

презентация по предмету

составитель

Барсуков А. В.

# Предмет клинической психологии

Клиническая психология изучает, психологические особенности людей, страдающих различными заболеваниями, методы и способы диагностики психических отклонений, дифференциации психологических феноменов и психопатологических синдромов, психопрофилактические, психокоррекционные и психотерапевтические способы помощи пациентам.

К клинической психологии так же относятся такие дисциплины, как *нейропсихология, патопсихология.*

Нейропсихология изучает системные механизмы мозга, нарушения функционирования ЦНС (центральной нервной системы).

Патопсихология изучает закономерности и структурные особенности нарушений познавательных процессов, свойств и состояний вызванных психическим заболеванием.

# Предмет клинической психологии

## Разделы клинической психологии

### Патопсихология

изучает изменения ВПФ при различных вариантах дизонтогенеза. Методы дифференциальной диагностики психических и поведенческих расстройств. Сфера деятельности патопсихолога – психиатрическая клиника.

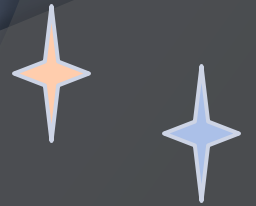
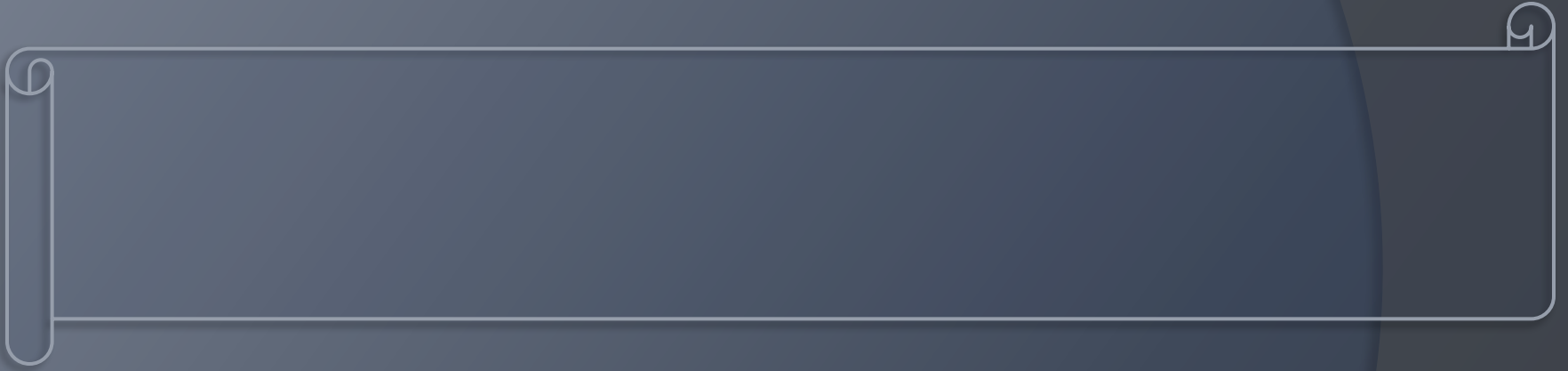
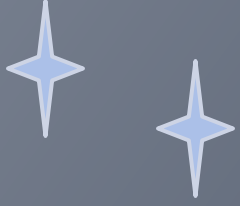
### Нейропсихология

изучает мозговую основу психических процессов и их связь с отдельными системами головного мозга.

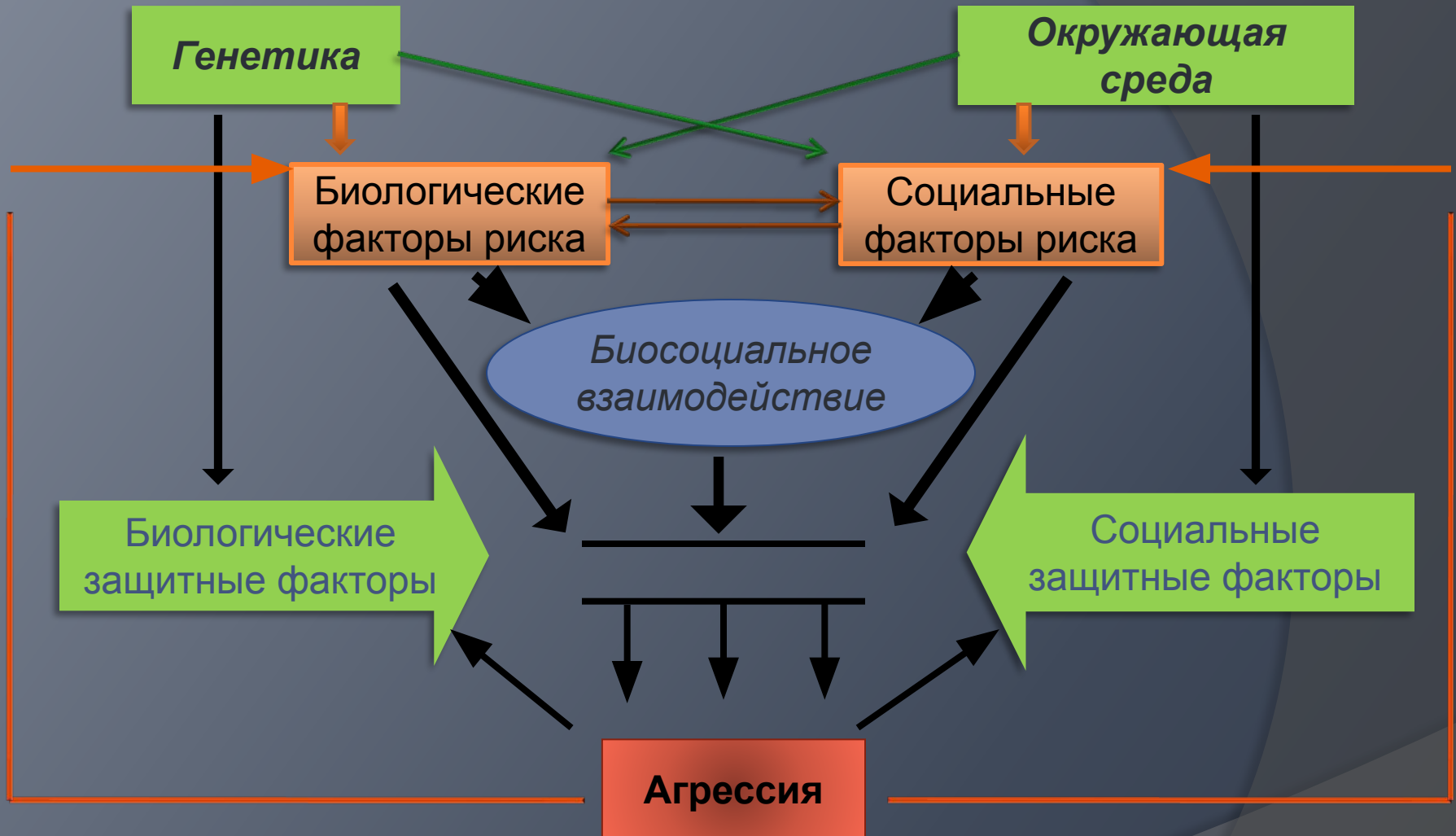
Сфера деятельности нейропсихолога – клиника неврологии, нейрохирургии (восстановительная, реабилитационная коррекция), психоневрологии.

### Психосоматическая психология

изучает психосоматические и соматопсихические взаимодействия, психологические особенности взаимодействия врача и пациента.



# Теоретические аспекты клинической психологии



Биосоциальная модель агрессии А. Райна (Raine, 2001)

# Основные этиологические формы

## Классификация психических заболеваний по этиологии (причине заболеваний)

### эндогенные

Обусловленные внутренними причинами, причинами генетического, врожденного характера.

К таким заболеваниям относятся шизофрения, генетически обусловленные формы олигофрении и т.д.

### экзогенные

Обусловленные внешним вредоносным воздействием, алкоголем, нейроинфекциями, черепно-мозговыми травмами.

К данным заболеваниям относят травматические эпилепсии, деменции, энцефалопатии, алкогольный делирий и т.д.

