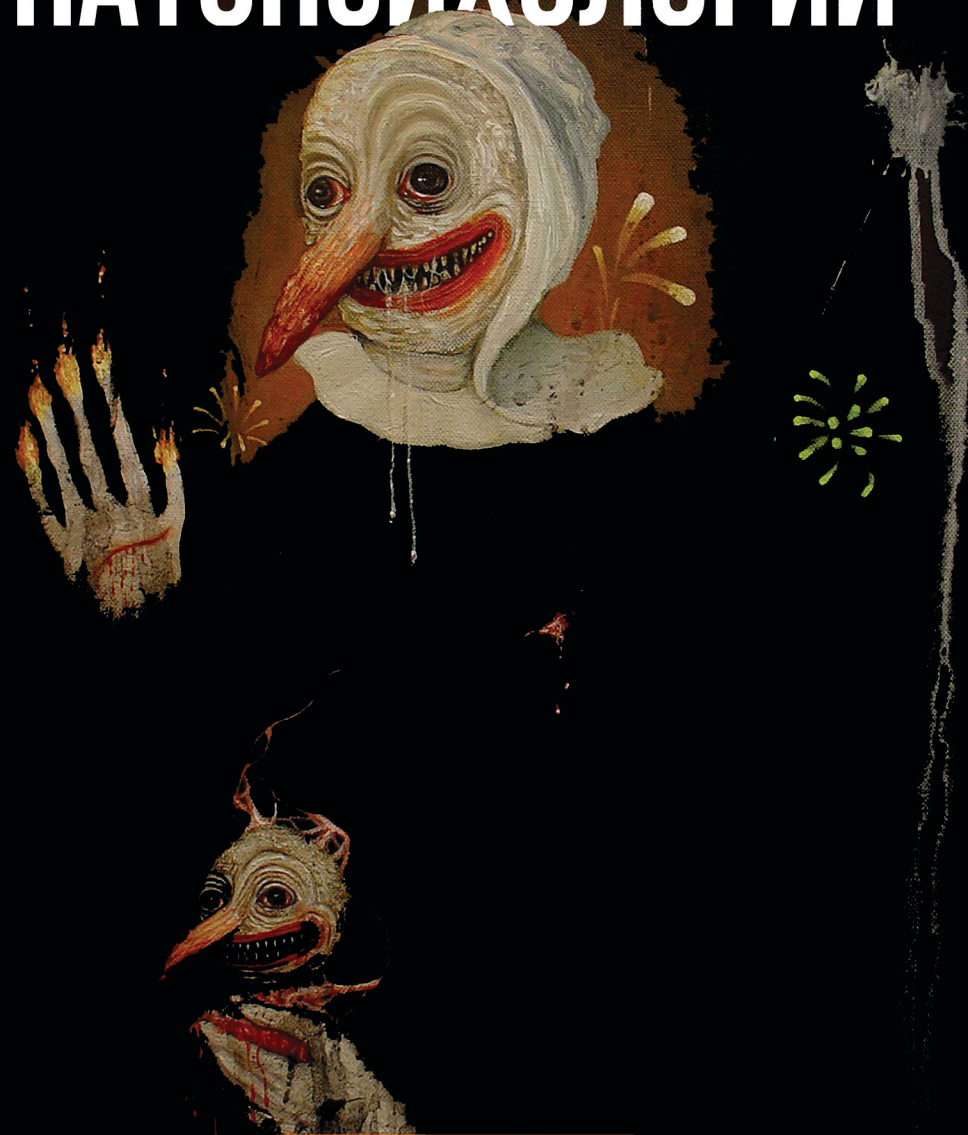




ОСНОВЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Р.Е. Барабанов

ОСНОВЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ



Р.Е. Барабанов

МОСКОВСКИЙ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ –
МОСКОВСКИЙ АРХИТЕКТУРНО-СТРОИТЕЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ

Р.Е. Барабанов

ОСНОВЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ

*Учебное пособие
для студентов высших учебных заведений*

*Под редакцией д-ра мед. наук, профессора
академика АМТН РФ М.Г. Бостанджяна*

Москва
МИТУ-МАСИ
2019

УДК 159.9
ББК 88.7
Р 24

Рецензент:

А.В. Данилов – д-р психол. наук., академик МАПН и ПАНИ

Р 24 Барабанов, Р.Е.

Основы патопсихологии: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / под ред. д-ра мед. наук, проф., академика АМТН РФ М.Г. Бостанджяна ; Московский информационно-технологический университет – Московский архитектурно-строительный институт. – М. : МИТУ–МАСИ, 2019. – 56 с.

