым изучить основные закономерности механической памяти (заучивания, сохранения и забывания, воспроизведения и узнавания). Этого нельзя было столь четко проследить на осмысленном материале, например, на строчках стихотворений или фразах с одинаковым или постепенно увеличивающимся количеством слов, так как подобный материал мог бы вызвать различные ассоциации, быть более или менее знакомым для испытуемого и оказался бы в силу этого различным с точки зрения трудности заучивания.

В начале XX в. К.Рупп в Германии, а затем и В.Экзеплярский в России составили специальные книжки, содержащие все слоги, которые могут употребляться для экспериментального исследования памяти. Такие специальные требования к подбору экспериментального материала на первом этапе изучения закономерностей памяти были вполне оправданы.
Г.Мюнстерберг в качестве такого однородного, бессмысленного материала для экспериментального исследования механической памяти предложил цифры. Располагая их в случайном порядке в ряды различной длины, он выбрасывал такие сочетания цифр, которые были связаны с широко известными хронологическими датами, например: *1812, 1848, 1917* гг. и т.д.
Для исследования закономерностей механической памяти в качестве экспериментального материала использовались также ряды геометрических фигур и ряды не связанных между собой по смыслу слов, например: бор, шаг, сын, вор и т.д. При исследовании памяти экспериментальный материал предъявлялся двумя способами: зрительно и на слух.

При зрительном способе испытуемому дается инструкция воспринимать предъявляемый материал только зрительным путем, не производя никаких артикуляционных движений. При слуховом способе экспериментатор отчетливо, полным голосом читает материал. Испытуемому указывается, что он должен внимательно слушать экспериментатора и, как при зрительном способе, не прибегать к артикуляционным движениям. В зависимости от целей исследования эти два способа могут модифицироваться. Так, при зрительном способе испытуемому можно предложить одновременно вслух или про себя читать воспринимаемый материал. В первом случае такой способ предъявления материала можно назвать зрительно-слухо-моторным, во втором – зрительно-моторным. Модификация зрительного способа может заключаться в том, что одновременно со зрительным предъявлением материала его читает экспериментатор, а испытуемому дается инструкция либо сопровождать зрительное восприятие материала беззвучными артикуляционными движениями, либо полностью воздерживаться от подобных движений.

Модификация слухового способа может состоять в том, что испытуемый сопровождает слушание экспериментатора беззвучными движениями артикуляционного аппарата, т.е. повторяет материал про себя. Подобный способ обычно называют слухо-моторным.

Необходимость строгого однообразия условий опыта, являющаяся основным положением экспериментальной техники в любой области знания, потребовала создания ряда технических приемов и специальной аппаратуры, позволяющих ставить всех испытуемых: в процессе данного исследования в одинаковое положение. При экспериментальном исследовании памяти большое значение имеет строгая дозировка экспозиции материала или его отдельных частей и интервалов между экспозициями. Так, например, при изучении процесса запоминания теистов необходимо всем испытуемым давать одинаковое, время, за исключением случаев, когда само время является количественной характеристикой этого процесса. При предъявлении ряда слогов, цифр, слов, время экспозиции каждого элемента ряда и промежутки между экспозициями должны быть строго постоянными.

В связи с этим еще со времен Г.Эббингауза стали создаваться специальные аппараты для зрительного предъявления экспериментального материала, названные мнемометрами (от греческого слова «мнемо» –память), которые позволяют предъявлять каждый элемент ряда и на определенное число секунд, и через определенные промежутки времени (например, на 1 с через 1 с; на 2 с. через 1 с, на 2 с через 2 с и т.д.). Наиболее часто употреблялись следующие конструкции мнемометров: Вирта, Липмана-Мюллера, Шумана, Раншбурга и др.

Современный уровень экспериментальной техники (позволяет значительно совершенствовать технические приемы подачи: экспериментального материала. Как для индивидуальных, так и для коллективных опытов, при зрительных предъявлениях используются фото- и киноустановки, а для предъявления материала на слух– магнитофонные записи. Вместе с тем следует указать, что даже в современных исследованиях памяти» особенно в диагностических целях (в детской психологии, медицинской психологии и психологии труда), можно пользоваться так называемыми безаппаратурными методиками, соблюдая лишь строгие условия эксперимента, четкую подборку и дозировку экспериментального материала.

Методы исследования памяти могут быть разбиты на **две** основные группы.

**Первую группу** составляют методы исследования непосредственной памяти; его задача заключается в том, чтобы определить число элементов, которые испытуемый может удержать без применения каких-либо специальных приемов смысловой организации ряда.

Изучение непосредственного запоминания имеет свое специальное значение: оно позволяет установить, как происходит запоминание материала в зависимости от различного строения деятельности какую роль в запоминании играет отношение запоминаемого материала к основной цели деятельности и какие факторы определяют запоминание материала в тех случаях, когда заучивание материала не является предметом специальной задачи.

**Вторую группу** составляют методы исследования опосредствованного запоминания; они ставят перед собой задачу изучения того, насколько объем и прочность запоминания могут повыситься в результате использования специальных (мнемотехнических) средств, вводящих запоминаемые элементы в систему логических связей или использования смысловой организации запоминаемого материала.

Как правило, переход к изучению опосредственного запоминания является вместе с тем переходом к изучению сложных форм памяти, логической по своему строению и долговременной по своим возможностям.
Исследование обеих форм памяти составляет основные разделы психологического изучения памяти, которое имеет большое значение для определения как индивидуальных особенностей памяти, так и для определения тех Изменений в памяти, которые имеют место в процессе умственного развития ребенка.

Обе эти группы методов относятся к методам изучения произвольного запоминания или, иначе говоря, к методам исследования целенаправленных мнестических процессов.

Особое место занимают методы исследования непроизвольного или непреднамеренного запоминания. Их целью является изучение законов, которые лежат в основе того, как процесс образования у следов может протекать в тех случаях, когда перед испытуемым не ставится задачи запоминать предлагаемый материал, иначе говоря, когда запоминание материала происходит в процессе какой-нибудь другой деятельности, не включающей соответствующей мнестической задачи.

Исследование непроизвольного (непреднамеренного) запоминания было развито рядом советских психологов (П.И.Зинченко, А.А.Смирновым) и имеет большое значение для психологии.

Для исследования памяти с самого начала ее изучения был разработан ряд методов, которые теперь называются классическими. Они относительно просты и могут быть с успехом использованы для обозначенных выше задач изучения процессов запоминания в их самых элементарных формах.

К таким классическим методам относятся следующие:

1. **Метод удержанных членов ряда.** При этом методе все элементы экспериментального ряда (слоги, числа, фигуры, слова) зрительно или на слух предъявляются испытуемому последовательно. В зависимости от целей исследования ряд может быть предъявлен один или несколько раз. После предъявления всего ряда Испытуемому предлагается либо сразу, либо через определенный промежуток времени воспроизвести все, что он запомнил (устно или в письменной форме), не заботясь о порядке, элементов ряда. Число правильно воспроизведенных элементов отражает степень запоминания материала. Метод удержанных членов ряда может употребляться в разных модификациях. Так, например, экспериментальный ряд может быть предъявлен не последовательно, а целиком на специальной карточке или с помощью фотоустановки на строго определенное время. В другой, модификации в инструкции может быть дано указание на запоминание элементов ряда в той самой последовательности, в которой они предъявлялись.

Метод удержанных членов ряда широко используется для определения непосредственного объема памяти, зависимости процесса запоминания от содержания и структурных особенностей материала и других целей.

**1.Метод удачных ответов или метод парных ассоциаций.** Экспериментальным материалом при данном методе служат ряды из пар слогов, чисел, фигур, слов, которые испытуемый должен запомнить. Материал предъявляется последовательно пара за парой, между парами соблюдается строго определенная пауза.

**2.**Если используется зрительный способ предъявления, то испытуемому предлагается читать про себя или вслух каждую пару с ударением на первом элементе пары (в трохаическом размере). Например: бам–луц или шар–вол. При слуховом предъявлении экспериментатор сам читает пары также в трохаическом размере. После предъявления всего материала (один или несколько раз) испытуемому предъявляется зрительно, или экспериментатор читает только первый элемент каждой пары, а испытуемый должен назвать или записать второй элемент пары. Количество правильно воспроизведенных вторых элементов пар является показателем прочности образовавшихся ассоциаций. Методом удачных ответов изучается влияние, на процесс запоминания различных по содержанию связей между опорными элементами (первыми элементами пар) и элементами-объектами (вторыми элементами пар). С помощью словесных отчетов испытуемых можно устанавливать характер ассоциаций, к которым они прибегают для запоминания вторых элементов пар. Проф. П.И.Зинченко предложил модификацию этого метода, которая заключается в том, что элементами опорами являются вторые элементы пары, а испытуемый должен воспроизводить первые элементы. Он предложил также просить испытуемого воспроизводить элементы дважды: первый раз в произвольном порядке, как они вспоминаются, а второй раз – в ответ на предъявление вторых элементов ряда.
 **3.** **Метод выучивания.** Сущность данного метода состоит в том, что испытуемого заставляют выучить ряд элементов (слогов, чисел, фигур, слов), т.е. безошибочно воспроизвести весь ряд в любом порядке. Для этой цели экспериментальный материал предъявляется испытуемому несколько раз. После каждого предъявления он пытается воспроизвести его. Количество повторений, которое потребовалось для первого безошибочного воспроизведения всех элементов в любом порядке, служит показателем запоминания. Фиксация количества правильно воспроизведенных элементов после каждого предъявления позволяет построить график выучивания (на оси абсцисс откладываются порядковые номера предъявлении, а на оси ординат – количество воспроизведенных элементов). Совершенно естественно, что для построения графика выучивания количество элементов ряда (длина ряда) должно быть таким, чтобы испытуемый мог воспроизвести все элементы лишь после нескольких предъявлении.

 Этот метод позволяет, во-первых, прослеживать динамику процесса запоминания материала разного объема и различного содержания. Во-вторых, этим методом можно устанавливать характерные особенности процесса забывания. Заставляя испытуемого повторно воспроизводить заученный материал через разные промежутки времени, можно построить график забывания. В этом случае на оси абсцисс откладываются отрезки времени повторных воспроизведений, а на оси ординат – количество правильно воспроизведенных, элементов ряда. В-третьих, метод выучивания позволяет выявлять влияние про- и ретроактивного торможения на процесс запоминания значительного по объему материала. Фиксируя в протоколе, какие элементы ряда сохранились в памяти после каждого предъявления, можно построить график частоты воспроизведения каждого элемента за все предъявления. Для этой цели на оси абсцисс откладываются порядковые номера элементов ряда, а на оси ординат – частота его воспроизведения. График, как правило, показывает, что крайние элементы (первые и последние) удерживаются лучше, чем средние (так называемый фактор края).

 **4.** **Метод тождественных рядов, или метод узнавания.** Как известно, узнавание менее сложный процесс, чем воспроизведение. При узнавании требуется лишь выделить среди многих других объектов те, которые подлежали запоминанию, тогда как воспроизведение предполагает вспоминание объектов. Метод узнавания состоит в том, что испытуемому после предъявления ряда элементов для их запоминания предъявляется второй ряд с большим или таким же количеством аналогичных элементов, среди которых имеются все или несколько элементов первого ряда, и предлагается их узнать. С помощью метода тождественных рядов можно прослеживать различия процессов узнавания и воспроизведения в зависимости от объема и содержания материала.

 Для учета результатов экспериментов при исследовании памяти пользуются рядом показателей, главными из которых являются:
 1. Количество воспроизведенных или узнанных элементов ряда в абсолютных числах или в процентах к общему объему предъявленного материала. В последнем случае этот показатель называется коэффициентом запоминания. Он равен:

 , где

Кз–коэффициент запоминания, m–количество правильно воспроизведенных или узнанных элементов, N–объем материала (общее количество элементов).
 2. Количество элементов ряда, воспроизведенных в той самой последовательности, в которой они предъявлялись испытуемому. Этот показатель, если он берется в абсолютных числах, называется точностью запоминания, а если в процентах к общему количеству правильно воспроизведенных элементов–коэффициентом точности запоминания. Он равен:

 , где

КТ – коэффициент точности запоминания; А – количество элементов, воспроизведенных в той последовательности, в которой они были предъявлены; N–количество правильно воспроизведенных элементов.
 3. Количество ошибок, допущенных тори воспроизведении или узнавании экспериментального материала в абсолютных числах или в процентах к общему объему материала. Этот относительный показатель называется коэффициентом ошибок. Он равен:

 , где

Ко– коэффициент ошибок; О – количество ошибок, допущенных испытуемым; N–объем материала {общее количество элементов).
 4. Время, потребовавшееся для достижения определенного уровня запоминания.
 5. Число повторений экспериментального материала, необходимое для его выучивания.

Кроме этих количественных показателей, как правило, при обработке и анализе материалов используют графики и диаграммы, данные словесного отчета испытуемого, данные наблюдений экспериментатора за поведением испытуемого во время эксперимента, качественные характеристики результатов опыта.

Память лежит в основе любого психического явления. Без ее включения в акт познания ощущения и восприятия будут переживаться как впервые появившиеся, ориентировка в мире и его познание станут невозможными. Личность, ее отношения, навыки, привычки, надежды, желания и притязания - существуют благодаря памяти. Распад следов памяти равноценен распаду личности: человек превращается в живой автомат, способный лишь реагировать на стимулы, действующие в данный момент. Ныне память рассматриваются в контексте других процессов когнитивных. Задача психологии - рассмотреть сущность памяти как проявление личности.

Исследования памяти междисциплинарны, ибо в различных формах память встречается на всех уровнях жизни и включает в себя не только процессы сохранения индивидуального опыта, но и механизмы передачи наследственной информации.

В ходе развития онтогенетического (-> онтогенез) способы запоминания сменяются, возрастает роль процессов выделения в запоминаемом осмысленных, семантических связей. Различные виды памяти - моторная, эмоциональная, образная, словесно-логическая - иногда описываются как этапы такого развития. Анализ нарушений памяти и восприятия в клинике локальных поражений мозга головного позволил установить преимущественную связь процессов в полушарии левом мозга (у правшей) со словесно-логическими способами запоминания, а в полушарии правом - с наглядно-образными.

## 2.5.Патология мышления

**Клиническая и психологическая феноменология нарушений мышления и их классификация.**

 Мышление - это психический процесс опосредованного и обобщенного отражения существенных сторон реальности, познание внутренних взаимосвязей предметов и явлений. Мышление является частью интеллекта. Как часть интеллекта, мышление есть процесс непосредственного оперирования образами, идеями, символами, представлениями, понятиями. Если интеллект - это ум, способность познавать реальность, то мышление - это обдумывание, один из способов познания реальности, который заключается в создании субъективной модели реальности. Модель - это обобщенный и опосредованный образ реальности. Соответственно, мышление - это обобщенное и опосредованное познание мира. У человека, в отличие от животных, главным, основным инструментом создания субъективных моделей является язык (система условных символов). Поэтому содержательную сторону мышления у человека выражает речь.

**Классификация нарушений мышления в патопсихологии**

На основании экспериментально-психологических исследований мышления обычно можно выделить три основных вида нарушений мышления (Б.В. Зейгарник, 1962):

1) нарушения операциональной стороны мышления;

2) нарушения личностного (мотивационного) компонента мышления;

3) нарушения динамики мыслительной деятельности. Возможны также различные сочетания этих нарушений.

**1. Нарушения операциональной стороны мышления** заключаются в том, что у больных нарушается и теряется возможность пользоваться основными операциями мышления. Чаще всего это относится к операциям обобщения и отвлечения (абстрагирования). Обобщение как психический процесс мышления является формой отражения общих признаков и свойств предметов и явлений в сознании человека. Простейшее обобщение заключается в объединении, группировании объектов на основе случайного признака. Более высокие его уровни требуют отвлечения от конкретных деталей и объединения объектов не по случайным признакам, а по определенным основаниям. Наиболее сложно такое обобщение, где выделяются видовые и родовые признаки, а сам объект включается в систему понятий.

Нарушения операциональной стороны мышления обычно сводятся к двум крайним вариантам: снижение уровня обобщения и искажение процесса обобщения.

а) Снижение уровня обобщения — в суждениях больных доминируют конкретные, непосредственные представления о предметах и явлениях, а более высокие уровни обобщения, где требуется абстрагирование, больному труднодоступны.

б) Искажение процесса обобщения — существенные свойства предметов, явлений и существующие связи между ними вовсе не принимаются больными во внимание при операции обобщения. При этом нельзя сказать, что больной не может их выделить путем абстрагирования, напротив, — в основу обобщения им берутся чрезвычайно общие признаки и связи, но они носят случайный, ненаправленный и неадекватный характер.

**2. Нарушения личностного (мотивационного) компонента мышления** — проявляются в нарушениях регулирующей, мотивационной функции мышления, его критичности с феноменами: 1) актуализации латентных свойств понятий, 2) "разноплановости" мышления и 3) "разорванности" мышления.

Мышление является сложной саморегулирующейся формой деятельности, оно всегда определяется целью, т.е. поставленной задачей. Утеря целенаправленности приводит не только к поверхностности и незавершенности суждений, но и к утрате мышлением регулирующих поведение функций, поскольку не существует мышления, оторванного от потребностей, мотивов, стремлений и чувств человека, его личности в целом.

Особенно ярко нарушения личностного компонента мышления проявляются в разноплановости мышления. Суждения о каком-либо явлении при этом протекают у больного как бы в разных плоскостях.

Он правильно усваивает инструкцию, и актуализируемые им явления и значения предметов могут быть вполне адекватными, но вместе с тем больной не выполняют задания в требуемом направлении. Он объединяет предметы в течение выполнения одного и того же задания то на основании свойств самих предметов, то на основании своих личных вкусов и установок. В этих случаях также происходит актуализация "латентных" свойств объектов, сосуществующих наряду с адекватными реакциями.

Актуализация латентных свойств понятий, разноплановость мышления и резонерство (склонность к бесплодному мудрствованию) находят свое выражение в речи, которая приобретает у ряда больных "разорванный", непонятный для окружающих характер, так как состоит из набора совершенно не связанных между собой фраз. Предложения при внешне грамматически правильной форме совершенно лишены смысла — части предложения логически между собой не связаны. Такая речь является клиническим выражением разорванности мышления. Нередко таким больным не нужен и собеседник (симптом монолога), т.е. речь для них утрачивает свою функцию общения.

**3. Нарушения динамики мыслительной деятельности** — проявляются в инертности (вязкости) или в лабильности мышления как психического процесса, состоящего из цепи умозаключений, переходящих в рассуждения.

При инертности мышления обнаруживается замедленность, тугоподвижность интеллектуальных процессов. При этом больным трудно менять избранный способ работы, изменять ход своих рассуждений, переключаться с одного вида деятельности на другой. Конкретные связи прежнего опыта доминируют, появляется наклонность к излишней детализации и обстоятельности. Наиболее часто инертность мышления встречается при эпилепсии.