### психогенные

Обусловленные психотравмирующими факторами, микрострессами, вредностями среды и т.д.

Наиболее ярко в данной группе представлены посттравматические стрессовые расстройства, невротические расстройства

Достоверно установлено, что в семьях шизофреников наблюдается значимое **«накопление»** заболеваемости. Довольно высока конкордантность монозиготных близнецов по шизофрениии, говорит о генетической обусловленности данного заболевания. Также высокий коэффициент наследуемости у **биполярного аффективного расстройства** (у униполярной депрессии коэффициент наследуемости гораздо ниже). Высокая наследственная обусловленность наблюдается у **гиперкинетического синдрома, олигофрениии, некоторых формах психопатии (генуидные психопатии)** (А.А Александров, 2007 Равич-Щербо И.В., Марютина Т.М., Григоренко Е.П. 1999).

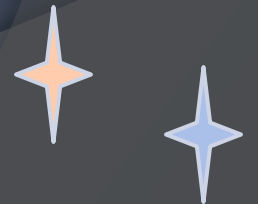
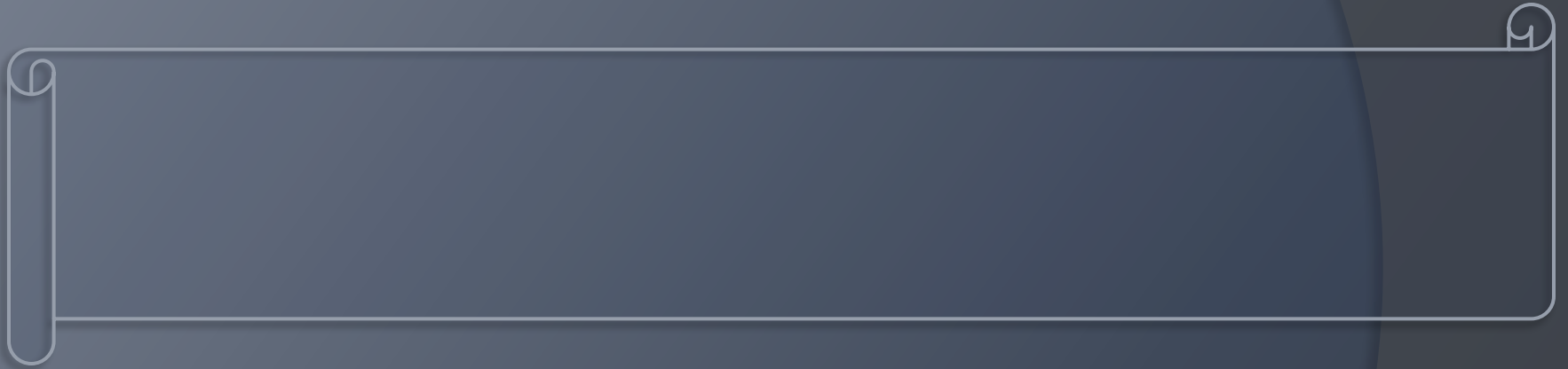
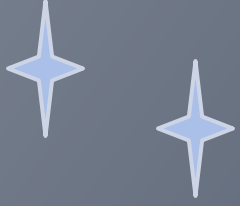
Эти данные дают основание считать приведенные патологии генетически обусловленными.

Так же в генезисе психических расстройств огромную роль играют факторы **экзогенные**, то есть внешние повреждения центральной нервной системы. Особая опасность для дальнейшего развития личности ребенка в случае раннего (пренатального, постнатального) повреждения ЦНС в период от 0 – 3 лет. Родовые травмы, при которых «физически» повреждается мозг младенца играют особую роль в генезисе таких заболеваний, как **пренатальные энцефалопатии и минимальные мозговые дисфункции, задержка психического развития, эпилепсии**.

*Семья участвует в формировании непосильного нервно – психического напряжения несколькими способами:*

- 1) Создавая для индивида ситуации постоянного психологического давления, трудного или безвыходного положения (например семья алкоголика).*
- 2) Создавая препятствия для проявления членами семьи определенных важных для них чувств, для удовлетворения значимых для них потребностей.*
- 3) Создавая или поддерживая внутренний конфликт у индивида. Примером может служить жена обвиняющая мужа в нежелании помочь ей в домашнем хозяйстве и при этом постоянно критикующая любые попытки мужа сделать это.*





# Направления деятельности нейропсихолога

## Научная нейропсихология

**Экспериментальная нейропсихология** – ставит своей задачей экспериментальное, в том числе аппаратное изучение различных форм нарушений психических процессов при локальных поражениях мозга, а также исследует распределение психических функций в их эволюционном контексте (на мозге животных).

**Реабилитационная нейропсихология** – реабилитация вообще – комплекс мероприятий по восстановлению утраченных или ослабленных функций организма, возникших в результате заболевания, повреждения или функционального расстройства.

**Реабилитационное направление** в нейропсихологии занимается восстановлением утраченных высших функций, обучением и перестройкой нарушенных функциональных систем для выработки новых психологических средств, предполагающих нормальное функционирование человека в бытовой, профессиональной и общесоциальной сферах.

# Принципы функционирования мозга человека

К числу принципиальных выводов, имеющих отношение к мозговой организации ВПФ и сформулированных Л.С. Выготским, являются следующие:

- 1) функция организована и построена как **интегративная деятельность**, в основе которой лежат сложно дифференцированные иерархически объединенные динамические межцентральные отношения;
- 2) при **расстройствах развития**, вызванных каким-либо церебральным дефектом, при прочих равных условиях больше страдает в функциональном отношении ближайший высший по отношению к пораженному участку центр и относительно меньше страдает ближайший низший по отношению к нему центр;

при **распаде** наблюдается обратная зависимость: при поражении какого-либо центра при прочих равных условиях больше страдает ближайший к пораженному участку низший, зависящий от него центр и относительно меньше страдает ближайший высший по отношению к пораженному центру, от которого он сам находится в функциональной зависимости.

# Три основных функциональных блока мозга

## **Первый блок :**

блок, обеспечивающий регуляцию тонуса и бодрствования

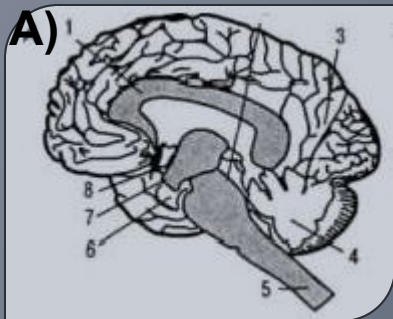
## **Второй блок :**

блок получения, переработки и хранения информации, поступающей из внешнего мира

## **Третий блок :**

блок программирования, регуляции и контроля психической деятельности

# Структурно – функциональная модель интегративной работы мозга

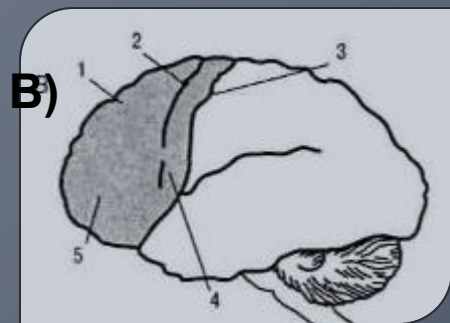


**А) I блок** — регуляции общей и избирательной неспецифической активации мозга, — включающий ретикулярные структуры ствола, среднего мозга и диэнцефальных отделов, а также лимбическую систему и медиобазальные отделы коры лобных и височных долей мозга:

1 — мозолистое тело, 2 — средний мозг, 3 — теменно-затылочная борозда, 4 — мозжечок, 5 — ретикулярная формация ствола, 6 — крючок, 7 — гипоталамус, 8 — таламус;

**Б) II блок** — приема, переработки и хранения экстероцептивной информации, — включающий основные анализаторные системы (зрительную, кожно-кинестетическую, слуховую), корковые зоны которых расположены в задних отделах больших полушарий:

1 — премоторная область, 2 — прецентральная извилина, 3 — центральная извилина, 4 — моторная область, 5 — префронтальная область;



**В) III блок** — программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности, — включающий моторные, премоторные и префронтальные отделы мозга с их двухсторонними связями.