ISBN 978-5-91195-149-1

Учебное пособие содержит современные клинико-психологические представления о нарушениях психических процессов и структуры личности при различных психических заболеваниях, что позволит студентам овладеть теоретическими основами и принципами патопсихологического анализа нарушений психической деятельности человека. Предложенная структура пособия поможет выделить главные аспекты изучаемых тематических разделов, организовать и конкретизировать учебный процесс в контексте компетентного подхода.

Для психологов, историков, культурологов.

УДК 159.9
ББК 88.7

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
§ 1. Предмет патопсихологии и ее практические задачи	6
§ 2. Теоретические проблемы патопсихологии	10
§ 3. Построение исследований психической деятельности в патопсихологии	13
§ 4. Учение о шизофрении	18
§ 5. Обзор цикла исследований шизофрении в школе Ю.Ф. Полякова.....	29
§ 6. Понятие невроза.....	35
§ 7. Исследование невротической феноменологии в патопсихологии	41
§ 8. Личностная патология психопатии	48
Вопросы по изученным темам.....	52
Список литературы	54

ISBN 978-5-91195-049-1



© Р.Е. Барабанов, 2019
© МИТУ–МАСИ, 2019

ВВЕДЕНИЕ

Патопсихология представляет собой практическую отрасль клинической психологии, изучающую расстройства психических процессов (например, при психических заболеваниях), а также патологические состояния психологическими методами, осуществляя анализ патологических изменений на основе сопоставления с характером формирования и протекания психических процессов, состояний и свойств личности в норме.

Дисциплина «Основы патопсихологии» является дисциплиной базовой части профессионального цикла дисциплин основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) по направлению подготовки 37.03.01 Психология (бакалавриат). Целью включения этой дисциплины в план подготовки бакалавров в контексте обучающих, воспитательных и развивающих целей основной образовательной программы является подготовка грамотного выпускника, ориентирующегося в биопсихосоциальных закономерностях формирования и психологических «симптомах» психической патологии.

Цель изучения дисциплины заключается в обеспечении студентов системой теоретических знаний в области патопсихологии как одной из важнейших практических сфер клинической психологии.

Цель преподавания дисциплины «Основы патопсихологии» – ознакомление с основными теоретическими и методологическими положениями патопсихологии, основными принципами и задачами патопсихологического исследования и диагностики.

В учебно-методическом пособии «Основы патопсихологии» приведены: теоретические вопросы истории и современного состояния патопсихологии, объект, предмет, специфику организации патопсихологического исследования, функции и сферы деятельности патопсихолога, симптоматику патопсихологических синдромов, методы исследования психической деятельности.

Самостоятельное изучение теоретического материала предполагает: чтение и тезисное конспектирование текстов из списка литературы; составление опорных конспектов лекций; письменные ответы на вопросы; реферирование статей и фрагментов монографий по схеме: указание целей и задач реферируемой работы, вы-

писки ключевых понятий, которые в ней рассматриваются, тезисы основных положений, которые автор выносит на обсуждение, формулировка на основе прочитанного проблемного вопроса; создание иллюстративного материала по изучаемым темам.

§ 1. ПРЕДМЕТ ПАТОПСИХОЛОГИИ И ЕЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Патопсихология – одна из фундаментальных наук, изучающих патологию психики в различных её выражениях.

Нарушения психики могут быть очень разнообразными – легкими или тяжелыми. Легкие формы расстройств не всегда можно просто дифференцировать от нормального состояния человека.

Патопсихология возникла на рубеже XIX и XX вв., когда психиатрия и психология обрели статус самостоятельных научных дисциплин.

Патопсихология появилась на фоне многолетнего практического сотрудничества психиатров и психологов, одновременно в России и на Западе.

Родоначальники патопсихологии:

- В. Вундт, П. Жане, Т. Рибо, З. Фрейд (на Западе);
- С. Корсаков, П. Ганнушкин, В. Бехтерев, В. Мясищев, Л. Выготский, Б. Зейгарник (в России).

Возникли первые психологические лаборатории в психиатрических клиниках (П. Жане, Э. Крепелин, В. Бехтерев, С. Корсаков).

Почвой для многолетнего сотрудничества психологов и психиатров послужило то, что:

1. К концу XIX в. психология являла картину уже сложившейся науки. С помощью психологии появилась возможность объективировать (описать) психические заболевания – описать степень выявленности, структуру заболевания.
2. К концу XIX в. изучили психогенный (!) характер многих психических заболеваний. Как следствие одна из основных задач патопсихологии – это выявление и классификация психологических факторов, вызывающих нарушение психической деятельности.
3. Была актуальна проблема психологической экспертизы в судопроизводстве.

Таким образом, патопсихология – это пограничная область знания между психологией и психиатрией.