При лабильности мышления имеют место обратные соотношения — мысли и представления так быстро сменяют друг друга, что больные иногда не успевают регистрировать их в своей речи. Они не успевают закончить одну мысль, как уже переходят к другой. Вследствие повышенной отвлекаемости они становятся малопродуктивными: происходит чередование обобщенных решений с конкретно-ситуационными, а логические связи часто подменяются случайными сочетаниями.

Клиническая классификация расстройств мышления.

В отечественной клинической психологии все нарушения мышления, вслед за Б. В. Зейгарник, объединяют в три вида. К основным мыслительным операциям относятся обобщение, отвлечение (абстрагирование), анализ, синтез.

Обобщение есть следствие анализа, вскрывающего существенные связи между явлениями и объектами. Существует несколько уровней процесса обобщения:

• категориальный – отношение к классу на основании главных, существенных признаков;

• функциональный – отношение к классу на основании функциональных признаков;

• конкретный – отношение к классу на основании конкретных признаков;

• нулевой (нет операции) – перечисление предметов либо их функций без попытки обобщить.

*Нарушения операционной стороны мышления.*

Это нарушения процессов обобщения и опосредования. Два варианта таких нарушений: а) снижение уровня обобщений и б) искажение процесса обобщения. Снижение уровня обобщений состоит в том, что в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях, оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами.

Обобщаются случайные стороны явлений, существенные же отношения мало принимаются во внимание. Больные могут руководствоваться чрезмерно общими признаками, выходящими за пределы содержательной стороны явлений, либо чисто внешними, несущественными признаками. Основной признак искажения - бессодержательные или выхолощенные обобщения. Больные имеют искаженные представления о реальности, мало интересуются реальной обстановкой, пытаются к незначительным явлениям подходить с "теоретических" позиций. Речь носит вычурный характер.

*Нарушения динамики мышления.*

Нарушения темпа: ускорение и замедление мышления. Ускорение - увеличение количества ассоциаций в единицу времени. Мысли поверхностные, малодоказательные, возникает скачка идей (непрерывная смена тематики речи в зависимости от предметов, случайно попавших в поле зрения). Замедление - уменьшение числа ассоциаций в единицу времени. Лабильность - редко встречающийся феномен, который заключается в быстрой смене темпа: сначала резкое ускорение, сменяющееся резким замедлением. Нарушения подвижности мышления (тугоподвижность мышления, торпидность, ригидность, инертность). Детализация, обстоятельность, вязкость. Детализация - постоянное вовлечение в мыслительный процесс второстепенных несущественных подробностей (нарушение экономичности мышления). Обстоятельность - выраженная детализация, сочетающаяся с систематическим застреванием на побочных ассоциациях при последующем возвращении к основной мысли (лабиринтное мышление). Вязкость - крайняя степень обстоятельности, при которой детализация так искажает основную мысль, что делает ее непонятной. Теряется способность удерживать центральную линию разговора, трудно вернуться к теме беседы.

*Нарушения личностного компонента (нарушения целенаправленности мышления).*

Этот вид нарушений связан с серьезными изменениями в мотивационной сфере личности. Виды таких нарушений мышления: витиеватость, соскальзывание, резонерство, разноплановость, аморфность, разорванность.

Витиеватость - слишком пространные рассуждения, излишние для понимания излагаемой мысли.

Соскальзывание (непоследовательность мышления) - внешне немотивированные, неожиданные эпизодические переходы от одного содержания к другому по случайной ассоциации или несущественному для конечной цели рассуждения признаку. После соскальзывания больной способен продолжить последовательность основного рассуждения. Здесь нет ускорения темпа мышления, мысль между соскальзываниями сохраняется.

Резонерство - пространные рассуждения по несущественному поводу. Основу резонерства составляют банальные нравоучения, морализированные истины, известные изречения. Речь сохраняет правильность, но многословна, изобилует причастными и деепричастными оборотами, вводными словами. Здесь происходит отрыв от контекста и ситуации общения, когда различные значения слова сопоставляются сами с собой, а выбора адекватного значения не происходит. Мыслительный процесс направлен не на цель, задаваемую ситуацией, а на "более общую", "универсальную" цель. В резонерских суждениях преобладает стремление подвести любое незначительное явление под "концепцию". Отрыв от реальности превращает мысли в "умственную жвачку" (И. Павлов). У таких больных речь не облегчает выполнение задания, а затрудняет его: произносимые слова вызывают случайные ассоциации, которые их отвлекают.

Разноплановость - постоянная необоснованная смена оснований для построения ассоциаций. В результате мысль лишается основного стержня, иногда объединяются несочетаемые понятия. Суждения об одном и том же феномене одновременно протекают на разных уровнях.

Аморфность - нечеткое использование понятий (непонятно, о чем говорит больной).

Разорванность - отсутствие связей между отдельными умозаключениями. Выделяют логическую и грамматическую разорванность. Логическая - нет логической связи между отдельными компонентами мысли. Грамматическая - набор отдельных, несвязанных слов (шизофазия). Словесная окрошка.

С нарушениями личностного компонента мышления связан такой класс нарушений, как нарушения содержания мышления. Сюда относится формирование навязчивых, сверхценных и бредовых идей.

Навязчивые идеи (обсессивные мысли) - это непроизвольно возникающие мысли, содержание которых не несет адекватной информации или вступает в значительное противоречие с системой личных ценностей. Неадекватность содержания в этом случае понимается и критически оценивается человеком, но возникновение таких мыслей непроизвольно, от них невозможно освободиться, и человек испытывает эмоциональный дискомфорт от их наличия. Обсессивные мысли представляют собой идеи, образы или побуждения к действию, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному, и борьба с ними совершенно безуспешна. При этом они воспринимаются не как чуждые, навязанные, а как собственные мысли. Например, женщина может мучиться страхом, что она может случайно не устоять перед желанием убить любимого ребенка. Среди навязчивых мыслей выделяют навязчивые сомнения, навязчивые абстракции (манипулирование цифрами или "умственная жвачка" - изнуряющее мудрствование на отвлеченные темы), контрастные мысли (содержание которых противоречит мировоззрению или морально-этическим принципам личности) и навязчивые воспоминания. Важной частью обсессивных мыслей являются бесплодные рассуждения, не приводящие ни к какому конкретному решению.

Обсессия - состояние тревоги, страха по поводу возникновения мыслей определенного содержания (чаще всего непристойного, агрессивного или бессмысленного).

Вслед за возникновением навязчивых мыслей вскоре возникают навязчивые (компульсивные) действия, которые имеют характер ритуальной защиты и снимают душевный дискомфорт, возникающий при возникновении мыслей. Осуществление этих действий (ритуалов) не приносит человеку удовлетворения, и он сам понимает бессмысленность их совершения, однако не может их не совершать (поскольку они связаны с обсессивными мыслями).

У детей и подростков наиболее распространены навязчивые мысли, связанные с боязнью заражения, заболевания, причинения вреда себе или другим. Также навязчивости могут возникать в связи с сексуальной, религиозной озабоченностью, а также озабоченностью своим телом (внешний вид, функции и т. д.).

В ряде случаев навязчивые мысли сочетаются с нарушениями аффективной сферы личности, приводя к возникновению тревожных расстройств. Навязчивые действия как раз и предпринимаются для ослабления тревоги и напряжения, вызываемых навязчивыми тревожными мыслями.

Сверхценные идеи - логически обоснованные убеждения, тесно связанные с мировоззрением личности, базирующиеся на реальных ситуациях и обладающие большим эмоциональным зарядом. Они приобретают неадекватное по степени значимости доминирующее положение в жизни человека, подчиняют себе всю его деятельность, что приводит к дезадаптации. Содержание сверхценных идей отражает мировоззрение личности, критика отсутствует или носит формальный характер. Сверхценные идеи побуждают человека действовать в соответствии с их содержанием. Так организованное мышление суживает круг интересов личности, приводит к избирательному восприятию реальности. Со временем сверхценные идеи могут утрачивать свою актуальность. Сверхценные идеи содержательно могут быть связаны с переоценкой следующих факторов:

- биологических свойств своей личности (дисморфофобические сверхценные идеи - убежденность в наличии биологического дефекта или недостатка; ипохондрические сверхценные идеи - преувеличение тяжести своего заболевания; идеи сексуальной неполноценности, идеи физического самоусовершенствования);

- психологических свойств своей личности (идеи изобретательства, реформаторства и талантливости);

- социальных аспектов функционирования личности (идеи вины - преувеличение значимости реальных поступков; эротические идеи - обычные знаки внимания расцениваются как признаки страстной влюбленности других лиц; и т.д.)

Бредовые идеи (бредовые расстройства мышления) - навязчивые, последовательно и энергично отстаиваемые ложные умозаключения, не соответствующие реальности (в их основе лежат нереальные события и факты, например, приписывание себе или другим мнимых, несуществующих качеств, поступков и т. д.), которые упорно поддерживаются личностью, несмотря на аргументы и доказательства обратного. Однако если подобные умозаключения предписываются определенной культурой или субкультурой, к которой принадлежит человек, то они не должны характеризоваться как бредовые.

 **Основные виды мышления.** Разнообразие типов мыслительных задач обуславливает разнообразие не только механизмов, способов, но и видов мышления. В психологии принято различать виды мышления по содержанию: наглядно-действенное, наглядно-образное и абстрактное мышление; по характеру задач: практическое и теоретическое мышление; по степени новизны и оригинальности: репродуктивное и творческое (продуктивное) мышления.

Наглядно-действенное мышление заключается в том, что решение задач осуществляется путем реального преобразования ситуации и выполнения двигательного акта. Так, в раннем возрасте дети проявляют способность к анализу и синтезу, когда воспринимают предметы в определенный момент и имеют возможность оперировать ими.

Наглядно-образное мышление основывается на образах представлений, преобразовании ситуации в план образов. Свойственно поэтам, художникам, архитекторам, парфюмерам, модельерам. Значение этого мышления заключается в том, что с его помощью полнее воспроизводится разнообразие характеристик объекта, происходит установка необычных сочетаний предметов и их свойств. В простой форме это мышление возникает в дошкольном возрасте, когда дети мыслят образами. Побуждая к созданию образов на основе прочитанного, восприятия объектов, к схематическому и символическому изображению объектов познания, учитель развивает образное мышление у учащихся.

Особенностью абстрактного (словесно-логического) мышления является то, что оно происходит с опорой на понятие, суждение, не используя эмпирических данных. Наглядно-действенное, наглядно-образное и словесно-логическое мышление рассматриваются как этапы развития мышления в филогенезе и онтогенезе.

Различают теоретическое и практическое, интуитивное и аналитическое, реалистическое и аутистическое, продуктивное и репродуктивное мышление.

 Теоретическое мышление — это познание законов, правил. Например, открытие периодического закона элементов Д. Менделеевым. Основная задача практического мышления — подготовка физического преобразования действительности: постановка дели, создание плана, проекта, схемы. Одна из важных особенностей практического мышления заключается в том, что оно развертывается в условиях жесткого дефицита времени. В практическом мышлении очень ограниченные возможности для проверки гипотез, все это делает практическое мышление подчас более сложным, чем теоретическое. Теоретическое мышление иногда сравнивают с мышлением эмпирическим. Здесь используется следующий критерий: характер обобщений, с которыми имеет дело мышление; в одном случае это научные понятия, а в другом— житейские, ситуационные обобщения.

Проводится также различие между интуитивным и аналитическим (логическим) мышлением. Обычно используются три признака: временной (время протекания процесса), структурный (членение на этапы), уровень протекания (осознанность или неосознанность). Аналитическое мышление развернуто во времени, имеет четко выраженные этапы, в значительной степени представлено в сознании самого мыслящего человека. Интуитивное мышление характеризуется быстротой протекания, отсутствием четко выраженных этапов, является минимально осознанным.

Реалистическое мышление направлено в основном на внешний мир, регулируется логическими законами, а аутистическое — связано с реализацией желаний человека (кто из нас не выдавал желаемое за действительно существующее).

Иногда используется термин «эгоцентрическое мышление», оно характеризуется прежде всего невозможностью принять точку зрения другого человека.

Выделяют продуктивное (творческое) и репродуктивное мышление по степени новизны продукта, который получает субъект познания.

Мышление как процесс обобщенного и опосредованного познания действительности всегда продуктивное, т.е. направлено на получение новых знаний. Однако в нем в диалектическом единстве переплетены продуктивные и репродуктивные компоненты.

Репродуктивное мышление - это вид мышления, которое обеспечивает решение задачи, опираясь на воспроизведение уже известных человеку способов. Новое задание соотносится с уже известной схемой решения. Несмотря на это репродуктивное мышление всегда требует выявления определенного уровня самостоятельности.

В продуктивном мышлении полно проявляются интеллектуальные способности человека, его творческий потенциал. Творческие возможности получают выражение в быстром темпе усвоения знаний, в широте их переноса в новые условия, в самостоятельном оперировании ими.

**Психологические механизмы нарушений мышления**

Во время процесса мышления человек воспринимает информацию, перерабатывает ее, делает выводы и объединяет их в предположения относительно ситуации, в которой он находится. Для создания адекватных ситуации выводов и предположений нормальный (общепринятый) процесс мышления должен соответствовать нескольким условиям:

1) способы восприятия и переработки информации должны быть адекватны объективной ситуации;

2) выводы должны делаться в соответствии с законами формальной логики;

3) содержание мышления должно оцениваться человеком в соответствии с общепринятыми эмпирическими основаниями;

4) процесс мышления должен быть организован по принципу системной регуляции;

5) мышление должно быть сложно структурированным и отражать в развернутой системе понятий общепринятую структуру мира.

Нарушения способа восприятия и переработки информации (основные когнитивные расстройства) влияют на качество мышления. Например, при неустойчивом внимании, нарушенной памяти, плохом зрении человек получает неадекватные сведения о ситуации, в которой он находится, делая неправильные выводы и предположения. Так, при аутизме человек в большей мере отдает предпочтение внутренним импульсам, тогда как внешние источники информации о ситуации могут игнорироваться. В результате человек делает неправильные выводы и прогнозы относительно ситуации, в которой находится. При задержках умственного развития некоторые виды информации не могут быть адекватно восприняты и учтены в выводах и предположениях, что не позволяет мышлению выполнять свою основную функцию обобщенного отражения существенных сторон реальности. При повреждениях височных областей мозга изменяются процессы памяти, что влияет на распознание необходимых аспектов ситуации, дезорганизует восприятие раздражителей и не позволяет их категоризовать. Изменения на клеточном уровне искажают поступающую информацию (например, при шизофрении или болезни Альцгеймера), давая неверные сведения о реальности, из чего следуют неадекватные ситуации решения.

Нарушения формы мышления возникают чаще всего при психозах. При этом человек перестает соблюдать базовые логические законы упорядочения информации, что приводит его к нереалистичным умозаключениям. К формальным нарушениям относят бессвязность мыслей, их разорванность (связь между мыслями сохраняется в течение непродолжительного времени, а потом под действием случайных факторов мышление начинает протекать в другом направлении и на других основаниях), ассоциативность мыслительных процессов (отсутствие внутренней структуры, ориентация мысли только на внешние признаки ситуации, внешнее сходство).

Содержательные расстройства заключаются в том, что одна информация приобретает большую ценность по сравнению с другой, при этом в качестве критерия истинности утверждения берется произвольный субъективный конструкт. Здесь нарушается не сам процесс обработки информации, а объяснение событий. Причиной этого могут быть слабая селекция внешних раздражителей и восприятие нерелевантной информации (из-за слабости системы восприятия), придание преувеличенного значения событиям и содержанию памяти в ущерб актуальной информации и т. п.

Недостаточная системная регуляция (метакогниция) касается систематического обращения к предшествующему опыту и личностному опосредованию процесса мышления. Сюда включается, например, одновременная обработка нескольких аспектов проблемы, создание общего плана мышления, поиск подходящей информации из разных источников, координация мыслительных усилий, обращение к самому себе с вопросами с одновременным представлением себя как стороннего человека, не занятого сиюминутным решением проблемы (умение увидеть себя над проблемой, абстрагироваться от конкретных мешающих условий). Недостаточная системная регуляция может быть обусловлена травматическими и токсическими поражениями, опухолями, воспалительными процессами лобных долей мозга. Системная регуляция мыслительных процессов также нарушается под влиянием сильных эмоциональных перегрузок.

Степень когнитивной структурированности мышления определяет то, как человек воспринимает, категоризирует, помнит и использует в своих действиях и поступках информацию о внешнем мире. Если оглянуться вокруг, то мы не сможем увидеть вокруг себя ни одного элемента реальности, которому бы не соответствовало определенное описывающее его понятие - языковая форма, обобщающая по какому-либо критерию самые разнообразные конкретные предметы и явления. В каждое понятие включено то или иное представление об объекте видимой реальности: его общие и частные (отличительные) признаки, существенные и несущественные характеристики. Именно понятия делают для нас видимыми, знаемыми, понимаемыми те или иные стороны предметов и явлений реальности, которыми мы затем пользуемся в практической деятельности. Именно в понятиях выделяется главное и несущественное в восприятии многочисленных сторон окружающей нас реальности. Следовательно, какова понятийная сетка реальности (т. е. когнитивная структура мира), таково отношение человека к ее элементам, таково его поведение. Понятия упорядочивают имеющийся у нас жизненный опыт и формируют субъективное пространство взаимодействия. Несовпадение содержания и значений субъективных понятий неизбежно приводит к рассогласованию действий и поступков людей. Именно поэтому к мышлению предъявляется требование оперировать общепринятыми понятиями.

Чем больше в мышлении понятий, структурирующих реальность, и чем более развернуто их содержание, тем большее основание имеется у каждых конкретных человеческих действий. Это основание и получило название когнитивной структурированности.

Когнитивная структурированность включает в себя три признака: 1) дифференцированность, 2) дискриминативность, 3) интегрированность. Дифференцированность представляет собой совокупность характеристик, которыми человек наделяет окружающую реальность: чем больше характеристик, тем более насыщенным и разным воспринимается окружающий мир. Дискриминативность характеризует способность человека различать в многообразии конкретных предметов и явлений содержательные аспекты, относящиеся к одному и тому же параметру реальности. Интегрированность представляет собой переплетение разных характеристик и содержательных аспектов одного предмета или явления, восприятие их целостности, а не разорванности, на основе общего главного признака, составляющего ядро понятия о чем-либо.

Высокая степень когнитивной структурированности означает, что человек воспринимает окружающий мир в многообразии основных элементов, связывая их между собой по определенным правилам. Благодаря высокой когнитивной структурированности человек оказывается восприимчивым к новой информации, устойчивым к многозначности мира и субъективных переживаний и обладает выраженной поленезависимостью (т. е. полагается на самого себя, а не на мнение окружающих).