# Блок регуляции тонуса и бодрствования

1. Для того чтобы обеспечивалось полноценное протекание психических процессов, человек должен находиться в состоянии бодрствования. Известно, что только в оптимальных условиях бодрствования человек может принимать и перерабатывать информацию, вызывать в памяти нужные избирательные системы связей, программировать свою деятельность и осуществлять контроль за протеканием своих психических процессов, корригируя ошибки и сохраняя направленность своей деятельности.

Одним из наиболее важных было установление того факта, что аппараты, обеспечивающие и регулирующие тонус коры, могут находиться не в самой коре, а в лежащих ниже стволовых и подкорковых отделах мозга и что эти аппараты находятся в двойных отношениях с корой, тонизируя ее и в то же время испытывая ее регулирующее влияние.

2. В 1949г. два выдающихся исследователя – Мэгуи и Морuzzi – обнаружили, что в стволовых отделах головного мозга находится особое нервное образование, которое как по своему морфологическому строению, так и по своим функциональным свойствам приспособлено к тому, чтобы осуществлять роль механизма, регулирующего состояние мозговой коры, т.е. способно изменять ее тонус и обеспечивать ее бодрствование.

3. Это образование построено по типу *нервной сети*, в которой вкраплены тела нервных клеток, соединяющиеся друг с другом короткими отростками. По сети этого образования, названного *ретикулярной формацией*.

## два источника активации

**Первыми** из источников активации являются обменные процессы организма, лежащие в основе гомеостаза (внутреннего равновесия организма) и инстинктивных процессов.

Обменные процессы в их наиболее простых формах связаны с дыхательными и пищеварительными процессами, с процессами сахарного и белкового обмена, с процессами внутренней секреции и т.д.;

все они регулируются главным образом аппаратами гипоталамуса. Тесно связанные с гипоталамусом ретикулярной формации продолговатого мозга и среднего мозга, они играют значительную роль в этой наиболее простой, «витальной», форме активации.

Более сложные формы этого вида активации связаны с обменными процессами, которые организованы в определенные врожденные системы поведения; они широко известны как **системы инстинктивного (или безусловнорефлекторного) пищевого или полового поведения**.

**Второй** источник активации имеет совсем иное происхождение. Он связан с поступлением в организм раздражений из внешнего мира и приводит к возникновению совершенно иных форм активации, проявляющихся в виде **ориентировочного рефлекса**.

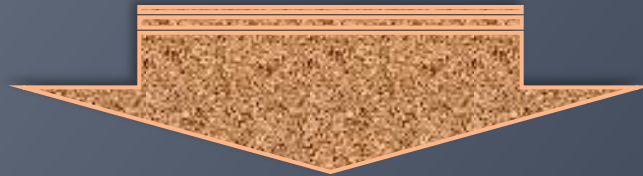
В аппаратах ретикулярной формации имеются специальные механизмы, обеспечивающие тоническую форму активации, источником которой является главным образом приток возбуждений из органов чувств. Этот источник обладает не меньшей интенсивностью, чем первый, только что упомянутый, источник активации. Однако тоническая форма активации, связанная с работой различных органов чувств, является лишь наиболее элементарным источником активации того типа, который мы описываем.

# Блок приема, переработки и хранения информации

По своим функциональным особенностям аппараты этого блока приспособлены к приему экстероцептивных раздражений, приходящих в головной мозг от периферических рецепторов, к дроблению их на огромное число компонентов и к комбинированию их в нужные динамические функциональные структуры.

---

А.Р.Лурия (1962) указал на **законы построения коры**, входящей в состав второго блока мозга (этими законами описывается также и строение третьего блока).



**Первый закон – закон иерархического строения корковых зон.** Соотношение первичных, вторичных и третичных зон коры, осуществляющих все более сложный синтез приходящей информации, является достаточно отчетливой иллюстрацией этого закона.



Второй закон можно сформулировать как **закон убывающей специфичности иерархически построенных зон коры.**

Закон убывающей специфичности является другой стороной упомянутого нами ранее закона иерархического строения входящих в состав второго блока зон коры, обеспечивающих переход от дробного отражения частных модально-специфических признаков к синтетическому отражению более общих и отвлеченных схем воспринимаемого мира. Третичные зоны коры несмотря на убывающую специфичность приобретают способность играть организующую, интегрирующую роль в работе более специфических зон, становятся ответственными за организацию функциональных систем, необходимых для осуществления сложных познавательных процессов.

**Третий закон** организации описываемого второго функционального блока, можно обозначить как **закон прогрессивной латерализации функций,** т.е. связи функций с определенным полушарием мозга по мере перехода от первичных зон коры к вторичным и затем третичным.

Известно, что первичные зоны обоих полушарий мозга равноценны: и те и другие являются проекциями контралатеральных (расположенных на противоположной стороне) воспринимающих поверхностей, и ни о каком доминировании первичных зон того или другого полушария говорить нельзя.

Иначе обстоит дело при переходе к вторичным, а затем третичным зонам. Известно, что с возникновением праворукости, а затем и связанной с ней речи, возникает известная латерализация функций, которая отсутствует у животных, но которая у человека становится важным принципом функциональной организации мозга.

## Блок программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности

Выполняет функцию организации активной сознательной психической деятельности.

Аппараты **третьего функционального блока** расположены в передних отделах больших полушарий, спереди от передней центральной извилины.

«Выходными воротами» этого блока **является двигательная зона коры.**

*Третий функциональный блок охватывает лобные доли.*

И.П.Павлов в своих исследованиях указывал на то, что у животных, лишенных лобных отделов, нельзя отметить каких-либо нарушений в работе отдельных органов чувств. Зрительный, слуховой и кинестетический анализы остаются у него сохранными, однако, осмысленное, целенаправленное поведение глубоко страдает.

То есть, **данный блок связан со всеми остальными блоками и отвечает за переработку сенсорной информации.**

# Нейропсихологические синдромы отклоняющегося развития

**Функциональная  
несформированность  
лобных отделов мозга**

**Функциональная  
несформированность  
правого полушария**

В первую очередь при синдроме функциональной несформированности правого полушария мозга обнаруживают себя недостаточность пространственных представлений во всех формах (метрические, структурно-топологические, координатные, проекционные).

При данном синдроме трудно надолго заинтересовать чем-либо. Ребенок, как правило, вял и равнодушен ко всему, особенно если это связано с выполнением школьных заданий. Он и в повседневной жизни не проявляет выраженного интереса к какой-либо деятельности. Такого ребенка не волнуют ни поощрения, ни наказания, особенно в старшем возрасте. Любой деятельностью он пресыщается через несколько минут, особенно если это игры, требующие от него хоть минимальных усилий.

**Функциональная  
дефицитарность подкор-  
ковых образований  
(базальных ядер) мозга**

При данном синдроме часто употребляют эпитеты «ленивый», «невнимательный», «неуправляемый».