Но до сих пор в научных кругах идут споры о терминологическом аппарате, о предмете, о теоретической направленности этой

пограничной области, о том, к чему все-таки ближе патопсихология – к психологии или психиатрии?

Предмет патопсихологии

Психиатрия – область медицины, предметом которой является распознавание душевных болезней, изучение их причин (этиологии), их течения (патогенеза) и их лечения.

Психопатология – раздел психиатрии, который занимается описанием клинических признаков болезней в их динамике. Опирается общемедицинскими понятиями (этиология, синдром и др.). Так как речь идет о психике, то вынужденно оперирует и психологическими понятиями. Использует в качестве критериев оценки состояния больных общепринятые в медицине критерии. Использует для решения своих задач клинко-описательный метод (клиническая беседа + наблюдение).

Психология (по А.Н. Леонтьеву), будучи одним из структурных элементов патопсихологии, нацелена в данном контексте на изучение психологических закономерностей нарушения и распада психики при душевных заболеваниях в сопоставлении с нормой.

У психиатрии и патопсихологии общий **объект** (нарушение психической деятельности), но разные **предметы** исследования.

Логика анализа психологических нарушений в патопсихологии иная, чем в психиатрии.

Основные шаги этого анализа:

- от клинического описания нарушений к их психологической квалификации;
- к раскрытию психологических механизмов возникновения этого феномена;
- к изучению закономерностей тех или иных нарушений психики.

Основной понятийный аппарат и методы – психологические.

Судьба становления патопсихологии в нашей стране

30–40-ые гг. XX в. – наиболее интенсивное становление патопсихологии.

Этому способствовали следующие факторы:

1. Социальные (первая Мировая война, октябрьская революция и т.д.) – большое количество социальных потрясений, катаклиз-

мов, войн. Как результат появилось большое количество людей с мозговыми и психическими травмами; огромное количество беспризорных детей.

2. Идеологический: время нарастания тоталитарной идеологии во всех сферах общества, особенно в областях знаний, связанных с человеком, его сознанием и мировоззрением. Доминирующей методологией стала марксистская идеология. В патопсихологии это привело к тому, что в центре внимания оказались нарушения и состояния наиболее удаленные от мировоззренческих проблем. До конца пятидесятых годов патопсихология изучала когнитивные процессы. Теоретическая ориентация была на школу Л.С. Выготского, а методологическая на эксперимент.
3. Субъективные. У истоков патопсихологии в России была – Б.В. Зейгарник (ученица К. Левина, который на первое место всегда ставил научную теорию!). Он применил в своей деятельности заимствование принципов зарубежных коллег, а именно: развитие теории как самого важного элемента учения + обязательное проведение эксперимента, что, по его мнению, давало объективную картину исследования.

Б.В. Зейгарник также была ученицей и Л.С. Выготского. На основе синтеза двух этих научных школ, она сформулировала основополагающие принципы в патопсихологии:

- принцип системного анализа нарушений психики;
- принцип анализа нарушений в их развитии, динамике.

Практические задачи патопсихологии

Патопсихология выросла на почве решения ряда практических задач психиатрии:

1. Участия в установлении диагноза заболевания (при этом решение диагностических задач осуществлялось и осуществляется с помощью разных специалистов. Задача ставится перед патопсихологом и тогда, когда клиницисты ставят дифференциальный диагноз. В этом случае применение психодиагностических методик помогает более строго выявить характер, степень выраженности, структуру нарушений).
2. Экспертизы (трудовая, военная, судебно-психиатрическая).

- **Трудовая экспертиза** – ставится задача изучения сохранных и нарушенных сторон психической деятельности человека для решения вопроса о его трудоспособности. Это одна из самых распространенных видов экспертиз. При ней мотивация экспертов и подэкспертного чаще всего не совпадают. Это приводит к возникновению особых установок и мотивации – *аггравации* (направленности пациента на преувеличение реально имеющихся у него нарушений). Задача патопсихологии – определить действительный уровень нарушений психических процессов; *диссимуляции* (направленности на преуменьшение реально имеющихся нарушений); *симуляции*.
- **Военная экспертиза** – решение вопроса о возможности службы в армии. Симуляция как вариант установочного поведения, наблюдается чаще всего в ситуации судебно-психиатрической экспертизы. Сам процесс симуляции очень сложен, вопрос о вменяемости решается не психологами, а судом на основании всех медицинских данных.
- 3. Характеристики структуры психического дефекта у больных с малоизученными или новыми формами психических расстройств.

На протяжении последних десятилетий появился ряд новых форм психических расстройств, сопровождающих другие заболевания.

§ 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Патопсихология в нашей стране развивалась в особой социокультурной ситуации.

Л.С. Выготский создал в начале XX в. – культурно-историческую концепцию.