Низкая степень когнитивной структурированности выражается в однозначном, выборочном восприятии отдельных основных элементов мира, которые так же связываются между собой по определенным правилам. Однако выборочность восприятия мира делает его уязвимым перед новой информацией, поскольку она грозит разрушением целостности основных психических процессов. Для сохранения психической целостности и устойчивости когнитивно простые люди обращаются за поддержкой к мнению окружающих, т. е. имеют высокую полезависимость.

Низкая когнитивная структурированность сопровождает такие психические расстройства, как депрессии, аддиктивное и асоциальное поведение; поскольку у человека в этом случае формируется ущербное субъективное представление об окружающем мире и себе, он выбирает такие способы взаимодействия с миром, которые приводят к ошибкам и конфликтам с окружающими, и испытывает затруднения в изменении имеющихся дезадаптивных стратегий социальных отношений и взаимодействия.

**Онтогенетическое развитие мышления**

 Мышление человека развивается, его интеллектуальные способности совершенствуются.

Один из наиболее известных психологов современности, швейцарский ученый Ж. Пиаже предложил теорию развития интеллекта в детстве, которая оказала большое влияние на современное понимание его развития. В теоретическом плане он придерживался мысли о практическом, деятельностном происхождении основных интеллектуальных операций.

 Теория мышления ребенка, предложенная Ж. Пиаже, получила название "операциональной" (от слова "операция"). Операция по Пиаже, представляет собой "внутреннее действие, продукт преобразования ("интериоризации") внешнего, предметного действия, скоординированного с другими действиями в единую систему, основным свойством которой является обратимость (для каждой операции существует симметричная и противоположная операция)".

 В развитии операционального интеллекта у детей Ж. Пиаже выделил следующие четыре стадии:

 1. Стадия сенсомоторного интеллекта, охватывающая период жизни ребенка от рождения до примерно двух лет. Она характеризуется развитием способности воспринимать и познавать окружающие ребенка предметы в их достаточно устойчивых свойствах и признаках.

 2. Стадия операционального мышления, включающая его развитие в возрасте от двух до семи лет. На этой стадии у ребенка складывается речь, начинается активный процесс интериоризации внешних действий с предметами, формируются наглядные представления.

3. Стадия конкретных операций с предметами. Она характерна для детей в возрасте от 7-8 до 11-12 лет. Здесь умственные операции становятся обратимыми.

4. Стадия формальных операций. Ее в своем развитии достигают дети в среднем возрасте: от 11-12 до 14-15 лет. Данная стадия характеризуется способностью ребенка выполнять операции в уме, пользуясь логическими рассуждениями и понятиями. Внутренние умственные операции превращаются на этой стадии в структурно организованное целое.

В нашей стране наиболее широкое практическое применение в обучении мыслительным действиям получила теория формирования и развития интеллектуальных операций, разработанная П.Я. Гальпериным. В ее основу было положено представление о генетической зависимости между внутренними интеллектуальными операциями и внешними практическими действиями. Он считал, что процесс переноса внешнего действия вовнутрь совершается поэтапно, проходя строго определенные стадии. На каждом этапе происходит преобразование заданного действия по ряду параметров. Полноценное действие, т.е. действие высшего интеллектуального уровня, не может сложиться без опоры на предшествующие способы выполнения того же самого действия, в конечном счете – на его исходную, практическую, наглядно-действенную, наиболее полную и развернутую форму.

Процесс формирования умственных действий, по П.Я. Гальперину, представлен следующим образом:

-Ознакомление с составом будущего действия в практическом плане, а также с требованиями (образцами), которым оно, в конечном счете, должно будет соответствовать. Это ознакомление есть ориентировочная основа будущего действия.

 -Выполнение заданного действия во внешней форме в практическом плане с реальными предметами или их заменителями. Освоение этого внешнего действия идет по всем основным параметрам с определенным типом ориентировки в каждом.

 -Выполнение действия без непосредственной опоры на внешние предметы или их заменители. Перенесение действия из внешнего плана в план громкой речи.

- Перенесение громкоречевого действия во внутренний план. Свободное проговаривание действия целиком «про себя».

 -Выполнение действия в плане внутренней речи с соответствующими его преобразованиями и сокращениями, с уходом действия, его процесса и деталей выполнения из сферы сознательного контроля и переходом на уровень интеллектуальных умений и навыков.

 **Синдромы нарушения мышления**

 Основное содержание обсессивно-фобического синдрома - широкий круг навязчивых явлений. Кроме навязчивых мыслей, очень распространены навязчивые страхи (фобии), содержание которых бывает весьма различным. При неврозах чаще встречаются страхи, логически понятные, тесно связанные с событиями, представляющими реальную опасность: страхи загрязнения и заражения (мизофобия), закрытых пространств (клаустрофобия), толпы и открытых площадей (агорафобия), смерти (танатофобия). Не редкость - страх возникновения опасного заболевания (нозофобия), например кардиофобия, канцерофобия, сифилофобия, спидофобия. При шизофрении, помимо указанных вариантов, могут наблюдаться очень необычные, оторванные от реальности страхи: заразиться от предметов домашней обстановки «трупным ядом», опасения, что в пище окажутся иголки и булавки, что домашние насекомые могут заползти во влагалище.

С появлением страхов тесно связаны символические защитные действия, предпринимаемые для смягчения чувства тревоги, хотя бы временного избавления от страха - ритуалы. Больные сами устанавливают сложную последовательность действий, как правило, довольно абсурдных («помыть руки 8 раз мылом зеленого цвета и 2 раза синего», «прежде чем войти в лифт, 2 раза глубоко вдохнуть и выдохнуть, а затем потереть виски»). Прекрасно понимая бессмысленность подобных поступков, они все же вынуждены в точности повторять их для преодоления страха. Отвлеченные окружающими от сложного ритуала, больные считают необходимым начинать все с самого начала.

Обсессивно-фобический синдром - основное проявление невроза навязчивых состояний. Он возникает также при неврозоподобных (напоминающих невроз) вариантах течения эндогенных заболеваний (шизофрении). При шизофрении обсессии нередко бывают этапом в формировании более грубой симптоматики (бреда). Особенно обильные навязчивости наблюдаются при психастении - одном из вариантов психопатий, сопровождающемся выраженной тревожностью, мнительностью и педантичностью.

О дисморфоманическом (дисморфофобическом) синдроме говорят в том случае если основные переживания больного сосредоточены на возможном физическом недостатке или уродстве, мысли о котором могут представлять собой мягкое расстройство (страхи, навязчивые и сверхценные мысли), отражающее болезненное отношение к реальному, но несущественному дефекту (легкая полнота, едва заметная асимметрия лица).

Нередко встречаются варианты бредовой дисморфомании, лишенные какого-либо реального основания. Помимо собственно идей физического недостатка, у страдающих дисморфоманией, как правило, наблюдаются идеи отношения (ощущение, что все окружающие замечают их дефект, потихоньку посмеиваются над ними), тоскливый фон настроения. Описывают постоянное стремление больных по секрету от окружающих рассматривать себя в зеркале («симптом зеркала»), настойчивый отказ от участия в фотосъемках. Больные могут настаивать на проведении косметических операций.

Синдром дисморфомании не является нозологически специфичным. Обычно он возникает в подростковом и юношеском возрасте, чаще у девушек. Бредовые варианты синдрома могут наблюдаться в дебюте шизофрении. Близкими к дисморфомании являются синдромы нервной анорексии и ипохондрический.

Для дифференциальной диагностики при психозах большое значение имеет точная синдромальная характеристика бреда, который бывает проявлением многих синдромов психотических расстройств: помрачения сознания (делириозного, онейроидного, сумеречного), аффективных (депрессивного и маниакального), психоорганического. Следует иметь в виду, что механизмы формирования и течения острого бредового психоза и хронического бреда существенно различаются.

Наиболее ярким примером острого бредового психоза является синдром острого чувственного бреда, или острый параноид, при котором бред формируется быстро на фоне ярких эмоциональных расстройств.

Среди всех бредовых синдромов наибольшей нозологической специфичностью отличается синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо. Его компонентами являются псевдогаллюцинации, психический автоматизм и бред воздействия. Автоматизмом называют отчуждение больным его собственных психических актов, чувство, что некоторые процессы в его психике происходят автоматически, помимо воли. Г.Клерамбо описал 3 вида автоматизма:

* идеаторный (ассоциативный, мыслительный) автоматизм, примерами которого являются чувство вкладывания и отнятия мыслей, постороннего вмешательства в их течение, обрывы (шперрунг) и наплывы мыслей (ментизм); впечатление, что мысли больного становятся известны окружающим (симптом открытости); беззвучное повторение мыслей больного («эхомысли»), насильственная внутренняя речь. Вербальные псевдогаллюцинации как ощущение передачи мыслей на расстояние - тоже проявление идеаторного автоматизма;
* сенсорный (сенестопатический, чувственный) автоматизм - состояние, при котором многие неприятные ощущения в теле, иногда вычурные, трудноописуемые (сенестопатии), а иногда вполне естественные, кажутся «сделанными», специально вызванными. Вкусовые и обонятельные псевдогаллюцинации, таким образом, являются вариантами сенсорного автоматизма;
* моторный (кинестетический, двигательный) автоматизм - иллюзия, будто некоторые движения больного совершаются помимо его воли, вызваны воздействием со стороны. Интересно, что некоторые неврологические симптомы в следствии приема психотропных средств (лекарственный паркинсонизм) людьми с данным видом автоматизма рассматриваются иногда не как побочный эффект терапии, а как признак воздействия. Больные могут утверждать, что возникающая на их лице мимика (улыбка или слезы) неестественна, насильственно вызвана. Насильственная речь (речедвигательные псевдогаллюцинации) тоже относится к двигательным автоматизмам.

К вариантам острого чувственного бреда также примыкает синдром Капгра, главный признак которого, помимо тревоги и бреда инсценировки, - симптом двойников. Различают симптом отрицательного двойника, когда больной утверждает, например, что близкий человек, навещающий его в больнице, не является его отцом или матерью, а представляет собой хорошо загримированного двойника его настоящих родителей; и симптом положительного двойника, когда больной, наоборот, узнает во врачах или пациентах близких родственников, изменивших специально свой облик.

Синдром Катара, или бред отрицания, тесно связан с тяжелым чувством тоски и тревоги, проявляется мегаломаническими нигилистическими ипохондрическими идеями. Больные убеждены в столь разрушительных для их организма последствиях тяжелой болезни, что «внутри ничего не осталось», «весь живот забит зловонной слизью», «внутренности атрофировались».

 **Методики для исследования уровня и течения мыслительных процессов**

Выделение существенных признаков. С помощью этой методики устанавливают способность обследуемого дифференцировать существенные признаки предметов и явлений от несущественных, второстепенных. Кроме того, наличие ряда заданий, одинаковых по характеру выполнения, позволяет судить о последовательности рассуждений обследуемого, о его «обучаемости» в ситуации исследования.

Обследуемому предлагают понятия, к каждому из которых даны 5 слов, имеющие к нему какое-либо отношение. Следует выбрать 2 слова, являющиеся наиболее существенными, неотъемлемыми признаками заданного понятия. Например, к понятию «игра» даются слова «карты», «игроки», «штрафы», «наказания», «правила». Из них основными, без которых никакая игра вообще невозможна, являются слова «игроки» и «правила».

Образование аналогий. Для выполнения задания обследуемому необходимо установить логические связи и отношения между понятиями. При использовании этой методики так же, как и предыдущей, легко обнаруживаются нарушения последовательности суждений, когда больной на время перестает следовать избранному им модусу решения задачи.

 Определение и сравнение понятий. Для определения понятия необходимо проанализировать ряд признаков предмета или явления и выделить из них наиболее существенные. Степень точности определения зависит от признаков, избираемых для характеристики того или иного предмета или явления.

С помощью этой методики обнаруживаются способность выделять основные признаки, характер построения определения, четкость формулировки. Легко выявляется расплывчатость суждений, избыточная детализация, склонность к резонерству.

При сравнении понятий не только происходит анализ свойств предмета или явления, но и устанавливаются определенные отношения между несколькими предметами, явлениями. Сравнение понятий происходит в два этапа: вначале выделяются существенные признаки каждого из них, а затем выбираются совпадающие для сравниваемых объектов и те, которые обусловливают разницу между ними. При сравнении относительно однородных объектов первыми оказываются родовые, а вторыми — видовые признаки

Сравнение понятий помогает выявить интеллектуальную недостаточность, резонерские суждения.

Формирование искусственных понятий. Перед обследуемым в беспорядке размещают набор стереометрических фигур, отличающихся формой, цветом и величиной. На скрытой от него нижней стороне фигур имеются условные надписи («биг», «цев», «гур», «лаг»). Произвольно выбирается одна фигура и исследующий объясняет, что надпись на ней (например, «цев») совершенно ничего не означает, условна, но имеющимся в этом наборе фигурам с аналогичной надписью присущи какие-то общие признаки. Обследуемый должен установить, какие фигуры входят в этот класс, т. е. определить понятие «цев».

После этого обследуемый отбирает несколько фигур и объясняет свою гипотезу.

Методика формирования искусственных понятий позволяет судить об уровне процесса обобщения и отвлечения, о способности обследуемого к целенаправленным и последовательным действиям, об умении вести анализ одновременно в нескольких направлениях, отбрасывать неподкрепленные признаки.

Понимание переносного смысла пословиц и метафор. Методика применяется для исследования интеллектуального уровня, целенаправленности и критичности мышления. Помимо объяснения больным переносного смысла пословиц и метафор проверяется также, насколько они соотносятся обследуемым с действительностью, с событиями собственной жизни. Буквальное понимание пословицы или метафоры наблюдается как при снижении уровня обобщения, так и при формальном шизофреническом мышлении. В последнем случае оценивается весь контекст, в который включено истолкование больным пословицы или метафоры.

## 2.6. Нарушение интеллектуальной сферы

Интеллект – это способность человека успешно применять приобретенные знания и опыт в практической деятельности, в частности ставить перед собой задачи, вытекающие из реальной действительности, и успешно решать их. Нарушения интеллектуальной деятельности при различных психических заболеваниях крайне разнообразны.

Известно, что у больных, длительно страдающих шизофренией, в некоторых случаях наблюдается дефект интеллекта, в первую очередь изменение качественной стороны психических процессов. Так, Р. О. Серебрякова (1971) при психологических исследованиях интеллектуальной деятельности у больных шизофренией обнаружила, что они правильно выполняют трудные задания, в то время как с легкими справляются не всегда, решение их сопровождают пространными рассуждениями, не позволяющими отличать существенные признаки от второстепенных. Указанные особенности чаще характерны для больных параноидной формой шизофрении.

В случае преобладания в клинической картине апатоабулического синдрома снижение интеллектуальной деятельности проявляется иначе: больные для решения задач применяют лишь знания, полученные до болезни, на легкие вопросы отвечают правильно, а со сложными не справляются, не могут полноценно ответить также на актуальные вопросы, связанные с экономической, политической, социальной жизнью.

У больных с органическими поражениями головного мозга (травматическая болезнь, опухоли, сосудистые изменения и др.) нарушения интеллектуальной деятельности сопровождаются прогрессирующей психической истощаемостью, сниженной сенсамоторной реактивностью, утратой способности к высшим формам мыслительной деятельности. У них отмечаются изменение интеллекта как в количественном (значительное увеличение времени для решения задач), так и в качественном (нарушения произвольного внимания, произвольной регуляции интеллектуальной деятельности) отношении.

Выраженные нарушения интеллекта наблюдаются у больных эпилепсией. Они обусловлены изменением подвижности нервных процессов, инертностью психической деятельности и сопровождаются нарушением способности у общению, олигофазией, замедлением темпа речи, речевыми штампами, конкретно-ситуационным характером суждений.

При олигофрении отмечаются низкий запас знаний, неспособность к усвоению новой информации, к обобщению, к абстрагированию, преобладание конкретного мышления.

Особого внимания заслуживает оценка интеллектуальной деятельности при задержках психического развития, т. е. при состояниях, занимающих промежуточное положение между дебильностью и интеллектуальной нормой. В таких случаях наблюдаются запаздывание развития основных психофизиологических функций (речи, навыков опрятности, самообслуживания), незрелость, примитивность интересов, слабый самоконтроль, неравномерность развития отдельных сторон психики. Подобные интеллектуальные нарушения обусловлены неблагоприятными факторами среды и воспитания, поражениями слуха, зрения, дефектами речи, отклонениями в характере и поведении, длительными астеническими состояниями, вызванными хроническими соматическими заболеваниями.

Интеллектуальный дефект у человека при задержке его психического развития во многих случаях с возрастом сглаживается вплоть до полного исчезновения. Иногда же под влиянием психологопедагогических и лечебно-коррекционных мероприятий может наступить значительная компенсация психических функций.

В целом нарушение интеллекта наблюдается при всех психических заболеваниях, сопровождающихся развитием слабоумия.

Различают приобретенное слабоумие – деменцию и врожденное – олигофрению (от гр. oligos – малый + phren – душа, ум). Деменция может быть результатом органического поражения головного мозга (травмы, опухоли, атрофические процессы), эпилепсии, хронических интоксикаций и т. д.

**Психометрические методы исследования интеллекта**

*Исследование интеллекта по методу Векслера*.

Метод Векслера для исследования интеллекта у взрослых (1955) является вариантом, возникшим вследствие переработки ранее широко употреблявшегося теста Векслера - Бельвью (1939). Известны многочисленные модификации этого метода, используемые в ФРГ, Польше и других странах. В частности, в ФРГ психологи пользуются так называемым гамбургским вариантом метода (HAWIE), в котором некоторые вопросы адаптированы, а весь тест в целом заново стандартизован на 2000 обследуемых. В Советском Союзе метод Векслера адаптирован сотрудниками Ленинградского научно - исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. С помощью метода Векслера могут быть обследованы лица старше 16 лет. Для обследования детей создан специальный вариант метода Векслера (WISC), адаптированный и стандартизованный А. Ю. Панасюком (1973). Метод Векслера состоит из 11 отдельных методик - субтестов. Каждая из них не содержит каких - либо новых, не использовавшихся раньше в экспериментальной психологии приемов. Все субтесты разделены на 2 группы - вербальные (6) и невербальные (5). I субтест - общая осведомленность - содержит 29 вопросов, направленных на измерение объема человеческих знаний. По ответам на эти вопросы можно в известной мере судить о памяти обследуемого, о круге его интересов, о полученном им образовании. Результаты по этому субтесту мало меняются при старении или под влиянием болезненного процесса (исключением являются заболевания, протекающие с грубым интеллектуально - мнестическим снижением). Степень трудности задаваемых обследуемому вопросов постепенно нарастает. Этот принцип характерен и для других субтестов. Приводим некоторые вопросы: 2. Какой формы мяч? 24. Кто написал <Иллиаду>? 29. Что такое гносеология? Обычно исследование начинается с пятого вопроса и лишь в тех случаях, когда обследуемый не справляется с пятым и шестым вопросами, возвращаются к предшествовавшим. Правильный ответ оценивается в 1 балл. Максимальная оценка в первом субтесте - 29 баллов. II субтест - общая понятливость - содержит вопросы, охватывающие особенности поведения обследуемого в какой - то конкретной ситуации, а также определяющие понимание им перенесенного смысла пословиц. Материалы по этому субтесту свидетельствуют о социальном и культурном фонде обследуемого. Считается, что с помощью II субтеста исследуется <здравый смысл>, объем практических знаний. Следует отметить, что этой методикой пользовался в клинике В. М. Бехтерева С. Д. Владычко (1913), исследовавший с ее помощью психически больных. Приводим примеры вопросов, задаваемых больному: 3. Что вы сделаете, если найдете на улице письмо в запечатанном конверте с надписанным адресом и наклеенной маркой? 14. Что означает выражение: <Одна ласточка весны не делает>? Исследование начинается с третьего вопроса. К предыдущим возвращаются лишь при обнаружении несостоятельности обследуемого в его ответах на третий, четвертый и пятый вопросы.