# Нейропсихологические синдромы отклоняющегося развития

**Функциональная несформированность левой височной области**

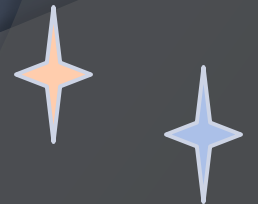
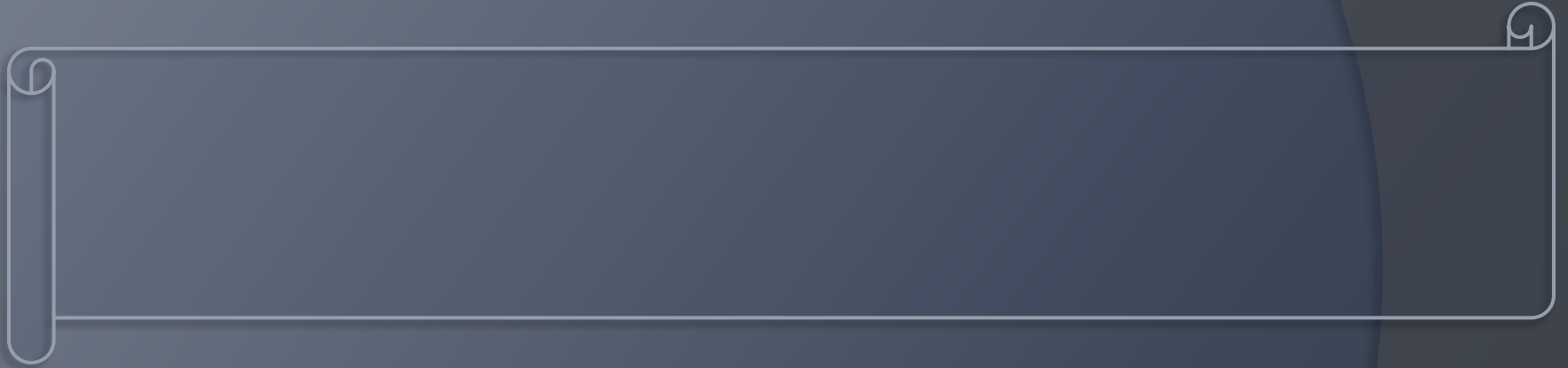
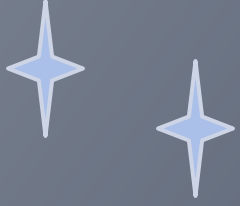
Отличительной чертой синдрома функциональной несформированности височных структур левого полушария является изолированные трудности речевого звуко различения (фактор фонематического анализа и синтеза).

Данный синдром актуализируется характерным набором специфических признаков «функциональной дезинтеграции» мозговых полушарий.

**Функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистого тела)**

**Функциональная дефицитарность стволовых образований мозга. Дисгенетический синдром**

Эти дети демонстрируют наиболее грубые и труднокорректируемые феномены поведения, при овладении чтением, письмом, математическими знаниями и т.д.



# Патопсихологические регистр- синдромы (по И.А.Кудрявцеву)

*Шизофренический симптомокомплекс* складывается из таких личностно-мотивационных расстройств как:

изменение структуры и иерархии мотивов, расстройства мыслительной деятельности, нарушающего целенаправленность мышления и смыслообразование (резонерство, соскальзывание, разноплановость, патологический полисемантизм) при сохранности операционной стороны, эмоциональные расстройства (упрощение, диссоциация эмоциональных проявлений, знаковая парадоксальность), изменение самооценки и самосознания (аутизм, сенситивность, отчужденность и повышенная рефлексия).

---

В *психопатический (лично-аномальный) симптомокомплекс* входит:

эмоционально-волевые расстройства, нарушения структуры и иерархии мотивов, неадекватность самооценки и уровня притязаний, нарушение мышления в виде «относительного аффективного слабоумия», нарушение прогнозирования и опоры на прошлый опыт.

# Патопсихологические регистр- синдромы (по И.А.Кудрявцеву)

## *Органический (экзо- и эндогенный) симптомокомплекс*

характеризуется такими признаками, как:

общее снижение интеллекта, распад имевшихся сведений и знаний, мнестические расстройства, затрагивающие как долговременную, так и оперативную память, нарушения внимания и умственной работоспособности, нарушение операционной стороны и целенаправленности мышления, изменение эмоциональной сферы с аффективной лабильностью, нарушение критических способностей и самоконтроля.

---

В *олигофренический симптомокомплекс* входят такие проявления, как:

неспособность к обучению и формированию понятий, дефицит интеллекта, дефицит общих сведений и знаний, примитивность и конкретность мышления, неспособность к абстрагированию, повышенная внушаемость, эмоциональные расстройства.

# Основные методы патопсихологической диагностики при нарушениях тех или иных сфер психической деятельности

*Сфера психической деятельности, в которой отмечены нарушения*

*Патопсихологическая методика*

**Расстройства внимания**

таблицы Шульте; корректурная проба; счет по Крепелину; методика Мюнстерберга

**Расстройства памяти**

тест десяти слов пиктограмма

**Расстройства восприятия**

сенсорная возбудимость; пробы Ашафенбурга, Рейхардта, Липмана

**Расстройства мышления**

тесты на классификацию, исключение, силлогизмы, аналогии, обобщение ассоциативный эксперимент; проблема Эверье; пиктограмма; тест дискриминации свойств понятий

**Расстройства эмоций**

тест Спилбергера; метод цветowych выборов Люшера

**Расстройства интеллекта**

тест Равена; тест Векслера



# Нарушения ощущений

## Виды нарушений ощущений

### Количественные нарушения ощущений:

**Анестезия** — утрата способности ощущать различные виды раздражений;

**гипоэстезия** — снижение способности ощущать различные виды раздражений;

**гиперэстезия** — повышение способности ощущать различные виды раздражений.

Данные виды нарушений чувствительности проявляются при невротических, неврозоподобных и органических нарушениях (как при поражении центральной нервной системы, так и при периферических поражениях).

### Качественные нарушения ощущений:

**Синестезия** — возникновение ощущения в одном из анализаторов после раздражения другого анализатора.

Так, испытуемый может испытывать неприятные вкусовые ощущения при определенных зрительных раздражителях; иметь, к примеру, цветовые ощущения при воздействии на него звуковых раздражений (музыки).

### Другая разновидность патологических изменений:

**Парестезии** - проявляются неприятными ощущениями онемения, покалывания, жжения, ползания мурашек и др. Они могут возникать в различных частях тела, иметь тенденцию к перемещению. При этом больные становятся суетливыми, неусидчивыми, тревожными. У них отмечается повышенная чувствительность к соприкосновению кожи с одеждой, постельным бельем. Могут иметь место вкусовые парестезии, хотя большинство из них затрагивает тактильную чувствительность.

# Нарушения восприятия

## Виды нарушений восприятия

### Дереализационные расстройства

**Иллюзии** — это искаженное восприятие реального объекта.

**Галлюцинации** — восприятия, возникающие без наличия реального объекта, сопровождающиеся убежденностью в том, что данный объект в данное время и в данном месте действительно существует.

**Эйдектизм** — след только что закончившегося возбуждения в каком-либо анализаторе в виде четкого и яркого образа.

**Микропсия** — расстройство восприятия в виде уменьшения размеров окружающих предметов.

**Макропсия** — расстройство восприятия в виде увеличения размеров окружающих предметов.

**Дисмегалопсия** — расстройство восприятия в виде удлинения, расширения, скошенности, перекрученности вокруг оси окружающих предметов.

**Поропсия** — расстройство восприятия в виде изменения расстояния, отделяющего предмет от большого при неизменных размерах самого объекта.

### Деперсонализационные расстройства

**Соматоагнозии** — расстройство узнавания частей собственного тела. Проявляются в основном при органической патологии.

**Деперсонализация** — искаженное восприятие собственной личности в целом, отдельных качеств, а также частей тела.

Деперсонализацию (аутометаморфопсию) разделяют на **парциальную** и **тотальную**.

При **парциальной** происходит нарушение восприятия отдельных частей тела.

При **тотальной** — всего тела.

К особым разновидностям нарушений восприятия относят:

**Сенестопатии** — разнообразные неприятные, трудно поддающиеся больными описанию ощущения в различных частях тела, воспринимаемые как мигрирующие образы.

Существенным для диагностического процесса представляется разделение галлюцинаций на:

*истинные и ложные (псевдогаллюцинации)*

Следует обратить внимание на один из основных критериев дифференциации *истинных и ложных галлюцинаций* — реальность проекции галлюцинаторного образа. Суть его заключается в том, что при истинных галлюцинациях пациент указывает место расположения образа, как правило, во вне и на реальном для восприятия расстоянии (например, видимый им образ человека на улице, а не на луне; слышимый за стеной, а не с расстояния тысячи километров или из головы).

## **Истинные галлюцинации**

Имеют реальную проекцию галлюцинаторного образа во вне (реальная проекция - место в пространстве, которое с помощью органов чувств может быть воспринято).

Яркость, звучность, громкость, интенсивность галлюцинаторных образов.

## **Псевдогаллюцинации**

Не имеют реальной проекции галлюцинаторного образа во вне.

Навязанный, "сделанный" характер галлюцинаторных образов.

Тусклость, размытость, приглушенность галлюцинаторных образов.

Возможность на время заслониться, укрыться от галлюцинаторных образов.

Императивный или комментирующий характер галлюцинаторных образов (чаще вербальных).

# Нарушения внимания

## Диагностические критерии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью:

На уровне клинических проявлений в детской практике выделяется **синдром дефицита внимания**.

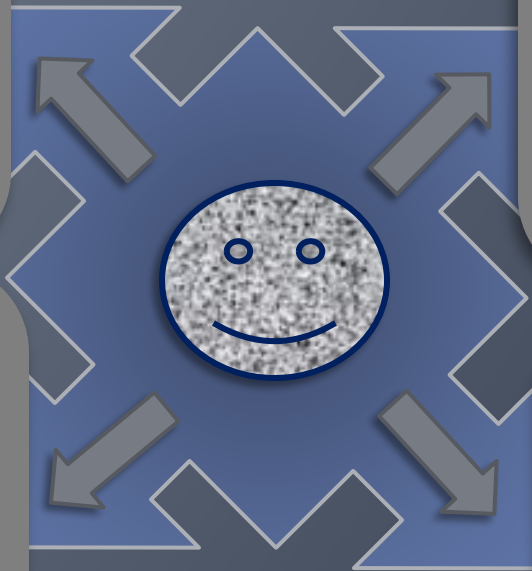
В него включаются следующие клинические признаки:

- ✓ **Беспокойные движения в кистях и стопах (сидя на стуле, корчатся, «извиваются»).**
- ✓ **Невозможность спокойно сидеть на месте, когда это требуется.**
- ✓ **Легкая отвлекаемость на посторонние стимулы.**
- ✓ **Нетерпеливость (с трудом дожидается своей очереди во время игр и в различных ситуациях в коллективе).**
- ✓ **Склонность отвечать не задумываясь, не выслушав до конца вопроса.**
- ✓ **Сложности при выполнении предложенных заданий (не связанные с недостаточным пониманием или негативным поведением).**
- ✓ **Сложности сохранения внимание при выполнении заданий или во время игр.**
- ✓ **Частый переход от одного незавершенного действия к другому.**
- ✓ **Невозможность играть тихо и спокойно.**
- ✓ **Болтливость.**
- ✓ **Склонность мешать другим, «приставать» к окружающим (например, вмешиваться в игры других детей).**
- ✓ **Внешние проявления несосредоточенности на обращенную к человеку речи.**
- ✓ **Склонность терять вещи необходимые в школе и дома (например, игрушки, карандаши, книги и т. д.).**
- ✓ **Частое совершение опасных действий (недоучет последствий). При этом не ищет приключений или острых ощущений (например, перебегает улицу, не оглядываясь по сторонам).**

# Таблицы Шульте

21	12	7	1	20
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

9	5	11	23	20
14	25	17	19	13
3	21	7	16	1
18	12	6	24	4
88	15	10	2	22



14	18	7	24	21
22	1	10	9	6
16	5	8	20	11
23	2	25	3	15
19	13	17	12	4

22	25	7	21	11
6	2	10	3	23
17	12	16	5	18
1	15	20	9	24
19	13	4	14	8

# Нарушения памяти

При *маниакальном синдроме* наблюдаются **гипермнезии**

При *депрессивном* - **гипомнезии**

Органические заболевания сопровождаются *амнестическим синдромом*.

Под **ретроградной амнезией** понимается нарушение памяти, при котором невозможно воспроизведение информации, приобретенной до возникшего с пациентом эпизода нарушенного сознания.

При **антероградной амнезии** трудности воспроизведения затрагивают время после эпизода нарушенного сознания.

При **антероретроградной** — оба периода времени.

Наиболее типичными психопатологическими мнестическими расстройствами являются *парамнезии*, к которым относят:

**конфабуляции** — обманы памяти, при которых неспособность запечатлеть события и воспроизводить их приводит к воспроизведению вымышленных, не имевшие места событий.

**псевдореминисценции** - нарушение хронологии в памяти, при котором отдельные имевшие место в прошлом события переносятся в настоящее (в крайнем своем выражении проявляется **экмнезии** — «жизнью в прошлом»).

**криптомнезии** — расстройства памяти, при которых больной присваивает чужие мысли, действия себе.

# Нарушения мышления

Нарушение мышления (по Б.В. Зейгарник)

Нарушения операционной стороны мышления:

снижение уровня обобщения и искажение процесса обобщения

К нарушениям личностного компонента мышления можно отнести

разноплановость мышления, нарушение критичности и саморегуляции

Нарушения динамики мышления:

лабильность мышления и инертность мышления

Нарушение процесса саморегуляции познавательной деятельности:

нарушение выражается в неспособности больных целенаправленно организовать свою мыслительную деятельность



1

## *Церебрально-органические патологии:*

Снижение уровня обобщения состоит в том, что в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях; оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами. При выполнении экспериментального задания подобные больные не в состоянии из всевозможных признаков отобрать те, которые наиболее полно раскрывают понятие. Так, например, в опыте по методу классификации\* один из подобных больных отказывается объединить в одну группу кошку с собакой, "потому что они враждуют"; другой больной не объединяет лису и жука, потому что «лиса живет в лесу, а жук летает».

## 2

### *Шизофрения:*

Основными нарушениями мышления являются (по Э. Блейлеру): *разорванность, амбивалентность и аутизм*. Дополнительными симптомами являются *бред, галлюцинации и кататонические расстройства*. Мышление больных отличается бессвязностью и алогичностью, в зависимости от стадии и течения болезни. В случаях глубокого дефекта речь приобретает характер «словесной окрошки».

Довольно часто наблюдается *синдром «сделанных мыслей»*, навязанных кем-то «принудительно», что представляет собой синдром Кандинского – Клерамбо. Противоположным, (но в рамках того же синдрома Кандинского), является *«отнятие мыслей»*, мысли отнимаются у больных кем то извне.

*Распад понятий* при шизофрении выражается в том, что понятия теряют свои точные значения, и четкие отграничения от других понятий.

## 3

### *Маниакально-депрессивный синдром:*

При **биполярном аффективном расстройстве** страдает прежде всего темп мышления.

При *депрессивном эпизоде* мышление замедляется. Это проявляется уменьшением количества ассоциаций за единицу времени.

При *маниакальном синдроме* количество ассоциаций за единицу времени увеличивается, то есть мышление ускоряется, вплоть до «скачка идей», то есть максимального увеличения ассоциаций за единицу времени. Так же возможен бред и галлюцинации.

# Расстройства мышления по продуктивности

## **Навязчивые идеи -**

- мысли, представления, воспоминания, возникающие помимо воли больного при полной критической оценке чуждости и болезненности.

*Данные формы нарушений мышления проявляются при невротических и неврозоподобных расстройствах, а так же при расстройстве личности и акцентуациях характера по психоастеническому типу.*

## **Сверхценные идеи -**

- идеи, возникающие в связи с реальной ситуацией, но в дальнейшем занимающие не соответствующее их действительному значению доминирующее положение в сознании больного, сопровождающиеся значительным эмоциональным напряжением и отсутствием критического отношения к ним.

*Проявляются при расстройствах личности, при шизофрении.*

## **Бредовые идеи -**

- суждения и умозаключения, имеющие характер убежденности, возникающие на патологической основе и не поддающиеся коррекции (разубеждению) с отсутствием критического отношения к ним.