Ответы оцениваются в 0, 1 либо 2 балла в зависимости от правильности понимания заключенной в вопросе ситуации и от точности, полноты и степени обобщения заключенного в ответе суждения. Так, на вопрос о том, что делать с найденным на улице письмом, лучшим является ответ, показывающий понимание обследуемым необходимости немедленного отправления письма: опустить в почтовый ящик; отнести на почту. Такой ответ оценивается в 2 балла.

В 1 балл оцениваются ответы, свидетельствующие о том, что обследуемый понимает, что письмо не является его собственностью: отнесу по указанному адресу; сдам в милицию. Полное непонимание того, что следует сделать с письмом, оценивается в 0 баллов: не стану поднимать; выброшу в мусорную урну. Понимание пословицы <Одна ласточка. . . > оценивается в 2 балла при понимании обследуемым ее абстрактного смысла: нельзя на основании одного случая строить обобщение; для обобщения нужна совокупность признаков. Ответы конкретным примером или свидетельствующие о недостаточной степени абстрагирования оцениваются в 1 балл: один хороший поступок еще не значит, что человек хороший.

Буквальное понимание пословицы оценивается в 0 баллов: если ласточка прилетела, это еще не значит, что наступила весна; ласточки всегда прилетают раньше других птиц. Максимальная оценка во II субтесте - 28 баллов. Время не лимитируется. Результаты здесь, как и в 1 субтесте, мало зависят от возраста, не ухудшаются существенно при старении. III субтест - арифметический - состоит из 14 заданий. Первые два задания проверяются лишь при недостаточных ответах на 3 - е и 4 - е задания. Арифметические задачи, предъявляемые обследуемому, характеризуются нарастанием трудности. Время лимитировано - на первые 4 задачи отпускается по 15 с, на 5 - 10 - ю задачи - 30 с, на 11 - 13 - ю задачи - 60 с, на последнюю - 120 с. За быстрое решение последних 4 задач добавляется 1 балл. Правильное решение задачи оценивается в 1 балл (в том числе и задач, которые не пришлось проверять). Примеры арифметических задач: 4. Если человек купил марок на 6 коп. , а дал 10 коп. , то сколько он должен получить сдачи? 8. Сколько времени потребуется человеку, чтобы пройти 24 км, если он идет со скоростью 3 км/ч? 14. Восемь человек могут закончить работу за 6 дней. Сколько человек потребуется, чтобы выполнить эту работу за полдня? Этот субтест свидетельствует о способности концентрации активного внимания и оперирования арифметическим материалом, Способность к выполнению арифметических действий в уме не обнаруживает с возрастом значительной тенденции к ухудшению. Результаты в этом субтесте при старении несколько хуже, чем при выполнении субтеста <повторение цифр>, но значительно лучше, чем в субтестах, о которых речь будет идти ниже. IV субтест - нахождение сходства - является несколько упрощенным вариантом методики сравнения понятий, в котором задание ограничивается лишь установлением сходства. Обследуемому предлагаются для сравнения такие понятия, как апельсин - банан, пальто - платье, похвала - наказание, муха - дерево.

Время ответов не учитывается. Ответы оцениваются в 2, 1,0 баллов. Оценка ответа зависит от уровня, на котором выполнено задание. Так, при сравнении понятий <лев> и <собака> возможны следующие ответы: и лев, и собака - животные, звери (ответ на концептуальном уровне); и лев, и собака едят (ответ на функциональном уровне); оба они имеют ноги (ответ на конкретном уровне).

Следует указать, что нередко оценка ответа и определение уровня сравнения понятий представляют большие затруднения и требуют от исследующего опыта и знаний. Возможны ответы, квалификация которых весьма затруднительна. Так, больной шизофренией нашел, что сходство между львом и собакой заключается в том, что это звери, <одинаково остро воспринимаемые человеком>. При формальном подходе к оценке здесь можно говорить о концептуальном уровне ответа. В самом же деле речь идет о типичном шизофреническом инакомыслии. Этот пример свидетельствует о неправомерности одного лишь количественного подхода к оценке результатов.

В этом субтесте оценивается главным образом логический характер мышления. Максимальная оценка по субтесту - 26 баллов. Хотя в этом субтесте время выполнения заданий не ограничено и более медленный темп пожилых обследуемых не ставит их в худщие по сравнению с молодыми обследуемыми условия, тем не менее результаты здесь значительно снижаются с возрастом. D. Bromley (1966) указывает, что пожилые люди становятся не только менее способными к формированию абстрактных принципов, но также и к различению их. Когда они истолковывают пословицы, их ответы менее общие и менее абстрактные, чем ответы лиц более молодых. V субтест - воспроизведение цифровых рядов - применяется для исследования памяти, главным образом оперативной, и внимания. В каждой серии цифр имеется 2 равнозначных задания. Второе задание серии предъявляется обследуемому только в том случае, если он не справился с первым. Цифры, согласно инструкции, воспроизводятся в прямом и обратном порядке. Поводом для прекращения исследования является несостоятельность обследуемого в обоих заданиях данной серии.

Время не регламентируется. Каждое правильно выполненное задание оценивается в 1 балл. Максимальная оценка - 17 баллов (при воспроизведении цифр в прямом порядке - 9 ив обратном - 8 баллов).

По D. Wechsler, невозможность для обследуемого повторить в прямом порядке ряд из 4 цифр может свидетельствовать о слабоумии. Старение (физиологическое) не оказывает заметного влияния на простое запоминание (о выполнении задания по этому субтесту больным церебральным атеросклерозом речь будет идти ниже). Следует отметить, что этот субтест не столько характеризует состояние функции памяти во всем ее многообразии, сколько отражает особенности активного внимания и деавтоматизации рядов знаков. D. Bromley установила, что воспроизведение цифр в прямом порядке с возрастом снижается незначительно, более заметно у стариков затруднение в воспроизведении цифр в обратном порядке. VI субтест - словарный - служит для оценки словарного запаса. В связи с тем что словарный запас зависит от образовательного уровня, он мало изменяется при старении. Обследуемому предлагают 40 слов и просят дать их определение, объяснить их значение. Вначале - это несложные и часто употребляемые слова (деньги, зима, кровать, фабрика, деталь, собрание). Постепенно задание усложняется, исследующий называет для определения такие слова, как периметр, тирада, плагиат, пародия и т. п. Разумеется, в этом субтесте усложнение задания носит относительный характер и обнаруживается при сравнении не столько отдельных слов, сколько групп слов.

Ответы оцениваются от 0 до 2 баллов. При этом руководствуются следующими критериями: ответ оценивается в 2 балла, если это 1) хороший, удачно подобранный синоним; 2) основное использование слова в словарном фонде языка; 3) одно или несколько определений основных свойств слова; 4) слово, обобщающее понятие, к которому принадлежит определяемое слово; 5) несколько правильных описаний свойств определяемого слова, которые в совокупности отражают понимание обследуемым значения этого слова. В 1 балл оцениваются правильные, но неполные ответы: 1) неясный или недостаточно четкий синоним; 2) второстепенное, не основное использование этого слова в языке; 3) пример возможного использования слова в языке.

В 0 баллов оценивается явно неправильный ответ и отсутствие реального понимания вопроса, даже после его повторения, непонимание значения слова, предъявляемого в характерном контексте. Например, понимание слова <приговор> может быть оценено 2 баллами, если дан один из нижеследующих ответов: юридическое решение, решение суда, заключение, юридический акт решения; 1 баллом - наказывать, осудить, осуждение; 0 баллов - тюрьма выговор. Время при исследовании словарным субтестом не регламентировано. Максимальная оценка - 80 баллов.

Перечисленные 6 субтестов относятся к группе вербальных. Несмотря на то что по результатам их выполнения производится общая оценка, которая сравнивается с показателем выполнения невербальных субтестов, сами по себе они являются достаточно неоднородными. Это убедительно показано исследованиями D. Bromley (1966). Так, она установила, что у стариков мало меняются результаты выполнения заданий по субтестам: <словарному>, <общей осведомленности> и <общей понятливости>. Эту неизменность результатов при старении автор объясняет характером активности, необходимой для выполнения заданий; отсутствием требований, касающихся быстроты выполнения; относительной простотой заданий. Эти субтесты измеряют скорее интеллектуальные достижения, которые удерживаются при старении, чем интеллектуальные способности, снижающиеся с определенного возраста. Переходим к описанию невербальных субтестов. VII субтест - цифровых символов - требует от обследуемого в специальной таблице (рис. 6), в соответствии с образцами в рядах случайно подобранных цифр, поставить под каждой цифрой ее обозначение, символ, как бы произвести перешифровку цифр. Этим тестом исследуется психомоторика, способность к обучению. Время выполнения задания ограничивается 90 с. Каждое правильно выполненное задание оценивается в 1 балл. Первые 10 заданий не учитываются, они служат примером. О способности к научению новому материалу свидетельствует выполнение последующих примеров, когда обследуемого предупреждают о начале хронометрии я необходимости выполнять задание как можно скорее. При исследовании этой методикой различных возрастных групп установлено, что показатель результативности обнаруживает отчетливую тенденцию к снижению после 40 лет. VIII субтест - нахождение недостающих деталей в картине. Здесь выявляется способность обследуемого выделить существенные признаки предмета или явления. Обследуемому предъявляется специальный набор картинок. На каждом изображении не хватает какой - либо одной существенной детали. Экспозиция каждой картинки - 20 с. Каждый правильный ответ оценивается в 1 балл. Максимальный результат - 20 баллов. IX субтест - кубики Кооса - служит для исследования пространственного воображения, конструктивного мышления. . Обследуемый должен обнаружить способность перенесения зрительного образа с карточки - образца на определенную конструкцию, которую он в ином масштабе воссоздает из цветных кубиков. Набор карточек - образцов стандартный (рис. 7). Время четко регламентировано; за успешное, в сокращенный срок, выполнение последних 4 заданий к оценке прибавляется 1 или 2 балла. В бланке опыта указаны критерии времени для оценки выполнения каждого задания. Максимальный результат - 48 баллов. Х субтест - последовательных картин - является четко дозированным по временной характеристике вариантом методики установления последовательности развития сюжета по серии картинок.

Всего применяется 8 серий картинок. Каждая серия предлагается в определенном порядке, не соответствующем истинной последовательности картинок. Обследуемый должен уловить смысл изображенной с помощью картинок истории, проявить, по D. Wechsler, способность упорядочения группы факторов в логическую систему. Здесь оцениваются характер выполнения задания (существуют лучшие и худшие варианты) и затраченное на это время. В зависимости от этого оценка по отдельным заданиям различна - от 4 до 6 баллов. Задания в порядке их предъявления усложняются. Максимальный результат - 36 баллов. XI субтест - сложение фигур - измеряет способность составления из отдельных фрагментов единого смыслового целого, совокупности этих фрагментов. Обследуемому предлагают из 4 разрезанных на отдельные фрагменты фигур (рис. 9) сложить целое. Время четко регламентировано. За быстрое выполнение задания даются дополнительные баллы (оценка отдельных заданий - от 8 до 13 баллов). Максимальный результат - 46 баллов. Затем по специальной таблице первичные (<сырые>) оценки результатов выполнения отдельных субтестов переводятся в унифицированные, шкальные, позволяющие анализировать разброс. Подсчитывается отдельно вербальный и невербальный показатели, а затем общий показатель. Последние 3 показателя подсчитываются с коррекцией на возраст. D. Wechsler разделял субтесты на основные, мало изменяющие результаты с возрастом (словарный, осведомленность, составление фигур, обнаружение недостающих деталей), и те, которые обнаруживают с возрастом явное ухудшение результатов (воспроизведение цифр, сходство, подстановка цифровых символов и кубики Кооса). Деление это в известной мере условно. Некоторые субтесты, подчиняющиеся возрастным изменениям (составление фигур и недостающие детали), причисляются к группе субтестов с неизменными результатами и, наоборот, подверженные незначительному влиянию возрастных изменений субтесты - воспроизведение цифр и нахождение сходства - относятся к группе подверженных изменениям.

## 2.7. Нарушения эмоционально-волевой сферы

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

Один из ведущих зарубежных исследователей эмоций Изард подчеркивает, что целостное определение эмоций требует учета трех компонентов, характеризующих это явление: а) переживаемого или осознаваемого ощущения эмоций; б) процессов, происходящих в нервной, эндокринной, дыхательной, пищеварительной и других системах организма; в) поддающихся наблюдению выразительных комплексов эмоций, в частности тех, которые отражаются на лице. Отмеченным выше подчеркивается интердисциплинарный характер области, исследующей эмоции, к которой привлечено внимание психологов, нейрофизиологов, врачей и других специалистов.

Разделом психологии - общей и специальной,- способствовавшим интенсификации ряда направлений в исследовании эмоций, явилась область экспрессивных проявлений человека, соотношения эмоций и экспрессии, с выходом на изучение эмоциональной коммуникации между людьми (Бодалев и др.). При изложении особенностей эмоциональных расстройств, учет которых важен для медицинской практики, целесообразно исходить из группировки эмоций, предложенной Мясищевым. В этом случае отдельно рассматриваются: 1) эмоциональные реакции, для которых типична отчетливая связь возникших переживаний с внезапными обстоятельствами, их вызвавшими, 2) эмоциональные состояния, характеризующиеся изменением нервно-психического тонуса и 3) эмоциональные отношения (чувства) с эмоциональной избирательностью или связью эмоций определенного вида с определенными лицами, объектами или процессами.

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

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

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

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

В последние десятилетия многочисленные исследования были посвящены изучению таких эмоциональных состояний, которые называются ситуациями напряженности, или стрессовыми ситуациями.

Здесь остановимся лишь на фрустрации, так как число публикаций в отечественной литературе по этой проблеме весьма невелико.

Фрустрация рассматривается как один из видов психических состояний, выражающихся в характерных особенностях переживаний и поведения и вызываемых объективно непреодолимыми (или субъективно так понимаемыми) трудностями, возникающими на пути к достижению цели или решению задачи (Левитов).

Показатели фрустрации у больных неврозами (F40-F48), за исключением интрапунитивного направления и типа реакции "с фиксацией на самозащите", статистически достоверно отличаются от таковых в контрольной группе здоровых лиц (Тарабрина). У больных преобладает экстрапунитивное направление фрустрационных реакций при меньшей частоте импунитивных, причем доминирует тип реакций "с фиксацией на удовлетворении потребностей", то есть для больного неврозом более характерно в ситуации фрустрации требование помощи от другого лица для ее разрешения. Одновременно наблюдались значимые различия по показателю GCR, который статистически достоверно меньше у больных неврозами по сравнению с контрольной группой здоровых (соответственно 48,9 и 64,3).

Большое значение в диагностическом и лечебно-реабилитационном планах имеет снижение, притупление эмоциональности. При этом обнаруживается более или менее выраженное безразличие по отношению ко всем явлениям жизни. Состояние апатии - общего эмоционального снижения - встречается при многих заболеваниях, однако особенно ярко эмоциональная тупость проявляется при шизофрении (F20-F29). Больной, отношение которого к членам семьи до начала заболевания характеризовалось любовью и привязанностью, становится к ним безразличным, теряет интерес к окружающему; утрачивается дифференцированность эмоциональных реакций, появляется неадекватность в переживаниях.

Блейхер приводит результаты исследования больных шизофренией методом "пиктограммы", позволяющим ярко охарактеризовать особенности их эмоциональности. Избираемые больными для опосредованного запоминания образы оказываются лишенными эмоционального содержания, а их связь со словом-раздражителем мотивируется больными резонерски, с учетом не столько существенных, сколько "слабых" признаков. Автор приводит следующие примеры пиктограмм больных шизофренией: к слову "печаль" - развернутая книга ("В книге Рокуэла Кента есть печаль, сомнения, мировая скорбь"), "героический поступок" - стрела ("Я думаю о воинах древности") и т. д.

При исследовании больных шизофренией по методу ТАТ отмечено отсутствие у них субъективного отношения к содержанию рисунка, они не выделяют эмоциональный подтекст его, нет переживания особой интимности обследования, обычно связанного с непроизвольной идентификацией с героями составленных рассказов, отражающих, например у больных неврозами, конфликты и значимые для них ситуации и отношения. Такой же характер носит и описание больными шизофренией юмористических рисунков - юмор либо им недоступен, либо в сюжете рисунка юмор переносится на другие, совершенно неадекватные объекты. Проявлением выраженных эмоциональных изменений, эмоциональной тупости в эксперименте по методу Роршаха является уменьшение у больных шизофренией цветовых интерпретаций.

С помощью методики аудиторского анализа Бажин и Корнева изучали особенности распознавания эмоциональных состояний больными шизофренией. Больные шизофренией с клинически определяемыми явлениями эмоционального снижения сохраняют способность воспринимать и правильно интерпретировать экспрессивные признаки эмоционального состояния говорящего. У апатичных, вялых и равнодушных больных чувствительность к эмоциональным стимулам не только сохранена, но в некоторых случаях даже обостряется. Данные, полученные при использовании методики аудиторского анализа, нашли подтверждение в другой работе, в которой у больных шизофренией (F20-F29) одновременно исследовалось восприятие речевой и мимической экспрессии. Коэффициент корреляции между показателями точности опознания эмоционального состояния диктора и идентификации мимики равнялся 0,5.

В работе Беспалько также подчеркнуты ограниченность широко распространенных представлений об эмоциональных расстройствах при шизофрении и необходимость большей их дифференциации, в частности, для целей восстановительной терапии. Автор выдвигает предположение, что из трех видов эмоций: эмоциональных реакций, состояний и отношений - в начале заболевания шизофренией страдает главным образом филогенетически самая новая система эмоций - участвующая в формировании эмоциональных отношений. Именно вследствие этого появляются необычные ранее для" больного склонности, искажения высших этических чувств, изменяются отношения к близким и т. п. Эмоциональные же реакции и эмоциональные состояния можно рассматривать как менее специфичные при шизофрении, хотя они и занимают существенное место в их клинических проявлениях. Для подтверждения данных предположений автор приводит результаты исследований, целью которых было выявление особенностей восприятия мимики здоровыми и больными шизофренией. Резкое увеличение крайних оценок мимики (по предъявляемым фотографиям разных лиц) у больных шизофренией сопровождалось параллельным увеличением крайних оценок в семантическом дифференциале. Так как семантический дифференциал отражает эмоциональные отношения, то на характеристиках мимики, замечает автор, вероятно, сказывается патологическое искажение эмоциональных отношений, и уже вторично это влияет на оценки мимики.