*Выделяют две разновидности бредовых идей, различающихся механизмами формирования бреда: интерпретативный бред и образный бред.*

*При первом - патологические идеи (суждения и умозаключения) возникают в результате нарушений логики на всех этапах бредообразования; при втором — бред проистекает из расстройств восприятия (патологических образов и представлений).*

*Бред, всегда является характеристикой психоза, наиболее ярко представлен в клинике шизофрении.*

# Формы бреда

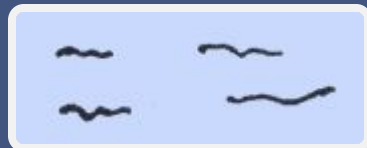
## Интерпретативный

отношения;  
преследования;  
физического воздействия;  
величия;  
ущерба;  
ревности;  
ипохондрический;  
изобретений, открытий;  
реформаторства;  
любовный;  
эротический сутяжный,;  
кверулянтский;  
высокого происхождения;  
одержимости;  
дисморфоманический;

## Образный

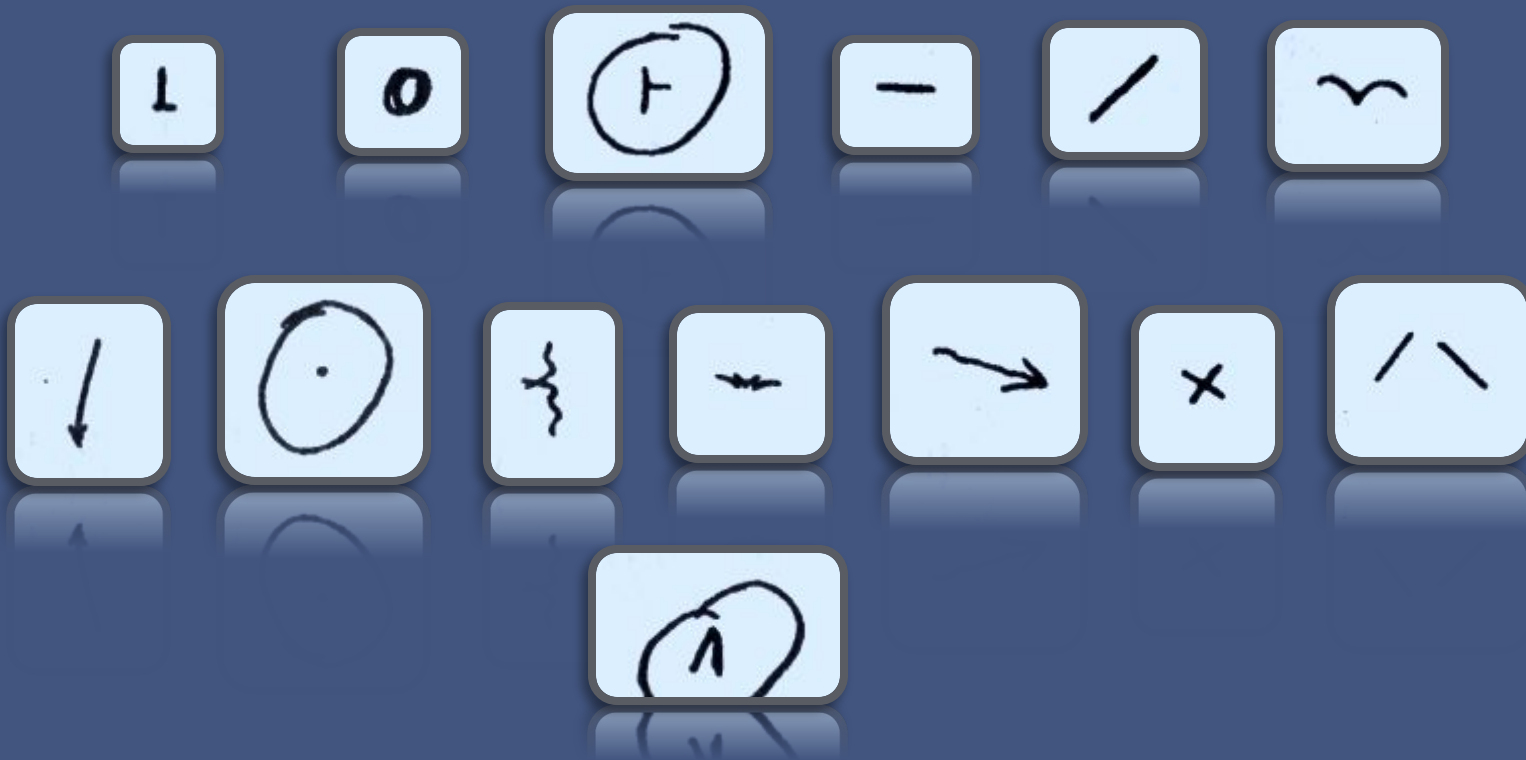
отношения;  
преследования;  
величия;  
самообвинения;  
самоуничужения;  
ипохондрический;  
нигилистический;  
отрицания;  
метаморфозы  
(интерметаморфозы);  
одержимости;  
религиозный;

# Пиктограммы больных шизофренией



Выхолощенные бессодержательные символы.

# Символы больных шизофренией



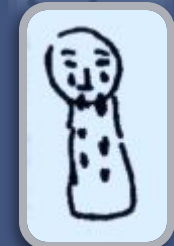
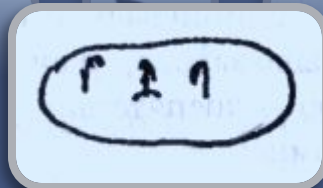
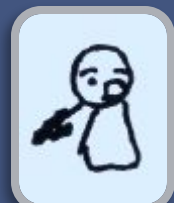
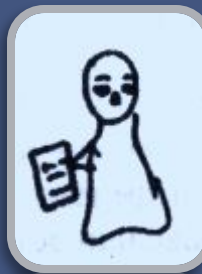
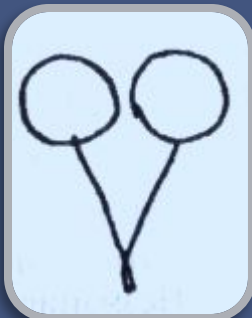
Выхолощенные типы пиктограмм нет смысла расшифровывать, так как лишь отдельные символы что-либо символизируют.

В основном же, крестики, линии, галочки, лишены объективного содержания и даже для самих больных не служат средством связи и запоминания, попытки вспомнить обозначения символов оказываются безуспешными.

# Пиктограммы больных шизофренией

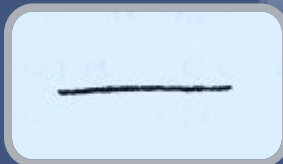
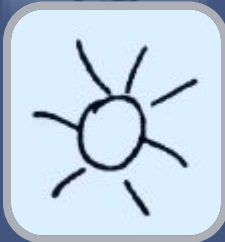
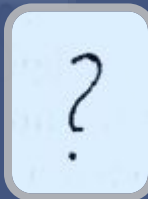
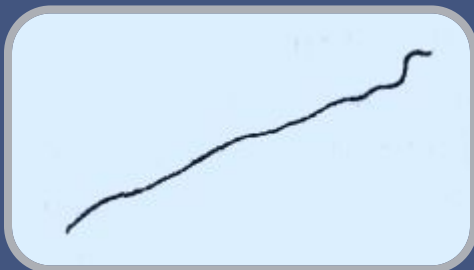


Следует привести некоторые пиктограммы, которые по внешнему виду производят впечатление простых и конкретных, но при более тщательном анализе обнаруживают признаки глубокой патологии мышления.



Стереотипии человеческими фигурами





Пиктограмма здоровой девушки.

<i>Заданные слова</i>	<i>Рисунок</i>	<i>Объяснение</i>	<i>Воспроизведение</i>
Веселый праздник	Цветы		+
Тяжелая работа	Топор		+
Смелый поступок	Зверь	Не испугался его	+
Надежда	Девичьи косички	Все в будущем	+
Развитие	Кривая с подъемом		+
Болезнь	Больная		+
Теплый ветер	Холм	Его обвевает ветер	+
Ядовитый вопрос	Значок яда и вопрос	Яд и вопрос	+
Сомнение	Вопросительный знак		+
Больной ребенок	Фигура ребенка		+
Разлука	Два крестика		+
Богатство	Доллар		+
Счастье	Солнце		+
Справедливость	Прямая линия	Прямолинейность	+
Печаль	Опущенный книзу нос		+

# Расстройства ВПФ наиболее специфичные для различных нозологических форм



# Личностные и невротические расстройства

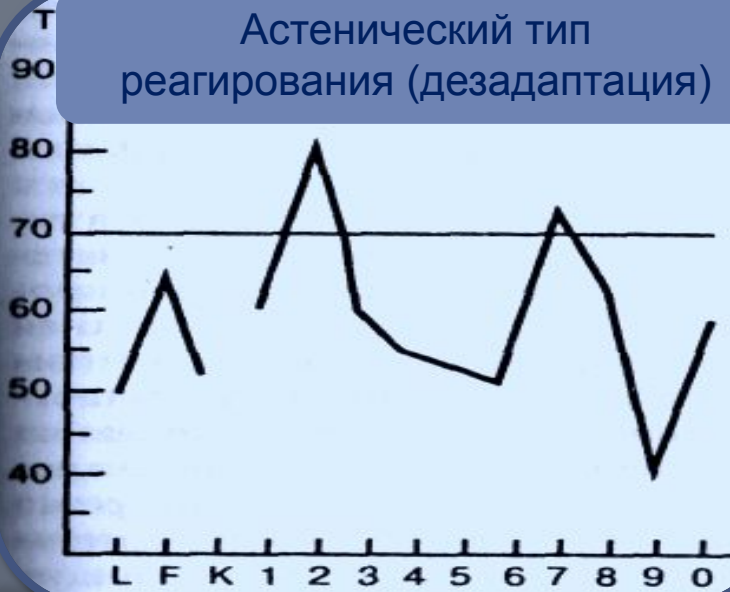
Стенический тип реагирования (норма)



Гипостенический тип реагирования (норма)



Астенический тип реагирования (дезадаптация)



Гиперстенический тип реагирования (дезадаптация)



# Синдромообразование при расстройствах личности

## Ядерные (генуидные формы)

Генетические факторы имеют преобладающий характер

Обуславливают развитие особенностей темперамента и ЦНС

В случае благоприятной среды, она выступает как фактор компенсации. В случае деструктивной среды, она способствует усилению проявлений психопатии, формирует вторичные нарушения.

## Краевые формы

Темперамент

Акцентуации характера.

Расстройство личности

Среда выполняет первичную психотравмирующую функцию, запуская механизмы формирования психопатии.

Из за неспособности компенсировать заболевание, нарастания напряжения связанного с поведением больного, семейная система вторично невротизируется (Э. Г. Эйдемиллер), оказывая при этом дополнительное воздействие на формирование расстройства.

# Акцентуации характера

## **Застревающий (ригидный) тип:**

Характеризуется умеренной общительностью, склонностью к нравоучениям, неразговорчивостью. Этот тип в конфликтах обычно выступает инициатором. Стремится добиться высоких показателей в любой деятельности, за которую берется, предъявляет повышенные требования к себе. Чувствителен к социальной справедливости.

Обидчив, уязвим, подозрителен, мстителен. Иногда чрезвычайно самонадеян, честолюбив, ревнив, предъявляет непомерно высокие требования к близким и подчиненным на работе.

## **Возбудимый тип:**

Данному типу присуща низкая контактность в общении, замедленность вербальных и невербальных реакций, угрюмы, склонны к брани, конфликтам, в которых сами становятся активной, провоцирующей стороной. Неучтивы в коллективе, властны в семье. В эмоционально спокойном состоянии люди данного типа добросовестны, аккуратны, любят животных, маленьких детей. Однако в состоянии эмоционального возбуждения раздражительны, вспыльчивы, плохо контролируют свое поведение.

# Акцентуации характера

## Демонстративный тип:

Иногда этот тип называют *истероидным*. Люди данного типа легко устанавливают контакты, стремятся к лидерству, испытывают жажду власти и похвал. Демонстрируют высокую приспособляемость к окружающим и вместе с тем - склонность к интригам. Такие люди раздражают окружающих своей самоуверенностью, высоким уровнем притязаний. Систематически сами провоцируют конфликты, но при этом активно защищаются. Общительны, артистичны, обходительны, проявляют неординарность в мышлении и поступках. Однако, *негативные их черты* (эгоизм, лицемерие, хвастовство, отлынивание от работы) отталкивают многих.

## Педантичный тип:

В конфликты вступают редко, на службе ведут себя как бюрократы, предъявляют окружающим многие формальные требования. Вместе с тем охотно уступают лидерство другим людям. Иногда изводят домашних чрезмерными требованиями аккуратности. *Привлекательные черты*: добросовестность, аккуратность, серьезность, надежность в делах.

*Негативные*: формализм, брюзжание.

# Акцентуации характера

## Гипертимный тип:

Этот тип характеризуется чрезмерной контактностью, словоохотливостью, выраженностью жеста, мимики и пантомимики. Часто люди данного типа отклоняются в разговоре от первоначальной темы. Бывают инициаторами конфликтов, огорчаются, и по этому поводу им делают замечания. **Положительные черты:** энергичность, жажда деятельности, оптимизм, инициативность. **Негативные:** легкомыслие, прожектерство, недостаточно серьезное отношение к своим обязанностям. Трудно переносят условия жесткой дисциплины, монотонную деятельность, вынужденное одиночество.

## Дистимный тип:

Его характеризует низкая контактность, немногословие, доминирующее пессимистическое настроение. Такие люди обычно являются домоседами, тяготятся чужим обществом, легко вступают в конфликты с окружающими, ведут замкнутый образ жизни. Высоко ценят тех, кто с ними дружит, готовы им подчиняться. **Привлекательные черты:** серьезность, добросовестность, обстоятельное чутье, обостренное чувство справедливости. **Негативные черты:** пассивность, замедленность мышления, неповоротливость, индивидуализм.



## Акцентуации характера

**Циклоидный** (циклотимический, аффективно-лабильный, неустойчивый) тип:

Этому типу свойственны частые смены настроения, манеры обращения с людьми. Общительны в периоды повышенного настроения, в периоды подавленного настроения замкнуты. Во время подъема ведут себя как люди с гипертимной акцентуацией характера, а в период спада - с дистимной.

**Экзальтированный** (аффективно-экзальтированный) тип:

Этому типу свойственны яркая контактность, словоохотливость, влюбчивость. Они часто спорят, но не доводят дело до открытых конфликтов. В конфликтных ситуациях бывают как активной, так и пассивной стороной. Вместе с тем они привязаны и внимательны к близким и друзьям. Альтруистичны, сострадательны, имеют хороший вкус, проявляют яркость и искренность чувств. **Негативные черты:** паникерство, приверженность к сиюминутным настроениям.

# Акцентуации характера

## Тревожный тип:

Для людей данного типа характерна низкая контактность, робость, неуверенность в себе, минорное настроение. Редко вступают в конфликты с окружающими, играя в них лишь пассивную роль. Привлекательные черты: дружелюбие, самокритичность, исполнительность. Часто такие люди бывают козлом отпущения, мишенью для шуток.

## Эмотивный тип:

Люди с таким типом акцентуации характера предпочитают общение в узком кругу избранных, которых они понимают с полуслова. Редко вступают в конфликты, а если это происходит, играют в них пассивную роль. Обиды носят в себе. Привлекательные черты: сосредоточенность, обостренное чувство долга, исполнительность. Рады чужим успехам. Негативные черты: чрезмерная чувствительность, слезливость.

# Акцентуации характера

## Экстравертированный тип:

Отличается высокой контактностью. У таких людей масса друзей и знакомых. Они словоохотливы до болтливости, открыты для любой информации. В общении часто уступают роль лидера другим, предпочитают подчиняться, находиться в тени.

**Привлекательные черты:** готовность внимательно выслушать другого, исполнительность. **Негативные:** подверженность влиянию, легкомыслие, необдуманность поступков, страсть к развлечениям, к распространению сплетен и слухов.

## Интровертированный тип:

Люди этого типа характеризуются очень низкой контактностью, замкнутостью, оторванностью от реальности, склонностью к философствованию. Любят одиночество, редко вступают в конфликты и то только при попытках других бесцеремонно вмешиваться в их личную жизнь. **Привлекательные черты:** сдержанность, наличие твердых убеждений, принципиальность. **Негативные черты:** упрямство, ригидность мышления, упорное отстаивание своих идей.

Классификация акцентуации характера, разработанная известным отечественным психиатром А. Е. Личко, по своему содержанию близка к классификации К. Леонгарда.

---

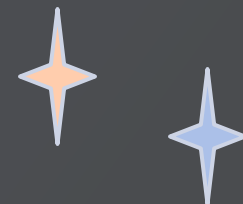
Было выявлено, что чрезмерное усиление отдельных черт характера, при котором наблюдаются не выходящие за пределы норм отклонения в поведении человека, граничащие с патологией, чаще всего наблюдаются в подростковом и юношеском возрасте.

---

Достоинством данной классификации является то, что типы акцентуаций адекватно соотносятся с характерными признаками психопатий для лиц данного возраста.