Указанные работы в своем значении выходят за рамки изучения особенностей эмоциональных расстройств при шизофрении. Освещая более общие проблемы соотношения экспрессии и эмоций, эмоциональной коммуникации, опосредованно эмпатического потенциала личности больного, они представляют интерес для разработки психологических и социально-психологических основ психотерапии и реабилитации.

Заслуживают внимания исследования, проведенные Богатской на больных шизофренией (F20-F29) с апато-абулическим дефектом. С помощью специально разработанной психофизиологической методики и методики "незаконченных предложений" даже у этой группы больных с так называемой эмоциональной тупостью были выявлены "эмоциональные островки" в виде одного или нескольких эмоционально-значимых отношений (к работе, семье, своему будущему). Именно на эти "эмоциональные островки" были ориентированы психотерапевтические и социотерапевтические воздействия.

Примером заболевания, при котором обнаруживают яркие изменения эмоционального состояния, является маниакально-депрессивный психоз (F31). При маниакальной фазе отмечается патологически повышенное, радостное настроение - эйфория. Окружающее воспринимается больными в радужных, светлых тонах. При депрессивной фазе, напротив, изменение эмоционального состояния имеет противоположную направленность и характеризуется как меланхолическое (депрессивное). Для него характерны мрачные оценки происходящего, пессимистические взгляды на будущее. При обеих фазах заболевания отмечают также изменения познавательных процессов, в частности мышления (бредовые идеи переоценки личности в одной фазе и идеи самообвинения, самоуничижения, греховности - в другой).

С целью изучения влияния собственного аффективного состояния аудитора на распознавание эмоциональных характеристик речи исследовали больных, находившихся в депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза. Оказалось, что наибольшие трудности возникали при идентификации состояния пониженного настроения, в то время как распознавание других эмоциональных состояний существенно не менялось.

Эмоционально-аффективные расстройства обычны для больных с органическими заболеваниями головного мозга (F00-F09). Повышенная раздражительность, эксплозивность характерны для лиц, перенесших травмы головного мозга (S06); эмоциональная гиперэстетическая слабость и "недержание эмоций" - с сосудистыми церебральными заболеваниями (I00-I99); раздражительность, недержание аффекта, эйфория, тревожно-боязливое или безучастно-депрессивное настроение наблюдаются при различных органических заболеваниях головного мозга.

Описаны нарушения эмоционально-аффективной сферы у больных с височной эпилепсией (G40). Изменения имеют либо пароксизмальный, либо перманентный характер и проявляются в виде страха, тревоги, снижения настроения, злобности, реже - в виде приятных ощущений в различных органах, чувства "озарения", "нахождения в раю". У больных джексоновской эпилепсией (G40) эмоциональные расстройства были значительно менее выраженными, чем при поражении медиобазальных отделов височных долей.

Эмоциональные нарушения при опухолях височной доли (D43) сходны с теми, которые отмечены при височной эпилепсии. У подавляющего большинства больных они также наблюдались при локализации опухоли в медиобазальных отделах височных долей и, как правило, отсутствовали при расположении опухоли в поверхностных отделах височной доли.

Таким образом, приведенные данные подтверждают известные представления о роли медиобазальных отделов височных долей в генезе эмоциональных расстройств.

В качестве примера адекватного планирования и проведения экспериментально-психологических исследований эмоционально-аффективной сферы больных в соматической клинике, направленных на изучение внутренней картины болезни, повышение эффективности психотерапевтических и психогигиенических мероприятий, можно привести работы Зайцева и его сотрудников, в которых использовался ассоциативный эксперимент. С помощью методики свободных вербальных ассоциаций у части больных инфарктом миокарда (I21) были выявлены ассоциативные комплексы, свидетельствующие о наличии психологической доминанты, отражающей представления о болезни и возможном неблагоприятном ее исходе. Характерные для больных инфарктом миокарда расстройства в эмоционально-аффективной сфере нашли отражение в эмоционально насыщенных ассоциациях и в готовности продуцировать словесные ассоциативные комплексы с аффективной окраской. Так, от слов "раненый, мертвый, могила", связанных с тематикой военных лет, больной перешел к комплексу "морг, больница, инфаркт, смерть". Этот комплекс указывал на имеющуюся у него психологическую доминанту, отражающую особенности внутренней картины болезни. Представляет интерес, что у всех больных инфарктом миокарда, у которых до лечения были выявлены подобные ассоциативные комплексы, они исчезали под влиянием лечебно-реабилитационных воздействий. В контрольной группе здоровых в процессе того же эксперимента отмечены смысловые ассоциации обычного содержания.

Патология волевой сферы представлена усилением, ослаблением, отсутвием и извращением волевой активности.

1. *Гипербулия* – болезненно повышенная волевая активность. Больные обнаруживают болезненно облегченную решимость, при которой любая идея немедленно реализуется, возможность правильного обсуждения снижена, а действия скоропалительны. Гипербулия – характерный симптом маниакального синдрома. Кроме того, гипербулию могут обнаруживать бредовые больные при реализации своих бредовых идей.
2. *Гипобулия* – болезненное снижение воли, при котором сила мотивов, побуждений снижена, затруднено определение и удерживание какой-либо цели. Больные ничем не занимаются, вялы, пассивны, длительно сидят или лежат в одной позе с безразличным выражением лица. Крайняя степень гипобулии называется *абулией*( отсутсвие воли) и проявляется отсутсвием побуждений, утратой желаний, полной безучастностью и бездеятельностью, почти полным ограничением общения.. Снижение воли часто сочетается с оскудением эмоций ( вплоть до апатии) и определяет клинику *апатоабулического*синдрома( например при шизофрении). Абулия встречается так же при сенильных психозах , депрессии , астении.
3. *Парабулии* – извращение воли, представлены различными кататоническими симптомами:
* *ступор* – общая двигательная заторможенность, оцепенение, сопровождается утратой какого-либо контакта с окружающими;
* *мутизм* – утрата речевого контакта с окружающими при сохранении речевого аппарата, немотивированный отказ от речи;
* *негативизм*– бессмысленное противодействие, немотивированный отказ больного от выполнения каких-либо действий, иногда в форме противоположного действия (активный негативизм);
* *стереотипии*– постоянное, однообразное, монотонное повторение какого-либо действия (двигательные стереотипии) или ритмичное, монотонное повторение какого-либо слова, словосочетания, иногда бессмысленное название сходных по звучанию фраз, слов или слогов (речевые стереотипии – *вербигерации*);
* *пассивная подчиняемость* – больной не может противоборствовать приказам окружающих и полностью их выполняет, независимо от содержания;
* *эхопраксия*– больной полностью повторяет все действия другого человека;
* *эхолалия* – повторение полностью или частично речи окружающих, при этом на вопрос, обращенный к нему, больной отвечает повторением вопроса или последних слов вопроса;
* *каталепсия* (восковая гибкость) – проявляется в повышении мышечного тонуса (этот феномен развивается постепенно, начиная с мышц шеи, плеч и, затем, охватывает все тело), вследствие чего тело больного длительное время может сохранять приданное ему положение, даже если поза крайне неудобна. Сам больной не делает никаких движений, но не сопротивляется изменению его позы и застывает в ней надолго.

**Синдромы нарушения воли.**

*Кататония* – симптомокомплекс психических расстройств, в котором преобладают двигательные нарушения в форме *акинеза* (кататонический ступор) или в форме *гиперкинеза* (кататоническое возбуждение).

Для **кататонического ступора** характерно наличие повышенного тонуса мышц, который развивается как бы сверху вниз (жевательные мышцы, шейные и затылочные, далее мышцы плеч, предплечий, кистей рук и, в последнюю очередь, мышцы ног). Гипертонус может предстать в виде *ступора*или в виде *восковой гибкости (каталепсия*). Кроме того, при кататоническом ступоре выявляются *негативизм, мутизм, пассивная подчиняемость*.

В соответствии с выраженностью и преобладанием тех или иных двигательных расстройств выделяют несколько разновидностей кататонического ступора, которые могут сменять друг друга:

а) *ступор с восковой гибкостью*;

б) *негативистический ступор*;

в) *ступор с мышечным оцепенением*.

Для **кататонического возбуждения** характерно, лишенное внутреннего единства и целенаправленности, повышение двигательной активности, со стремлением к *движению* ( в отличии от стремления к *действию* при маниакальном синдроме), на фоне которого отмечаются такие симптомы как *стереотипии, эхо-симптомы, парамимия, негативизм, мимоговорение*. Может сопровождаться патетикой, экстазом, злобой, яростью, безразличием. Как разновидность психомоторного возбуждения представляет опасность и для себя и для окружающих лиц ( в т.ч. для мед.персонала).

В зависимости от преобладания тех или иных расстройств выделяют несколько разновидностей, которые представляют собой последовательные стадии развития кататонического возбуждения:

1. *растерянно-патетическое* возбуждение с экзальтированностью, восторгом, патетикой в поведении и речи;
2. *гебефрено-кататоническое* с кривлянием, гримасничаньем, нелепыми выходками, грубыми и циничными шутками, колебаниями настроения (от веселости до злобы);
3. *импульсивно*е возбуждение в виде внезапных активных действий, нередко агрессивных (бьют окружающих, рвут одежду, ломают предметы, обнажаются, мажутся калом и пр.). Может быть «немым» или с выкриками, бранью;
4. *неистовое*кататоническое возбуждение сопровождается непрерывным беспорядочным и хаотическим метанием. Чаще «немое».

Ступор и возбуждение могут появиться изолированно, но могут и сменять друг друга.

В тех случаях, когда сознание остается не помраченным, кататонию называют *люцидной*. При таком варианте, кататония может быть в виде моносиндрома, а может сочетаться с бредом (кататоно-бредовой синдром), галлюцинациями (кататоно-галлюцинаторный), аффективными (кататно-депрессивный синдром) расстройствами. Среди же состояний помрачения сознания кататонии, обычно, сопутствует онейроидное помрачение (*онейроидная кататония*).Кататонический синдром чаще всего встречается при шизофрении.

 **Методы исследования эмоционально-волевой сферы**

Для исследования эмоционально-волевой сферы используется большое количество методик, среди которых :

«Методики изучения эмоциональной сферы».

Методики, направленные на выявление страхов.

Методика “Незаконченные предложения”.

Методика диагностики детских страхов (Захаров).

Методики, направленные на выявление тревожности.

Тест-опросник Спилбергера-Ханина.

Тест тревожности (Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амен).

Тест изучения школьной тревожности Филллипса.

Методики, направленные на выявление депрессии.

Шкала самооценки депрессии Цунга.

Методики, направленные на выявление неврозов.

Опросник Захарова А. И. “Ваш ребенок болен неврозом или заболеет, если…”.

Методики, направленные на выявление агрессии.

Опросник “Басса - Дарки”.

Методика “Несуществующее животное”.

Методики, направленные на выявление стрессоустойчивости.

Методика определения нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации в стрессе “Прогноз”.

Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге.

Методики, направленные на диагностику эмоций.

Самооценка психического состояния: Самочувствие, Активность, Настроение (САН).

Дифференциальные шкалы эмоций по К. Изард.

Оценка эмоционального состояния по типу сдвига цветовой чувствительности.

«Методики изучения волевой сферы».

Методики, направленные на изучение темперамента.

Опросник структуры темперамента (ОСТ) В. М. Русалова (взрослый вариант).

Опросник структуры темперамента (ОСТ) В. М. Русалова (детский вариант).

Тест Стреляу.

Методика Айзенка «EPI».

Методика Айзенка «EPQ».

## 2.8. Нарушения личностной сферы

Личность понимается как сознательный индивид, занимающий определенное положение в обществе и выполняющий определенные общественные функции. Личность моложе индивида, так как человек рождается индивидом, а личностью он становится в процессе социализации, усвоения социального опыта.

Рубинштейн выделял 3 аспекта психического облика личности:

— *чего хочет личность*,что для нее привлекательно, к чему она стремится? Это вопрос о направленности, установках и тенденциях, потребностях, интересах и идеалах;

— *что может личность*?Это вопрос о способностях, о дарованиях человека, о его одаренности;

— *что личность есть*,что из ее тенденций и установок вошло у нее в плоть и кровь и закрепилось в качестве стержневых особенностей личности? Это вопрос о характере.

Таким образом, Рубинштейн включает в структуру личности ее направленность, характер и способности. В структуру личности многие авторы включают темперамент, как психофизиологическую основу личности (Мясищев, Мерлин, Ананьев и др.). Основоположник персонологии Оллпорт писал: «Личность есть такая динамическая организация психофизических систем индивидуума, которая определяет его уникальный способ адаптации к среде».

Айзенк, известный персонолог, определял личность как «...более или менее стабильную и устойчивую структуру характера, темперамента, интеллекта и конституции человека, которая определяет его индивидуальную адаптацию к окружающему миру».

Основными характеристиками личности являются: активность, устойчивость, целостность. Под *активностью* понимается способность человека производить общественно значимые преобразования окружающего, проявляющаяся в общении, совместной деятельности, творчестве и саморазвитии. *Устойчивость* — это относительное постоянство личностных свойств. «Для индивидуума характерно проявление тенденции реагировать одинаковым способом в одинаковых ситуациях, каковая тенденция увеличивается с возрастом...» — писал один из основоположников персонологии Мюррей. Многочисленные данные, полученные при помощи наблюдений, самонаблюдений, анализа биографий и тестовых оценок, указывают на высокую устойчивость личностных свойств. Например, различия между детьми в агрессивности, доминировании, зависимости, социабельности и застенчивости сохраняются на протяжении дошкольного, школьного детства вплоть до взрослости. *Целостность* личности заключается в теснейшей взаимосвязи психических процессов и свойств, образующих единую структуру личности.

Теории, рассматривающие структуру личности, представлены теориями личностных черт, теориями личностных факторов, типологическими теориями. Понятие личностной черты впервые было предложено Оллпортом. Под чертой понимается устойчивая характеристика, имеющая иерархическую организацию, проявляющаяся в поведении и позволяющая сравнивать степень выраженности поведенческих проявлений у разных людей. В качестве личностных черт выделяют, например, экстраверсию — интроверсию, тревожность или эмоциональную стабильность, застенчивость, гнев, активность.

*Экстраверсия* — *интроверсия* впервые как черта личности была представлена Юнгом и охарактеризована Айзенком следующим образом:

|  |  |
| --- | --- |
| ***Интроверсия*** | ***Экстраверсия*** |
| Ориентация на внутренние стимулы | Стремление к стимуляции извне |
| Заторможенность поведения | Расторможенность поведения |
| Низкий уровень вовлеченности в различные формы активности | Интенсивное вовлечение в разные формы активности |

*Застенчивость* — связана со стремлением избегать общения или уклоняться от социальных контактов. Зимбардо, исследователь застенчивости, связывает ее с темпераментными чертами, как предрасположенностью, из которой под влиянием социальных факторов формируется так называемая выученная застенчивость. Отмечая увеличение количества застенчивых в современных обществах, в качестве социальных факторов этого явления Зимбардо выделяет внедрение компьютерных технологий и автоматизацию производства, уменьшающие процесс живого общения; уменьшение взаимодействия внутри семьи; снижение ценности совместного отдыха, благодаря индустрии развлечений; рост преступности, воспитывающий в людях страх, удерживающий их от контактов.

Количество рассматриваемых черт может быть увеличено. Так, выделяют агрессивность, ответственность и другие. Но главным недостатком теории черт является то, что личность рассматривается как простой набор черт, а не как определенная целостность, имеющая свою структуру.

Кеттел, развивая факторный подход к личности, выделяет 2 вида черт: поверхностные (вторичные) и порождающие их, или первичные. Первичные черты в свою очередь разделяются на конституциональные (генетически обусловленные) и характерологические (развивающиеся под влиянием условий жизни, обучения). В своей концепции Кеттел выделяет 3 группы черт в структуре личности: темпераментные черты — способности, динамические черты, мотивирующие поведение, включающие направленность и интересы личности. Все эти черты образуют взаимосвязанную систему 16 факторов личности.

В число 16 факторов 1-го порядка Кеттел включает следующие, имеющие два противоположных полюса.

Замкнутость — общительность.

Низкий интеллект — высокий интеллект.

Эмоциональная неустойчивость — эмоциональная устойчивость.

Подчиненность — доминантность.

Озабоченность — беспечность.

Низкая нормативность поведения — высокая нормативность поведения.

Социальная робость — социальная смелость.

Низкая сенситивность (толстокожесть) — высокая сенситивность.

Доверчивость — подозрительность.

Практичность — мечтательность (богатое воображение).

Прямолинейность — дипломатичность.

Уверенность в себе (высокая самооценка) — неуверенность в себе (чувство вины).

Консерватизм — радикализм.

Зависимость от группы — самодостаточность.

Низкий самоконтроль — высокий самоконтроль.

Низкая сила побуждений — высокое рабочее напряжение.

Определенное сочетание факторов первого порядка образует структуру факторов более высокого 2-го порядка, включающую: экстраверсию — интроверсию, приспособленность — тревожность, утонченную эмоциональность — динамическую стабильность, подчиненность — независимость. Объединение отдельных факторов в целостную структуру происходит по двум принципам: координации, взаимодействия черт на паритетных началах (факторы 1-го порядка) и субординации (по этому принципу происходит взаимодействие факторов 1-го и 2-го порядка). Диаграмма иерархической структуры личности, в которой представлены субординационный и координационный принципы взаимодействия черт (факторов) и образование типа на примере интровертированного типа, изображенная на рис. 13, позволяет понять, как объединяются в единую структуру личности различные уровни, составляющие организацию поведения.



*Диаграмма иерархической структуры личности.*

Айзенк, из работы которого заимствована эта схема и пояснения к ней, выделяет 4 уровня организации поведения. Нижний уровень представлен специфическими реакциями (СР) — это реакции на повседневные события жизни, которые могут быть индивидуально устойчивыми или вариативными. Второй уровень — уровень привычных реакций личности. Эти (ПР) реакции обычно повторяются при схожих ситуациях. На третьем уровне представлены черты (Ч) как структура привычных действий (в данном примере это настойчивость, ригидность, субъективность, робость, раздражительность). Эти черты могут быть названы также группами факторов, так как они получены при применении корреляционного анализа. На четвертом уровне представлен общий тип как структура черт (в данном случае — интроверт).

Помимо интроверсии в число базовых факторов, образующих типы, Айзенк включает нейротицизм (эмоциональная стабильность — нестабильность) и психотизм (тенденция к импульсивности или контролю). В последние десятилетия, начиная с 80-х гг., число базовых факторов расширяется до пяти и наибольшее распространение получает так называемая пятифакторная модель личности, основанная на психометрическом подходе и включающая следующие 5 факторов, представленные в табл. (Голдберг).

**Пятифакторная структура личности**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Название фактора*** | ***Положительный полюс*** | ***Отрицательный полюс*** |
| 1. Экстраверсия | Общительность, напористость, высокая активность | Спокойствие, пассивность, сдержанность |
| 2. Доброжелательность | Доброта, доверчивость, теплота | Враждебность, эгоизм, недоверчивость |
| 3. Добросовестность | Организованность, основательность, надежность | Беззаботность, небрежность, ненадежность |
| 4.Эмоциональная стабильность | Устойчивость, уравновешенность | Нервозность, раздражительность |
| 5. Интеллектуальность | Любознательность, вдохновенность, креативность | Узость интересов, заурядность, ограниченность |

Эти факторы образуют верхний базовый уровень наиболее обобщенных свойств личности, в то же время десятки частных характеристик, представляющих проявления этих базовых свойств в конкретных ситуациях, образуют нижний уровень иерархии. Рассмотрение структуры пяти факторов показывает, что часть из них может быть отнесена к биологически обусловленным (темпераментальным) подструктурам, например 1-й и 4-й факторы, в то время как 2-й и 3-й представляют направленность личности, а 5-й скорее можно отнести к потенциалу личности, ее способностям. Таким образом, рассматривая структуру личности, большинство психологов, как отечественных, так и зарубежных, включают в нее темперамент, способности, характер, направленность, своеобразное сочетание которых создают неповторимость человеческой индивидуальности.

**Методики исследования личности**

Личность является наиболее сложным психическим конструктом, в котором тесно переплетаются множество социальных и биологических факторов. Изменение даже одного из этих факторов существенно отражается на его взаимоотношениях с другими факторами и на личности в целом. С этим связано многообразие подходов к изучению личности - различные аспекты изучения личности исходят из разных концепций, они отличаются методологически соответственно тому, объектом какой науки оказывается исследование личности.

В последние годы значительно возрос интерес к исследованиям личностных особенностей психически больных как в патопсихологии, так и в клинической психиатрии. Это объясняется рядом обстоятельств: во-первых, изменения личности обладают в известной мере нозологической специфичностью и могут быть использованы для решения вопросов дифференциальной диагностики; во-вторых, анализ преморбидных свойств личности может оказаться полезным в установлении возможных причин происхождения ряда заболеваний (и не только психических, но и соматических, например, язвенной болезни, заболеваний сердечно-сосудистой системы); в-третьих, характеристика личностных изменений в течении заболевания обогащает наши представления о его патогенетических механизмах; в-четвертых, учет особенностей личности очень важен для рационального построения комплекса реабилитационных мероприятий.

Учитывая сложность понятия личности, следует сразу же согласиться с тем, что нет какого-либо одного метода ее исследования, каким бы полным и разносторонним он нам ни представлялся, который может дать целостную характеристику личности. С помощью экспериментального исследования мы получаем лишь частичную характеристику личности, которая нас удовлетворяет постольку, поскольку она оценивает определенные личностные проявления, имеющие значение для решения конкретной задачи.

В настоящее время известно множество экспериментально-психологических приемов, методов, методик, направленных на исследование личности.

Не существует даже сколько-нибудь четкой и тем более общепринятой классификации методов, используемых для исследования личности. Нами (В. М. Блейхер, Л. Ф. Бурлачу к, 1978) предложена в качестве условной следующая классификация методов исследования личности:

1) *наблюдение и близкие к нему методы* (изучение биографий, клиническая беседа, анализ субъективного и объективного анамнеза и т. д.);

2) *специальные экспериментальные методы* (моделирование определенных видов деятельности, ситуаций, некоторые аппаратурные методики и т. д.);

3) *личностные опросники* и другие методы, базирующиеся на оценке и самооценке;

4) *проективные методы*.

K. Leonhard (1968) считал наблюдение одним из важнейших методов диагностики личности, отдавая ему предпочтение в сравнении с методиками типа личностных опросников. При этом он придает особое значение возможности наблюдать человека непосредственно, изучать его поведение на работе и в домашней обстановке, в семье, среди друзей и знакомых, в узком кругу и при большом количестве собравшихся. Подчеркивается особенная важность наблюдения над мимикой, жестикуляцией и интонациями обследуемого, являющимися часто более объективными критериями личностных проявлений, чем слова. Наблюдение не должно быть пассивно-созерцательным. В процессе наблюдения патопсихолог анализирует те явления, которые он видит, с точки зрения деятельности больного в определенной ситуации и с этой целью оказывает известное влияние на складывающуюся ситуацию с тем, чтобы стимулировать определенные поведенческие реакции обследуемого. **Наблюдение** - это преднамеренное и целенаправленное восприятие, обусловленное задачей деятельности (М. С. Роговин, 1979). В клинической беседе анализируются особенности биографии больного, присущие ему особенности личностных реакций, его отношение к собственному характеру, особенности поведения обследуемого в конкретных ситуациях. Последние К. Leonhard рассматривал как важнейший методический пункт в анализе личности. М. С. Лебединский (1971) особое внимание в исследовании личности больного уделял изучению дневников и автобиографий, составляемых им по просьбе врача, либо ведущихся и раньше.

Значительные методические и методологические трудности возникают перед патопсихологом в связи с использованием личностных опросников. Личностные характеристики, получаемые в плане самооценки, представляют зйачительный интерес для патопсихолога, однако при этом нередко упускается из виду необходимость сопоставления данных самооценки с показателями, объективно представляющими личность. Из наиболее часто употребляемых личностных опросников только ММРI располагает удовлетворительными оценочными шкалами, позволяющими судить об адекватности самооценки обследуемого. Недостатком конструкции многих личностных опросников следует считать их явную для обследуемого целенаправленность. Это в первую очередь относится к монотематическим опросникам типа шкалы тревоги. Таким образом, информацию, получаемую с помощью личностных опросников, можно адекватно оценить лишь при сравнении ее с данными объективной оценки личности, а также при дополнении ее результатами исследования личности в процессе деятельности, проективными методами. Подбор методик, дополняющих тот или иной личностный опросник, определяется во многом задачей исследования. Например, при изучении «внутренней картины» болезни позиция больного по отношению к своему заболеванию существенно уточняется введением в эксперимент методик типа незаконченных предложений.

Под проективными мы понимаем такие методики опосредованного изучения личности, которые базируются на построении специфической, пластичной ситуации, создающей в силу активности процесса восприятия наиболее благоприятные условия для проявления тенденций, установок, эмоциональных состояний и других особенностей личности (В. М. Блейхер, Л. Ф. Бурлачук, 1976, 1978). E. Т. Соколова (1980) считает, что проективный метод, ориентированный на изучение неосознаваемых или не вполне осознанных форм мотивации, является чуть ли не единственным собственно психологическим методом проникновения в наиболее интимную область человеческой психики. Если большинство психологических приемов, считает Е. Т. Соколова, направлено на изучение того, как и за счет чего достигается объективный характер отражения человеком внешнего мира, то проективные методики ставят своей целью выявление своеобразных <субъективных отклонений>, личностных <интерпретаций>, причем последние далеко не всегда объективны, не всегда, как правило, личностно значимы.

Элементы проективности можно найти в большинстве патопсихологических методов и методик. Более того, есть основания полагать, что беседа с обследуемым, направленная особым образом, может содержать элементы проективности. В частности, это может быть достигнуто при обсуждении с больным тех или иных жизненных коллизий или содержащих глубокий подтекст произведений искусства, явлений общественной жизни.

Патопсихологические методики в аспекте проблемы проективности проанализированы В. Э. Реньге (1976). При этом установлено, что ряд методик (пиктограммы, исследование самооценки, уровень притязаний и др.) имеет в основе неоднозначную для больного стимуляцию и не ограничивает рамки «выбора» ответов. Возможность получения относительно большого количества ответов обследуемого в значительной мере зависит от особенностей проведения патопсихологического эксперимента. Важным фактором при этом является, по В. Э. Реньге, неосознанность обследуемым истинных целей применения методик. Это обстоятельство, например, было учтено в модификации методики TAT H. К. Киященко (1965). В значительной мере принцип проективности присущ методике классификации. В связи с этим следует согласиться с В. Э. Реньге, что не существует методик для исследования только личностных особенностей или только познавательных процессов. Основную роль играет создание возможно более благоприятных условий для актуализации в процессе выполнения задания фактора проек-тивности, что в известной мере определяется не только знаниями, умением психолога, но является и особым искусством.

**Понятие о механизмах психологической защиты**

Понятие психологической защиты обязано своему происхождению психоаналитической теории и ее основателю - З.Фрейду. Впервые оно было введено в 1894 г. С тех пор более 100 лет идея защитного механизма является наиболее часто и продуктивно используемой как в психотерапевтической практике, так и при построении и анализе различных теорий личности. З.Фрейд относил психологические защиты к вторичным психическим процессам, противопоставляя их в определенной степени первичным (воображение, сновидение, грезы).

Первоначальная разработка этой темы связана с изучением генеза невротических симптомов и либидо. Механизмы психологической защиты выступали как средства разрешения конфликта между сознанием и бессознательным. Впоследствии, исходя из разработанной теории личности (Оно, Эго, Супер-Эго), защитные механизмы рассматривались как функции Эго, отвечающие за интеграцию и адаптацию при угрозе целостности личности. По З.Фрейду защитные механизмы являются врожденными; они запускаются в экстремальной ситуации и выполняют функцию "снятия внутреннего конфликта". Дочь З.Фрейда , Анна Фрейд попыталась обобщить и систематизировать знания о МПЗ, накопившиеся к середине 40-х годов 20 века. В базовую концепцию З.Фрейда были внесены определенные коррективы:

 - акцентировалась роль механизмов защиты в разрешении внешних, т.е. социогенных конфликтов:

 - механизмы защиты рассматриваются как продукты развития и научения;

 - формируется представление о том, что набор защитных механизмов индивидуален и характеризует уровень адаптированности личности.

По мнению многих авторов, защитные механизмы имеют следующие общие свойства: они действуют в подсознании, индивид не осознает, что с ним происходит, они отрицают, искажают или фальсифицируют действительность, они действуют в ситуации конфликта, фрустрации, психотравмы, стресса.

Цель психологической защиты - снижение эмоциональной напряженности и предотвращение дезорганизации поведения, сознания и психики в целом. МПЗ обеспечивают регуляцию, направленность поведения, редуцируют тревогу и эмоциональное поведение (Березин Ф.Б., 1988). В этом участвуют все психические функции личности, но каждый раз в качестве МПЗ выступает преимущественно одна из них и берет на себя основную часть работы по преодолению негативных переживаний.

Описано много механизмов психологической защиты. Характеристика основных (наиболее часто встречающихся):

1. *Вытеснение.* Это процесс непроизвольного устранения в бессознательное неприемлемых мыслей, побуждений или чувств. Freud подробно описал защитный механизм мотивированного забывания. Он играет существенную роль в формировании симптомов. Когда действие этого механизма для уменьшения тревожности оказывается недостаточным, подключаются другие защитные механизмы, позволяющие вытесненному материалу осознаваться в искаженном виде. Наиболее широко известны две комбинации защитных механизмов: а) вытеснение + смещение. Эта комбинация способствует возникновению фобических реакций. Например, навязчивый страх матери, что маленькая дочка заболеет тяжелой болезнью, представляет собой защиту против враждебности к ребенку, сочетающую механизмы вытеснения и смещения; б) вытеснение + конверсия (соматическая символизация). Эта комбинация образует основу истерических реакций.

2. *Регрессия*. Посредством этого механизма осуществляется неосознанное нисхождение на более ранний уровень приспособления, позволяющий удовлетворять желания. Регрессия может быть частичной, полной или символической. Большинство эмоциональных проблем имеют регрессивные черты. В норме регрессия проявляется в играх, в реакциях на неприятные события (например, при рождении второго ребенка малыш первенец перестает пользоваться туалетом, начинает просить соску и т.п.), в ситуациях повышенной ответственности, при заболеваниях (больной требует повышенного внимания и опеки). В патологических формах регрессия проявляется при психических болезнях, особенно при шизофрении.

3. *Проекция.* Это механизм отнесения к другому лицу или объекту мыслей, чувств, мотивов и желаний, которые на сознательном уровне индивид у себя отвергает. Нечеткие формы проекции проявляются в повседневной жизни. Многие из нас совершенно некритичны к своим недостаткам и с легкостью замечают их только у других. Мы склонны винить окружающих в собственных бедах. Проекция бывает и вредоносной, потому что приводит к ошибочной интерпретации реальности. Этот механизм часто срабатывает у незрелых и ранимых личностей. В случаях патологии проекция приводит к галлюцинациям и бреду, когда теряется способность отличать фантазии от реальности.

4. *Интроекция.* Это символическая интернализация (включение в себя) человека или объекта. Действие механизма противоположно проекции. Интроекция выполняет очень важную роль в раннем развитии личности, поскольку на ее основе усваиваются родительские ценности и идеалы. Механизм актуализируется во время траура, при потере близкого человека. С помощью интроекции устраняются различия между объектами любви и собственной личностью. Порой вместо озлобленности или агрессии по отношению к другим людям уничижительные побуждения превращаются в самокритику, самообесценивание, потому что произошла интроекция обвиняемого. Такое часто встречается при депрессии.

5. *Рационализация.* Это защитный механизм, оправдывающий мысли, чувства, поведение, которые на самом деле неприемлемы. Рационализация - самый распространенный механизм психологической защиты, потому что наше поведение определяется множеством факторов, и когда мы объясняем его наиболее приемлемыми для себя мотивами, то рационализируем. Бессознательный механизм рационализации не следует смешивать с преднамеренными ложью, обманом или притворством. Рационализация помогает сохранять самоуважение, избежать ответственности и вины. В любой рационализации имеется хотя бы минимальное количество правды, однако в ней больше самообмана, поэтому она и опасна.

6. *Интеллектуализация.* Этот защитный механизм предполагает преувеличенное использование интеллектуальных ресурсов в целях устранения эмоциональных переживаний и чувств. Интеллектуализация тесно связана с рационализацией и подменяет переживание чувств размышлениями о них (например, вместо реальной любви - разговоры о любви).

7. *Компенсация*. Это бессознательная попытка преодоления реальных и воображаемых недостатков. Компенсаторное поведение универсально, поскольку достижение статуса является важной потребностью почти всех людей. Компенсация может быть социально приемлемой (слепой становится знаменитым музыкантом) и неприемлемой (компенсация низкого роста - стремлением к власти и агрессивностью; компенсация инвалидности - грубостью и конфликтностью). Еще выделяют прямую компенсацию (стремление к успеху в заведомо проигрышной области) и косвенную компенсацию (стремление утвердить себя в другой сфере).

8. *Реактивное формирование*. Этот защитный механизм подменяет неприемлемые для осознания побуждения гипертрофированными, противоположными тенденциями. Защита носит двуступенчатый характер. Сначала вытесняется неприемлемое желание, а затем усиливается его антитеза. Например, преувеличенная опека может маскировать чувство от-вержения, преувеличенное слащавое и вежливое поведение может скрывать враждебность и т.п.

9. *Отрицание.* Это механизм отвержения мыслей, чувств, желаний, потребностей или реальности, которые неприемлемы на сознательном уровне. Поведение таково, словно проблемы не существует. Примитивный механизм отрицания в большей мере характерен для детей (если спрятать голову под одеялом, то реальность перестанет существовать). Взрослые часто используют отрицание в случаях кризисных ситуаций (неизлечимая болезнь, приближение смерти, потеря близкого человека и т.п.).

10. *Замещение( смещение)*. Это механизм направления эмоций от одного объекта к более приемлемой замене. Например, смещение агрессивных чувств от работодателя на членов семьи или другие объекты. Смещение проявляется при фобических реакциях, когда тревожность от скрытого в бессознательном конфликта переносится на внешний объект.

 **Психодиагностическая система Келлермана – Плутчика**

Эти исследователи при изучении связи между эмоциями и диагностическими диспозициями исходили из того, что базовый (основной) диагноз, называемый диспозицией, является унаследованным и каждая из личностных диспозиций связана как с определенной эмоцией, так и с определенным защитным механизмом. Вместе они образуют систему структурированную таким образом, что соседние секторы обозначают сходные диспозиции, например мания и истерия, а противолежащие -противоположные, например мания и депрессия.

Связь между личностными чертами, расстройствами личности и механизмами психологической защиты представлены в табл. 1.

Таблица 1. Предполагаемые взаимосвязи личностных черт, расстройств личности и механизмов защиты

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Личностные черты** | **Расстройства личности** | **Ведущая эмоция** | **Механизмы** |
| 1.Робкий2.Агрессивный3.Общительный4.Унылый5.Доверяющий6.Подозрительный7.Контролирующий8.Бесконтрольный | 1.Пассивно-агрессивный пассивный тип2.Пассивно-агрессивный агрессивный тип3.Маниакальный тип4.Депрессивный тип5.Истероидный тип6.Параноидный тип7.Обсессивно-компульсивный тип8.Психопатический тип | 1.Страх2.Гнев3.Радость4.Печаль5.Принятие (уверенность)6.Отвращение7.Ожидание8.Удивление | 1.Вытеснение2.Замещение3.Реактивные образования4.Компенсация5.Отрицание6.Проекция7.Интеллектуализация8.Регрессия |

 **Диспозиция мании.** Личность этого типа насыщена энергией, ее цель участвовать во всевозможных мероприятиях и проектах. Для нее характерно хорошее отношение к людям, дружелюбие, общительность и гипертрофированная социабельность: преобладающая эмоция - радость, врожденная потребность к избытку приятных стимулов - гедонизм. Защитным механизмом являются реактивные образования (формирования реакций), его целью является только управление поведением. Супер-Эго подавляет привлекательность приятных стимулов, особенно это касается объектов, влечение к которым социально неодобряемо.

**Диспозиция истерии.** Характерны большая внушаемость, отсутствие критичности, селективное невнимание. преобладающий тип защиты - отрицание. Эмоция принятия и защита отрицанием, являющиеся элементами истерического функционирования, позволяют этому типу идеализировать объект реагирования (например, истерики часто влюбляются, эмоционально незрелая жизненная позиция сводится к полному совпадению собственного "Я" и ролевой позиции).

**Агрессивная диспозиция.** Поведение прямо противоположно поведению пассивного типа. Основная эмоция - гнев (раздражение), основная защита - замещение, служащая для управления гневом агрессией. При отсутствии этого механизма такая личность напрямую выражала бы свою агрессивность, что привело бы к возникновению серьезных конфликтов. Этот механизм позволяет направить реакцию агрессии на более безопасный объект.