---

Сопоставление типов акцентуированной личности по К. Леонгарду и типов акцентуации характера по Л. Е. Личко выглядит следующим образом:



# Сопоставление типов акцентуаций характера по Леонгарду и Личко

## Тип акцентуированной личности по Леонгарду

Демонстративный  
Педантичный  
Застывающий  
Возбудимый  
Гипертимический  
Дистимический  
Аффективно-лабильный  
Аффективно-экзальтированный  
Эмотивный  
Тревожный  
Экстравертированный  
Интровертированный

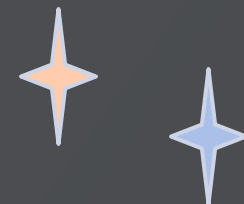
## Тип акцентуации характера по А.Е. Личко

Истероидный  
Психастенический  
-----  
Эпилептоидный  
Гипертимный  
-----  
Циклоидный  
Лабильный  
Лабильный  
Сенситивный  
Гипертимно-конформный  
Шизоидный  
Неустойчивый  
Конформный  
Астено-невротический

В российской психиатрии и клинической психологии **для дифференциальной диагностики расстройств личности и отграничения их от сходных состояний**, например от акцентуации характера, используются критерии психопатий предложенные П.Б. Ганнушкиным, О.В. Кебриковым, согласно данным критериям **расстройство личности** должно отвечать следующим критериям:

---

- ❖ *Относительная стабильность психопатологических черт;*
  - ❖ *Тотальность проявления этих черт (одни и те же черты характера проявляются при любых обстоятельствах);*
  - ❖ *Социальная дезадаптация;*
- 



# Основные нарушения в целевой структуре деятельности и в структуре самооценки у больных невротическими и личностными расстройствами

**Расстройства**

**Нарушения целевой структуры деятельности**

**Нарушения структуры самооценки**

*Невротические*

*Рассогласованность целевой структуры деятельности*

*Рассогласованность подструктур, тенденция к их гиперразведению*

*Личностные*

*Недифференцированность целевой структуры, тенденция к сближению реальных и идеальных целей*

*Рассогласованность подструктур, тенденция к их гиперразведению*

## Внимание

*Расстройства внимания не являются специфичными для невротических расстройств. Их появление связано с основными проявлениями болезни. Как правило, клинически и патопсихологически, можно заметить нарушение концентрации и устойчивости внимания, быструю истощаемость и замедленность переключения внимания.*

## Память

*Нарушения памяти являются одними из характерных и частых, но неспецифических проявлений при невротических расстройствах. Как правило, отмечаются нарушения механического запоминания. Другие нарушения памяти описываются лишь как сопутствующие.*

*По мнению, А.М.Вейна и Б.И.Каменецкой, мнестический дефект у больных невротизмом связан с патологическими эмоциональными состояниями.*



## Мышление

Качественные расстройства мышления не являются специфичными для невротических расстройств. Ассоциативный процесс остается, в целом, логически выверенным.

При **невротической депрессии** отмечается замедление мышления; при **ананкастических невротических проявлениях** появляются **обсессии** — навязчивые мысли, воспоминания.

## Эмоции

Эмоциональные расстройства являются основными в квалицировании тех или иных форм невротических расстройств.

Из аффективных симптомов и синдромов наиболее часто отмечаются депрессия, астения и слабодушие, страхи и фобии, ангедония, тоска и тревога.

Эмоциональные феномены представлены обидой, разочарованием, аффектом недоумения, гневом.

## Интеллект

На роль интеллекта в генезе неврозов указывают Н.Ж.Ейзенк и С.Рахман. Эти авторы на основании экспериментально-психологических исследований рассматривали вопрос о значении уровня интеллекта в развитии неврозов.

Для больных неврозами кривая распределения интеллекта, по результатам исследований Н.Ж.Ейзенк и С.Рахман, оказалась более пологой, чем у здоровых. Иными словами, в группе больных неврозами было гораздо меньше лиц со средним интеллектом, чем в контрольной группе, и на оба крайних отрезка приходился больший процент лиц, страдавших неврозами, чем в контрольной группе.

Эти важные данные позволили исследователям сделать вывод о том, что **у людей со средним интеллектом невроз развивается реже, чем у отклоняющихся от среднего уровня в сторону более высокого и более низкого интеллекта.**

## Воля и мотивация

Потребностно-мотивационный аспект изучения невротогенеза и клиники невротических расстройств, как известно, был присущ **фрейдизму**. S.Freud отстаивал точку зрения о биологичности, конституциональности характера потребности (в его представлении — сексуальной), блокирование которой в условиях общественной жизни с морально-нравственными регламентациями и фатальностью приводит личность к неврозу.

Ученики и последователи S.Freud несколько отошли от представлений своего учителя. Так, К.Ноггеу на основе эмпирического анализа собственной психотерапевтической практики описала десять «невротических» потребностей. Их «аномальность», заключена как в их содержательной противоречивости, так и в формальных характеристиках структуры и способов реализации: навязчивой компульсивности, низкой степени осознанности и подконтрольности, а также присущей всей системе невротических потребностей принципиальной ненасыщаемости.

## Воля и мотивация

Не перечисляя все десять потребностей, отметим лишь некоторые из них:

- потребность в любви и одобрении; особенностью реализации этой потребности невротиком является ее «всеядность» в отношении объекта любви — желание быть любимым всеми и каждым, а в сущности, полное безразличие к партнеру, рассматриваемому как «вещь» или «товар» (E.Fromm);
- потребность в поддержке, стремление иметь сильного и опекающего партнера, который избавит от страха покинутости и одиночества. Невротик никогда не уверен, что его действительно любят, и всегда стремится «заработать» любовь, как в детстве послушный ребенок примерным поведением стремится заслужить родительскую похвалу. Отсюда повышенная зависимость от объекта любви и превентивное «бегство» в независимость;
- потребность властвования, доминирования, лидерства может распространяться на все сферы жизни независимо от того, обладает ли человек достаточной компетентностью для достижения первенства. Отсюда сосуществование противоположных тенденций: постоянного стремления «все выше, и выше, и выше...» и чувства неуверенности в себе, желание властвовать, но при этом отказ от принятия на себя ответственности за бремя власти;
- потребность в публичном восхищении, признании, которые становятся мерилами самооценности;

## **Воля и мотивация**

*В рамках мотивационного аспекта можно отметить и существенный для неврозогенеза диссонанс между прогнозируемым и реальным результатами, становящийся дополнительной причиной интрапсихического конфликта и еще одним источником невроза.*

*Все это многообразие сведено к нескольким основным типам:*

1. Конфликт типа желаемое-желаемое (*аппетенция-аппетенция*) имеет место в том случае, если индивидуум должен выбирать одну из двух равно желаемых потребностей. Субъект при этом испытывает одинаково выраженную потребность реализовать обе возможные линии поведения. Хотя обе они оцениваются как желаемые, необходимость пожертвовать одной из них обуславливает фрустрирующий характер ситуации.

2. Конфликт типа нежелаемое-нежелаемое (*аверсия-аверсия*) связан с необходимостью выбора между двумя равно нежелательными возможностями. При этом имеются конкурирующие потребности избежать каждой из альтернатив, одна из которых неизбежно фрустрируется.

3. Конфликт типа желаемое-нежелаемое (*аппетенция-аверсия*) обычно описывается как стремление индивидуума к какой-либо цели, от достижения которой его удерживает страх или иной отрицательный стимул, ассоциирующийся с желаемой целью или ее окружением (Ch.N.Cofer, M.H.Appley) т.е. как конкуренция между равно выраженными потребностями достичь цели и избежать связанного с ней же отрицательного стимула.

## Сознание и самосознание

*Нарушений сознания в патопсихологическом и психопатологическом понимании у больных невротами не обнаруживается. Нельзя говорить о невротических нарушениях, если больной дезориентирован в месте и времени, а также неправильно идентифицирует себя. Типичными могут считаться лишь нарушения процессов самосознания и самооценки.*

*Начиная с работ, выполненных во фрейдистском русле, в частности, с описанного А.Адлером комплекса неполноценности «невротической личности» интерес к этой теме не ослабевает.*