**Диспозиция психопатии.** Противоположность обсцессивной диспозиции. Выражена потребность оставаться во вне подконтрольном состоянии и необходимость которого выражения своих импульсов. Защита регрессией даст возможность такой личности для постоянной разрядки импульсов возвращаясь, время от времени, к более или менее новым моделям удовлетворения потребностей. Личность этого типа стимулируется чем-либо избыточным из внешней среды, чтобы нейтрализовать внутренний эмоциональный "паралич" и чувство оцепенения который возвращает ее к детской незащищенности, а также сама способна неосознанно провоцировать конфликтные ситуации с целью получить этот избыток стимулов. Основная эмоция - удивление.

**Депрессивная диспозиция.** Личность такого типа все время страдает из-за утраты воображаемого объекта и потери самоуважения. Основная эмоция - печаль. Основной способ защиты - компенсация, направленная на избегание чувства депрессии, компенсация особенно эффективна для поддержания.

**Параноидальная диспозиция.** Отсутствие внушаемости, высокая критичность. Преобладающие эмоции- отвращения и неприятия. Проекция. Такая личность, ощущая свою неполноценность, защищается проекцией, которая позволяет ей это не замечать. Окружающий мир- объект критики.

**Пассивная диспозиция** - инертность, пассивность, избегание, отшельничество, уход в себя, безинициативность, склонность быть зависимым от кого-либо. Страх и подавление (вытеснение).

**Обсессивная диспозиция** - стремление контролировать. Защита- интеллектуализация, рационализация и сублимация. Отчуждение от инстинктов и эмоций. Совестливость, опрятность, стремление придерживаться середины, педантичность. Неспособность разгадывать человеческие эмоции- скрытая тревога потерять контроль.



**Понятие о проективных методах исследования**

Проективный метод — один из методов исследования личности. Основан на выявлении проекций в данных эксперимента с последующей интерпретацией. Проективный метод характеризуется созданием экспериментальной ситуации, допускающей множественность возможных интерпретаций при восприятии ее испытуемыми. За каждой такой интерпретацией вырисовывается уникальная система личностных смыслов и особенностей когнитивного стиля субъекта.

Проективные методики представляют собой специальную технику клинико-экспериментального исследования тех особенностей личности, которые наименее доступны непосредственному наблюдению или опросу. Термин «проективные» был впервые использован Л. Френком в 1939 г. для объединения уже известных к тому времени, но, казалось бы, таких чрезвычайно далеких друг от друга методических приемов, как ассоциативный тест Юнга, тест Роршаха, ТАТ и других. Выделив некоторые формальные признаки, присущие большинству проективных методик, Френк попытался дать им классификацию; с некоторыми дополнениями эта классификация принимается и в настоящее время. Различают следующие группы проективных методик.

* Методики структурирования: тест чернильных пятен Роршаха, тест облаков, тест трехмерной проекции.
* Методики конструирования: MAPS, тест мира и его разнообразные модификации.
* Методики интерпретации: ТАТ, тест фрустрации Розенцвейга, тест Сонди.
* Методики дополнения: неоконченные предложения, неоконченные рассказы, ассоциативный тест Юнга.
* Методики катарзиса: психодрама, проективная игра.
* Методики изучения экспрессии: анализ почерка, особенностей речевого общения, миокинетическая методика Мира – и – Лопеца.
* Методики изучения продуктов творчества: тест рисования фигуры человека (варианты Гуденау и Маховер), тест рисования дерева К. Коха, тест рисования дома, рисунок пальцем и т. д.

Все перечисленные методики, по Френку, объединяет способность отражать как на экране наиболее существенные аспекты личности в их взаимозависимости и целостности функционирования. Эти методики характеризует также общность формального построения и сходство в стратегии проективного эксперимента: поведении психолога-исследователя, подборе стимульного материала, постановке диагностических задач.

Принято говорить о следующих отличительных признаках проективных методик:

1) так называемая неопределенность стимульного материала или инструкции к заданию, благодаря чему испытуемый обладает относительной свободой в выборе ответа или тактики поведения;

2) деятельность испытуемого протекает в атмосфере доброжелательности и при полном отсутствии оценочного отношения со стороны экспериментатора. Этот момент, а также то, что испытуемый обычно не знает, что в его ответах диагностически значимо, приводят к максимальной проекции личности, не ограничиваемой социальными нормами, оценками;

3) проективные методики измеряют не ту или иную психическую функцию, а своего рода модус личности в ее взаимоотношениях с социальным окружением.

Основные принципы проективного исследования сложились в борьбе, с одной стороны, с традиционной экспериментальной психологией, «стерилизовавшей» условия эксперимента в целях достижения максимальной объективности, с другой стороны – с тестовыми психометрическими исследованиями, игнорировавшими индивидуальные особенности личности и способы достижения тех или иных результатов. В определенном смысле принцип построения проективного эксперимента близок принципу «функциональной пробы», развиваемому в отечественной психологии, согласно которому эксперимент моделирует «не только умственные операции больного, но и его личностное отношение».

Преимущественное использование проективных методик для изучения неосознаваемых форм психической деятельности объясняется спецификой клинических и параклинических задач, решаемых с их помощью. Как известно, эти методики создавались для клинических целей и в своих классических вариантах используются главным образом в клинике неврозов. Однако в отличие от отечественной в зарубежной психологии термин «клинические методы» не имеет специфического значения; он указывает прежде всего, что исследование ориентировано на выявление индивидуальных, «уникальных» способов адаптации личности к социальному окружению и себе самой. Проективные методы являются клиническими именно в этом смысле: специально подобранная батарея методик способна ответить на такие важные вопросы, как стиль взаимоотношения личности с другими людьми (конформность, лидерство, авторитарность, демократизм и т. д.); ее ведущие мотивы и пути их реализации, степень гармоничности или конфликтности аффективной сферы, средства разрешения внутренних и внешних конфликтов; самооценка, мера ее осознанности, адекватности, гибкости и т. д. Бесспорно, что богатством получаемого материала проективные методики выгодно отличаются от других более популярных в общепсихологических исследованиях методов, например опросников. Вместе с тем такие широко известные методики, как ТАТ или тест Роршаха в своих оригинальных вариантах чрезвычайно сложны и громоздки, предполагают высокий уровень мастерства экспериментатора и одновременно не свободны от его субъективизма при интерпретации результатов.

Так, общепринятым является мнение о недостаточной объективности проективной техники; при этом ссылаются на многочисленные наблюдения и эксперименты, доказывающие влияние на тестовые результаты таких факторов, как пол экспериментатора, ситуативные установки и переживания испытуемого, атмосфера исследования. Для целого ряда проективных методик отсутствуют нормативные данные; более того, некоторыми исследователями оспаривается принципиальная возможность их существования для подобного рода «идеографических» методов. Чрезвычайно важным и, до сих пор дискуссионным остается вопрос о стандартизированности проективных методик. Остановимся на нем подробнее. В отличие от тестов интеллекта или способностей при проективном испытании практически невозможно полностью унифицировать и стандартизовать не только анализ и интерпретацию результатов, но даже и саму процедуру исследования. Ведь совершенно различно поведение экспериментатора с робким, сензитивным или спокойным, уверенным субъектом, с таким, который открыт, активно ищет помощи, или с тем, кто «защищается» при малейших попытках проникнуть в его внутренний мир. Хотя в любом капитальном руководстве и описываются наиболее распространенные стратегии поведения экспериментатора, они, конечно же, не охватывают всего многообразия конкретных случаев. К тому же жесткая формализация и стандартизация, как указывает ряд исследователей, противоречила бы самому духу проективной техники и была бы не оправдана. Сошлемся в связи с этим на высказывание Лоуренса Френка, одного из крупнейших теоретиков в этой области: «...нельзя надеяться, что стандартизованная процедура сможет широко осветить индивидуальную личность как уникальную индивидуальность. Она также не сможет способствовать проникновению в динамические процессы личности». И, тем не менее, исследования по стандартизации проективных методик необходимы, так как без них затруднительна оценка валидности и надежности последних. Анализируя обширную и весьма противоречивую литературу, можно заключить, что согласно традиционным способам оценки проективные методики имеют средние показатели валидности и надежности.

**Симптоматические опросники, цель и задачи их применения**

В современных условиях понимание результатов автоматизированных симптоматических опросников необходимо для любого измерения и сокращения вероятности ошибочной характеристики. Давая охарактеризовать психологические свойства, симптоматические опросники представляются надежным эффективным методом диагностики. В принципе, все возможные отрасли работы с опросами можно поделить на многофакторные и специализированные.

Виды симптоматических опросников.

* Опросник MМPI,
* Методика МПВ Л.Сонди,
* Тест Спилбергера-Ханина,
* Тест Басса-Дарки,
* Опросник МBTI.

К самым доступным и часто используемым симптоматическим опросникам относятся полифакторные опросники МMPI II и Р.Б.Кеттела. Этими симптоматическими опросниками желательно воспользоваться при необходимости потокового тестирования или моментальной диагностики респондента. Существуют и узконаправленные симптоматические опросники, как правило ориентированные на оценку только нужных психологических составляющих отвечающего.

Опора на работу с обеими группами значительно расширяет возможности, что в практической деятельности может пригодиться.

К такому типу относятся, скажем, методики: К.Леонгарда, Дж.Голанда, М.Рокича-Швартца, ДМO Лери, KОT и др. Далее в базе собранны как специальные, так и базисные симптоматические опросники для практической работы в бумажных и программных формах.

 **Симптоматический опросник (SCL-90-R)**

В отечественной клинической психологии не так уж и много хороших инструментов диагностики психических отклонений. SCL-90-R, как раз пример такой хорошей методики, доказавшей свою эффективность в многочисленных исследованиях и ставшей незаменимым инструментом клинической диагностики.

**Полное название опросника:**

SCL-90-R(Simptom Check List-90-Revised) / Опросник выраженности психопатологической симптоматики

**Автор опросника:** Derogatis

**Год создания:** 1974

**Теоретическая основа**

В качестве основы для методики использовались пункты HSCL (Hopkins Symptom Checklist), для пяти симптоматических категорий. Часть вопросов были исключены, а также добавлены 45 новых, которые образовали 4 новые шкалы теста.

**Описание методики**

Содержит 90 пунктов. Каждый пункт необходимо оценить по пятибалльной шкале (0-совсем нет; 4-очень сильно).

**Цель применения опросника:**

Предназначена для оценки психологического симптомотического статуса испытуемой нормативной группы и психиатрических пациентов.

**Ограничения методики**

В методике нет дополнительной шкалы лжи, оценивающей валидность полученных данных, поэтому она должна проводиться при полном доверии к процедуре тестирования со стороны испытуемого. Кроме того тест является способом выявления актуального психологического симптоматического статуса и не предназначен для изучения личности.

**Валидность и надежность**

Ретестовая надежность рассчитана на группе состоящей из 90 психиатрических пациентов с интервалом в одну неделю. Коэффициент ретестовой надежности для них находится в интервале от 0,8 до 0,9. Конструктная конвергентная валидность для опросника была рассчитана на основе шкал MMPI. Шкалы SCL обнаружили достоверные корреляции с соответствующими группами MMPI, за исключением обсессивно-компульсивных симптомов.

**Структура опросника**

В состав опросника входят 9 шкал:

1. Шкала Соматизации (SOM). Дистресс связанный с ощущениями телесной функции, с жалобами на функционирование различных систем организма, жалобы на различные виды боли, дискомфорт общей мускулатуры, а также соматические проявления тревоги.
2. Шкала Межличностной сенсензитивности (INT). Определяется ощущением собственной неполноценности, особенно при сравнении с окружающими. Значение также имеет склонность к самоосуждению, дискомфорт и тревога при общении с другими людьми, а также негативные ожидания относительного интерперсонального взаимодействия.
3. Шкала Обсессивно-компульсивных расстройств (O-C). Эквивалентно клиническому обсессивно-компульсивному синдрому. Пункты связаны с действиями и мыслями переживаемыми как непреодолимые и чуждыми «Я» (! прим. при ОКР, обессивные мысли все же должны восприниматься скорее как собственные, а не чуждые).
4. Шкала Депрессии (DEP). Шкала связана с широким спектром симптомов возникающих при клинической депрессии (дисфория, аффект, отсутствие интереса к жизни, сниженная мотивация, суицидальные мысли и т.д.).
5. Шкала Тревожности (ANX). Общие признаки манифестации тревожности — напряжение, дрожь,, приступы паники, ощущение насилия, чувства опасности и страха, а также некоторые соматические проявления тревожности.
6. Шкала Враждебности (HOS). Мысли и чувства являющиеся проявлением негативного аффективного состояния злости. Враждебность в шкале связана с проявлениями агрессии, гнева, негодования и раздражительности
7. Шкала Фобической тревожности (PHOB). Стойкая выраженная реакция страха на фиксированные объекты (люди, места, ситуации), иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу, приводщая к избегающему поведению.
8. Шкала Паранойяльной симптоматики (PAR). Шкала связана с паранойяльными нарушениями мышления и поведения. Пункты теста связаны с проявлениями враждебности, напыщенности, подозрительности, страхом потери независимости.
9. Шкала Психотизма (PSY). Пункты шкалы связаны с шизоидным стилем жизни, а также некоторыми симптомами шизофрении. Шкала представляет собой континуум от межличностной изоляции до очевидного психотизма.
10. Шкала Дополнительных вопросов (PSY). Семь вопросов входящие в состав шкалы не образуют самостоятельной симптомотической группы. Они участвуют в общей обработке данных теста и являются клиническими, а не статистическими критериями.

**Индексы**

В тесте дополнительно рассчитываются три показателя — индексы дистресса:

1. Индекс степени выраженности симптоматики (GSI). Отражает текущую глубину расстройства. Несет информацию о количестве симптомов и интенсивности переживаемого дистресса.;
2. Индекс наличия симптоматического дистресса (PSDI). Отражает тип реагирования связанный м приуменьшением или приувеличением степени дистресса при ответе на вопросы.
3. Индекс общего числа положительных ответов (PST). Отражает общее число пунктов на которые дал положительные ответы. Интерпретируется вместе с другим индексами.

**Адаптация методики в России**

Русский вариант методики адаптирован Тарабриной Н.В. в рамках исследования лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН

**Шкалы диагностики степени выраженности отдельных синдромов (Гамильтона, Бэка, Спилбергера)**

**Опросник депрессии Бэка**

Опросник депрессии Бека является одной из первых шкал, разработанных для качественной и количественной оценки депрессии, его валидность (надежность) подтверждена многочисленными испытаниями. Благодаря своей простоте он позволяет при желании фальсифицировать результаты, поэтому здесь он размещён только в качестве информационного. При этом стоит помнить, что существует маскированная депрессия - которая не ведет к снижению настроения, но проявляется преимущественно в телесном неблагополучии и психосоматических заболеваниях.

**Оценка результатов**

Считается, что испытуемый страдает депрессией, если он набрал более 25 баллов. Результат менее 10 баллов говорит об отсутствии депрессивных тенденций и хорошем эмоциональном состоянии испытуемого. Промежуточную группу составляют испытуемые с легким уровнем депрессии ситуативного или невротического генеза.

В любом случае, интерпретируя результаты опросника необходимо помнить о том, что состояние депрессии устанавливается специалистом в результате обследования и подробной клинической беседы, а результаты опросника могут дать лишь предварительное и приближенное представление о состоянии испытуемого.

При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем категориям.

0-9 – отсутствие депрессивных симптомов

10-15 – легкая депрессия (субдепрессия)

16-19 – умеренная депрессия

20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести)

30-63 – тяжелая депрессия

Градуально оценивается выраженность 21 симптома депрессии.

Пункты 1-13 – когнитивно-аффективная субшкала (C-A)

Пункты 14-21 – субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)

**Шкала Гамильтона для оценки тревоги**

По каждому пункту необходимо выбрать значение, наиболее соответствующее степени выраженности симптомов:

• 0 — отсутствует,

• 1 — в слабой степени,

• 2 — в умеренной степени,

• 3 — в тяжелой степени,

• 4 — в очень тяжелой степени.

**Оценка:**

0—7 — отсутствие тревожного состояния;

8-19 — симптомы тревоги;

20 и выше — тревожное состояние;

25—27 — паническое расстройство.

**Исследование тревожности (Ч.Д.Спилбергер, адаптация Ю.Л.Ханин)**

**Назначение теста**

Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности – это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Данный опросник позволяет дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние.

**Обработка и анализ результатов теста**

При анализе результатов самооценки тревожности надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной).

При интерпретации показателей можно использовать следующие ориентировочные оценки тревожности:

до 30 баллов – низкая,

31 – 44 балла – умеренная;

45 и более – высокая.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам.

Для низкотревожных людей, напротив, требуется пробуждение активности, подчеркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, высвечивание чувства ответственности в решении тех или иных задач.

## 2.9. Организация работы клинического психолога

В соответствии с современной концепцией организации психологической помощи в здравоохранении, клинический психолог — это специалист с базовым высшим психологическим образованием, получивший дополнительное образование по клинической психологии.

Положения о клиническом психологе и ряд других документов, использование которых необходимо для практической организации психологической помощи в учреждениях здравоохранения, утверждены приказом Минздрава России от 30.10.95 г. №294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» и Приказом Минздрава России от 26.11.96 г. № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь».

Ниже представлены рекомендации по организации работы клинического психолога в психотерапевтическом кабинете, психоневрологическом диспансере, психотерапевтическом отделении, а также в других подразделениях психотерапевтической и психиатрической служб.

Клинический психолог работает в тесном содружестве с врачом-психиатром и врачом-психотерапевтом, другими специалистами бригады, осуществляющими оказание психотерапевтической и психиатрической помощи. Он самостоятельно проводит необходимые консультативно-диагностические, психодиагностические, психокоррекционные мероприятия в лечебных, реабилитационных, психопрофилактических и психогигиенических программах для пациентов с реакциями дезадаптации, стресса, неврозов (F40-F48) и других непсихотических и психосоматических расстройств. Совместно с лечащим врачом (психиатром, психотерапевтом, интернистом), в качестве консультанта или сотрудника терапевтической бригады, клинический психолог принимает участие в лечении и реабилитации больных с психическими и соматическими расстройствами в стадии ремиссии и с другой патологией, в развитии которой существенную роль играют психосоциальные факторы.

Различия в контингентах обслуживаемых пациентов влияют на содержание индивидуальных психотерапевтических, психопрофилактических и реабилитационных программ, средние сроки лечения и планирование работы психотерапевтического учреждения (подразделения) предполагают преимущественное применение тех или иных психотерапевтических методов.

Консультативно-диагностические мероприятия проводят по направлению врача-психиатра или врача-психотерапевта в случаях первичного обращения пациентов в психотерапевтический кабинет или другое психотерапевтическое подразделение. В ряде случаев клинический психолог является первичным консультантом и на этом этапе общения с пациентом осуществляет первичную психодиагностическую работу. Особое значение консультативно-диагностическая функция клинического психолога приобретает в детских поликлиниках, психологических реабилитационных центрах. Здесь клинический психолог, с использованием его специальной подготовки, рекомендует дальнейшее ведение пациента врачом-специалистом (детским психиатром, детским неврологом). При обращении за психологической помощью людей с психологическими проблемами без признаков патологии клинический психолог может осуществлять функцию куратора по отношению к клиенту.

При уточнении показаний и противопоказаний для самостоятельного ведения пациента клинический психолог по согласованию с врачом-психиатром или врачом-психотерапевтом составляет и реализует индивидуальную психокоррекционную программу. При необходимости врач-психотерапевт поручает клиническому психологу проведение патопсихологического обследования для обеспечения дифференциальной клинической диагностики, приглашает соответствующих специалистов-консультантов. По окончании консультативно-диагностических и первоочередных терапевтических мероприятий клинический психолог дает психологическую оценку состояния пациента, производит разработку психологической составляющей функционального диагноза.

При выполнении психодиагностических мероприятий клинический психолог руководствуется задачами, поставленными лечащим врачом, или собственными целями и планами реализации индивидуальной лечебной и реабилитационной программы.

Психокоррекционная работа клинического психолога проводится по индивидуальному плану. На начальных этапах ведения пациента большое значение имеет создание психотерапевтического контакта, атмосферы доверия со стороны пациента. Психотерапевтическая программа составляется для достижения лечебного эффекта в оптимальные сроки. Для этого используют методы индивидуальной, семейной, групповой психотерапии, мероприятия по созданию психотерапевтической среды и (или) терапевтического поля. Проведение отдельных психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий клинический психолог осуществляет совместно с другими сотрудниками психотерапевтического кабинета или отделения — специалистом по социальной работе (социальным работником), методистом по арттерапии, инструктором по трудовой терапии. В сотрудничестве с ними клинический психолог использует методические и нормативные документы, в частности, методические рекомендации о сотрудничестве врача-психотерапевта и клинического (медицинского) психолога, утвержденные Приказом Минздрава России от 26.11.96 г. № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь» (Приложение 3), а также рекомендации лечащего врача — руководителя бригады.

В ходе реабилитационной работы клинический психолог ведет группы суппортивной (поддерживающей) психотерапии, проводит заседания клуба бывших пациентов, осуществляет периодические консультации с семьей пациента, проводит различные виды тренинга, принимает участие в работе социального работника, по поручению врача участвует в проведении других социально-реабилитационных мероприятий (терапия средой, терапия занятостью, решение социальных вопросов и др.).

Учитывая высокую эффективность использования психологических и психотерапевтических методов при осуществлении мероприятий первичной, вторичной и третичной психопрофилактики, клинический психолог принимает также участие в проведении психопрофилактических мероприятий. Это особенно необходимо при проведении первичной профилактики применительно к психически здоровым людям: работа со средствами массовой информации по пропаганде здорового образа жизни и достижений психотерапии и психологического консультирования; формирование современного имиджа психотерапевтических учреждений; встречи клинических психологов и специалистов по социальной работе с населением; лекции и беседы на предприятиях и в медицинских учреждениях; издание популярной литературы. Важным направлением деятельности учреждений психотерапевтического и психиатрического профиля по первичной профилактике психических расстройств является активная методическая и практическая работа с врачами всех специальностей по ознакомлению с основами психотерапии. Контакты с лечебно-профилактическими учреждениями позволяют своевременно выявлять больных с психическими расстройствами, которые обращаются в территориальные поликлиники. Важной стороной этого сотрудничества является проведение психопрофилактических мероприятий с самими медицинскими работниками для повышения уровня их психологических знаний, предотвращения конфликтов с пациентами и их родственниками, профилактики так называемой профессиональной деформации («синдрома эмоционального сгорания»).

Необходимо создание в психотерапевтических учреждениях условий для обращения за помощью психически здоровых лиц с психологическими проблемами. Для этой цели можно использовать группы личностного роста, семинары и тренинги, развивающие практические и коммуникативные умения. Привлечение указанных лиц благотворно влияет на имидж учреждений психиатрической и психотерапевтической помощи, снижает «порог обращаемости» населения на территории обслуживания, увеличивает вероятность ранней обращаемости страдающих психическими расстройствами.

**Составление заключения по результатам патопсихологического эксперимента**

Подбор методик и вся программа исследования зависят от клинической задачи. Это означает, что, в зависимости от того, нужно ли установить эффективность терапии при исследовании больных с заведомо ясной этиологией либо получить дополнительные данные при разграничении разных заболеваний (например, шизофрении от последствий энцефалита, болезни Альцгеймера от атеросклеротического слабоумия, реактивного состояния от шизофрении и т.д.), экспериментальное исследование строится по-разному.

Подобно тому, как нет и не может быть стереотипного построения исследования, стереотипного подбора методик, не может быть и стандарта в составлении заключения. Каждое заключение составляется обычно как ответ на поставленный клиникой вопрос. Оно не может быть понято и не должно рассматриваться вне этого клинического вопроса, вне истории болезни и задачи исследования.

После того как применение нескольких экспериментальных приемов позволяет (с большей или меньшей степенью убедительности) ответить на поставленный вопрос, т. е. после анализа полученных экспериментальных данных, составляется заключение. Может быть дана некоторая внешняя форма или схема таких заключений, но основная часть содержания заключений не поддается никакой унификации, она всегда пишется как ответ на конкретный вопрос.

**Схема написания заключения**

Вначале в одной или двух фразах описываются жалобы больного на состояние умственной работоспособности, памяти, внимания, утомляемости, но отнюдь не жалобы на состояние здоровья в целом. Такое ограничение возникает по следующим причинам.

Поскольку экспериментальное исследование проводится не лечащим врачом, а сотрудником психологической лаборатории или кабинета, он (даже если он и является сам тоже врачом-психиатром) не должен вмешиваться в тактику лечащего врача, не должен подменять его в беседе.

Поэтому исследование в целом мотивируется для относительно сознательных больных как исследование их памяти, внимания, умственной работоспособности. Из этого не следует, конечно, что психолог этим ограничивается; он исследует, разумеется, и мышление, и личностную сферу, т.е. критичность больного и внутреннюю картину болезни в целом. Но поскольку с самого начала больному объявляют, что цель исследования – проверка памяти и внимания, то и расспрос ведется главным образом в отношении памяти, внимания, работоспособности. Однако даже эти жалобы в сопоставлении с последующим фактическим исследованием интеллектуальной деятельности больного дают очень ценный материал для представления о критичности больного, его самооценке и сознании болезни.

Если же больной, не обращая внимания на вопросы экспериментатора, начинает жаловаться ему на боли в ногах, в сердце или излагать какие-либо бредовые идеи, в заключении эти жалобы опускаются. Нередко бывает, что больной сообщает психологу какие-либо заслуживающие внимания, но не отраженные в истории болезни, т. е. неизвестные лечащему врачу, данные. Эти факты необходимо, конечно, сообщить врачу, но не следует вносить их в заключение. Последнее замечание адресовано не психиатрам, а сотрудникам лаборатории, имеющим психологическое, дефектологическое или педагогическое образование. Их иногда соблазняет возможность дополнить, расширить клинические данные лечащего врача. Такие дополнения могут быть ценными, но вносить их в заключение по экспериментальному исследованию не следует.

Следующая часть заключения (также очень краткая) представляет собой описательную характеристику того, как больной работал, т. е. как он выполнял задания – старательно или неохотно, проявлял ли заинтересованность в достижении правильных решений, мог ли критически оценить свои успехи. Об этом психолог судит по тому, старался ли больной исправлять свои ошибки, если замечал их, огорчался ли, замечая свои неудачи, выражал ли желание довести начатую работу до конца или предпочитал от нее отказаться, принимал ли незаслуженную похвалу. У больных-учащихся можно иногда даже спросить о том, какую оценку они бы считали справедливым получить за тот или иной вид работы. Все эти данные, характеризующие отношение больного к факту обследования его умственных способностей и к качеству своих действий, могут быть выражены в одной-двух фразах, но они составляют важную часть заключения, так как дают материал для суждения о личности больного. Эту часть заключения, хотя она и имеет форму описания и обозначается в устной речи как микростатус, как статус за столом экспериментатора, не следует рассматривать как внеэкспериментальную. Она является материалом естественного эксперимента, каким в целом представляется ситуация проверки умственных способностей человека. Чем сохраннее личность, тем обычно глубже выражена эмоциональная реакция на исследование в целом. У психопатов она принимает иногда утрированный характер. Безучастное отношение к факту исследования наблюдается при глубоком распаде личности либо при очень глубокой депрессии.

Третья, наиболее содержательная часть заключения должна ответить на конкретный вопрос клиники. Она пишется в виде отдельных положений, доказываемых или хотя бы иллюстрируемых экспериментальными данными, полученными с помощью разных методик. Таким образом, эту часть заключения нецелесообразно писать ни по отдельным методикам, ни по психическим процессам (мышление, память и т.д.).

Иногда возникает сомнение в необходимости конкретных иллюстраций, примеров или фактических экспериментальных данных и заключений. Необходимо, конечно, очень скупо подбирать всякие доказательства из большого количества экспериментальных данных, нужно научиться кратко их формулировать, но приводить их в заключении на данном этапе необходимо.

В конце заключения резюмируются наиболее важные данные, полученные при исследовании. Эта концовка ни в коем случае не должна содержать суждения о диагнозе, так как диагноз может быть лишь итогом общего клинического изучения больного. Но в то же время концовка, несомненно, содержит данные, имеющие диагностическое значение. Так, например, если на первый план в этом итоге заключения выступает разноплановость мышления и неадекватная эмоциональная реакция на исследование, такой итог более типичен для шизофрении. Если же на первый план в резюме выносится ослабление памяти и внимания, утомляемость при правильности суждений и содержательности ассоциаций, то такой итог более типичен для органического заболевания, чем для шизофрении.

**Психосоциальная реабилитация**

В докладе Всемирной Организации Здравоохранения, посвященном состоянию психического здоровья (2001 г.), сказано: ***«Психосоциальная реабилитация – это процесс, который дает возможность людям с ослабленным здоровьем или инвалидам в результате психических расстройств достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе.***

К этому определению добавим, что это постоянный, непрерывный процесс, который включает комплекс медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических и профессиональных мер.

Мероприятия по психосоциальной реабилитации меняются в зависимости от потребностей пациентов, места, где проводятся реабилитационные   вмешательства (больница или общество), а также от культурных и социально-экономических условий страны, в которой живут психически больные люди. Но основу этих мероприятий, как правило, составляют:

* трудовая реабилитация;
* трудоустройство;
* профессиональная подготовка и переподготовка;
* социальная поддержка;
* обеспечение достойных жилищных условий;
* образование;
* психиатрическое просвещение, в том числе обучение тому, как управлять болезненными симптомами;
* приобретение и восстановление навыков общения;
* приобретение навыков независимой жизни;
* реализация увлечений и досуга, духовных потребностей.

Таким образом, даже из неполного перечня перечисленных мероприятий видно, что психосоциальная реабилитация психически больных – это всеобъемлющий процесс, направленный на восстановление и развитие разных сфер жизни человека.

В последнее время интерес ученых, практических работников, самих пациентов и членов их семей к психосоциальной реабилитации возрос. В настоящее время существует большое число моделей психосоциальной реабилитации и взглядов на методы ее проведения. Однако все ученые  и практики сходятся во мнении, что результатом реабилитационных мер должна быть **реинтеграция** (возврат) психически больных в общество. При этом сами пациенты должны ощущать себя не менее полноправными гражданами, чем  другие группы населения. С учетом сказанного, **цель реабилитации** можно определить и так: это улучшение качества жизни и социального функционирования людей с психическими расстройствами посредством преодоления их социальной отчужденности, а также повышение их активной жизненной и гражданской позиции.

В «Заявлении о психосоциальной реабилитации», разработанном Всемирной Организацией Здравоохранения совместно с Всемирной ассоциацией психосоциальной реабилитации в 1996 г., перечислены следующие **задачи реабилитации:**

· уменьшение выраженности психопатологических симптомов с помощью триады – лекарственных препаратов, психотерапевтических  методов лечения и психосоциальных вмешательств;

· повышение социальной компетентности психически больных людей  путем развития навыков общения, умения преодолевать стрессы, а также трудовой деятельности;

·уменьшение дискриминации и стигмы;

·поддержка семей, в которых кто-либо страдает психическим заболеванием;
· создание и сохранение долгосрочной социальной поддержки, удовлетворение по меньшей мере  базовых потребностей психически больных людей, к каковым относятся обеспечение жильем, трудоустройство, организация досуга, создание социальной сети (круга общения);

· повышение автономии (независимости) психически больных, улучшение их самодостаточности и самозащиты.

Б. Сарачено – руководитель отдела психического здоровья Всемирной Организации Здравоохранения, прокомментировал значение психосоциальной реабилитации следующим образом: «Если мы надеемся на будущее психосоциальной реабилитации, то это должна быть психиатрическая помощь по месту проживания  пациентов – доступная, полная, позволяющая психически больным лечиться и получать серьезную поддержку. При такой помощи не нужны больницы, а медицинский подход следует использовать лишь в незначительной степени. Другими словами, психиатр должен быть ценным консультантом в этой службе, но не обязательно  ее хозяином или правителем».

**Краткая историческая справка**

В истории реабилитации психически больных можно выделить ряд важных моментов, сыгравших существенную роль в ее развитии.

**1. Эра моральной терапии (moral therapy).**Этот реабилитационный подход, получивший развитие в конце XVIII – начале XIX столетия, заключался в обеспечении психически больных более гуманной помощью. Основные принципы этого психосоциального воздействия сохраняют значение и по сей день.

**2. Внедрение трудовой (профессиональной) реабилитации.** В России этот подход в лечении психически больных стал внедряться в первой трети  XIX века и связан с деятельностью В.Ф. Саблера, С.С. Корсакова и других прогрессивных психиатров. Например, как отмечал Ю.В. Каннабих, к числу важных преобразований, проведенных В.Ф. Саблером в 1828 г. в Преображенской больнице в Москве, относятся «…устройство огородных и рукодельных работ ».

Трудовой терапии как направлению современной отечественной психиатрии начали уделять особое внимание, начиная с 50-х годов прошлого столетия. Существовала сеть лечебно-трудовых мастерских и специальных цехов, где могли трудиться психически больные люди, находящиеся на стационарном и амбулаторном лечении. С началом социально-экономических реформ в 90-е годы прошедшего столетия около 60% учреждений, занимавшихся трудовой реабилитацией  (лечебно-производственные мастерские, специализированные цеха при промышленных предприятиях и др.),  были вынуждены прекратить свою деятельность. Однако и в настоящее время трудоустройство и трудотерапия являются важнейшими составляющими в программах психосоциальной реабилитации.

**3. Развитие внебольничной психиатрии.** Перенесение акцента в оказании психиатрической помощи на внебольничную службу и осознание того факта, что пациент может лечиться недалеко от семьи и от места работы, имело огромное значение для восстановления больного человека.

В 30-е годы прошлого столетия в нашей стране начали открываться психоневрологические диспансеры и создаваться полустационарные формы помощи, что имело огромное реабилитационное значение.

В 50-60-х годах широкое развитие получили психиатрические кабинеты в поликлиниках, центральных районных больницах и иных учреждениях общемедицинской сети, на промышленных предприятиях, в учебных заведениях, дневные и ночные полустационары, а также другие формы помощи, направленные на удовлетворение потребностей психически больных.

В зарубежных странах (Великобритания, Япония, Канада и др.) в этот период начали активно создаваться организации потребителей помощи и группы поддержки.

Развитие внебольничной психиатрии предусматривает также активное выявление лиц, нуждающихся в психиатрической помощи, для раннего начала лечения и борьбы с последствиями в виде инвалидности, социальной недостаточности.

**4. Появление центров психосоциальной реабилитации.** Начало их открытия приходится на 80-е годы ХХ века. Первые центры (клубы) были созданы самими пациентами (например, Клубный дом в США), и их деятельность направлена на то, чтобы помогать пациентам справляться с проблемами повседневной жизни, развивать способность к деятельности даже при наличии инвалидности. Поэтому вначале в таких центрах делался акцент на мероприятия, которые помогали бы больным справляться с жизненными трудностями, не поддаваться им, а также на укрепление здоровья, а не на избавление от симптомов психического заболевания. Центры психосоциальной реабилитации сыграли огромную роль в развитии такой области знаний, как реабилитация инвалидов вследствие психических заболеваний. В настоящее время эта форма помощи широко используется в США, Швеции, Канаде, количество реабилитационных программ в них значительно колеблется (от 18 до 148).

В России подобные центры (учреждения) начали создаваться с середины 90-х годов ХХ века, однако пока их явно недостаточно. Как правило, это неправительственные учреждения. Примером может служить Клубный дом в Москве, просуществовавший до 2001 г. В настоящее время действующие в нашей стране реабилитационные центры специализируются на конкретном направлении – арттерапия, коррекционные вмешательства, досуг, психотерапия и др.

**5. Выработка навыков, необходимых для преодоления жизненных трудностей.** Появление этого направления  обусловлено тем, что для эффективного решения возникающих проблем людям, страдающим серьезными психическими расстройствами, необходимы определенные знания, умения, навыки. В основе развития навыков и умений лежат методы, разработанные с учетом принципов социального научения. При этом используются методы активно-директивного научения – бихевиоральные упражнения и ролевые игры, последовательное формирование элементов поведения, наставничество, подсказывания, а также осуществляется обобщение приобретенных навыков. Доказано, что выработка навыков и умений развивает у людей с тяжелыми психическими расстройствами  способности к независимой жизни.

**Современные подходы к психосоциальной реабилитации**

**в России**

Накопление научных данных о реабилитации психически больных, практического опыта способствовало тому, что в настоящее время в нашей стране наряду с комплексным лечением, включающим медикаментозную и трудовую терапию, физиотерапию, культурно-просветительные и досуговые мероприятия, в рамках психосоциальной реабилитации получили развитие следующие виды психосоциальных вмешательств:

* образовательные программы по психиатрии для пациентов;
* образовательные программы по психиатрии для родственников больных;
* тренинги по выработке навыков ежедневной независимой жизни –обучение приготовлению пищи, посещению магазинов, составлению семейного бюджета, ведению домашнего хозяйства, пользованию транспортом и др.;
* тренинги по развитию социальных навыков – социально приемлемого и уверенного поведения, общения, решения повседневных проблем и т.п.;
* тренинги по развитию навыков управления психическим состоянием;
* группы само- и взаимопомощи пациентов и их родственников, общественные организации потребителей психиатрической помощи;
* когнитивно-поведенческая терапия, направленная на улучшение памяти, внимания, речи, поведения;
* семейная терапия, другие виды индивидуальной и групповой психотерапии.

Комплексные программы психосоциальной реабилитации проводятся во многих региональных психиатрических службах как на базе психиатрических учреждений, так и непосредственно в сообществе.