А.Н. Леонтьев тогда же сформулировал теорию деятельности.

В настоящее время в отечественной науке общепринятым является положение о развитии, прижизненном формировании психики (Л.С. Выготский): мозг – необходимое и важнейшее условие развития, НО этого мало! Основным источником развития – социокультурная среда, реальное бытие человека, окружающий мир. В процессе формирования психики в онтогенезе происходит её усложнение.

Общие закономерности формирования психики в норме характерны и для патологических явлений, а именно – в условиях психической болезни мозг (поврежденный) содержание образа мира черпает все равно из реального мира.

Для аргументации высказанных положений приведем некоторые **клинические примеры**:

1. БРЕД – сложное психопатологическое явление; ложные суждения, не поддающиеся коррекции. С позиции патопсихологии: и содержание, и структура бреда имеют социокультурную детерминацию. Содержание бреда – в разные исторические периоды различно! Следовательно психически больной всегда современен – адекватен времени. Структура бреда – паралогичные суждения на самом первом этапе становления бреда. Первичное нарушение логики вызвано особым эмоциональным состоянием (аффектом) – прежде всего это страх и тревога. Разум слаб, аффект берет верх. Вся структура систематического бреда строится по законам формальной логики. Индуцированный бред содержит в себе бредовые суждения, которые возникают в паре лиц, находящихся в симбиотической связи. Как следствие, специалисту нужно разделить пару. При этом у здорового представителя диады быстро нормализуется состояние. Больной же человек заслуживает лечения в соответствии с его эмоциональным состоянием. Бред

имеет в своем генезе и психологические корни – недостаточно изученные.

2. ГАЛЛЮЦИНАЦИИ – восприятие без объекта. **К. Ясперс** говорит следующее: возникновение галлюцинаций связано с воздействием ряда условий. Галлюцинация и её качество зависит от культурной среды, в которой живет человек, от состояния интроцептивного аппарата, от сохранности анализаторных систем, от состояний сознания человека, от направленности его внимания. **Ю. Попов** считает, что галлюцинации как обман чувств возникают тогда, когда мозг человека находится в парадоксальной фазе и в этот период все минимальные воздействия приобретают иной, искаженный характер – образы представлений приобретают чрезвычайно чувственную яркость и начинают проецироваться вовне. Для этого необходим ряд условий – определенное эмоциональное состояние пациента, определенное состояние центрального нервного аппарата и анализаторных систем. **В. Бехтерев** предположил, что галлюцинация, так же как и восприятие в норме, имеет рефлекторную природу и не может быть беспредметной. В доказательство своих слов он провел эксперимент: в звукоизолированную комнату поместился человек – больной, переживший в недавнем прошлом слуховые галлюцинации. В эту комнату транслировались слабые звуки. Появление этих сигналов провоцировало у больного возникновение тех слуховых галлюцинаций, которые возникали в прошлом. По итогу становится понятно, что для того, чтобы возникла галлюцинация, необходим *стимул*, соответственно, галлюцинация не беспредметна.

В 70-ые гг. XX в. – **С.Я. Рубинштейн** опиралась на эксперименты В. Бехтерева. Её гипотеза заключалась в том, что – невозможно восприятие без объекта. Необходимо воздействие вне определенного рода раздражителей + необходима собственная активность пациента, направленная на поиск сенсорной информации. В этом отношении был также проведен эксперимент – звукоизолированная комната, в которую транслировались слабые звуковые сигналы, иногда подпороговой интенсивности: одни сигналы – когда можно определить предметный источник, другие сигналы – когда предметный источник определить трудно. Испытуемые – первая группа здоровых испытуемых, вторая группа – это больные с разными формами психических

заболеваний, перенесших в недавнем прошлом слуховые галлюцинации. У здоровых испытуемых спровоцировать появление галлюцинаций не удалось. Только у ряда испытуемых – признаки тугоухости. У больных удалось спровоцировать появление слуховых галлюцинаций. Вывод в данном случае один: галлюцинации не имеют принципиального отличия от иллюзии восприятия – при галлюцинациях также имеет место *искаженность восприятия*, соответственно нарушения восприятия по типу галлюцинаций выражается в искаженном восприятии. Для того чтобы возникла галлюцинация, необходима направленная активность прислушивания, поиск сенсорной информации пациентом. Галлюцинации могут возникнуть и у здоровых людей, НО в том случае, когда человек находится в определенных условиях (сенсорная депривация и др.). Содержание галлюцинаций всегда так же современно, как и содержание бреда.

В заключение скажем: одной из теоретических проблем патопсихологии является изучение условий и психологических механизмов возникновения патологических явлений как относительно простых, так и таких сложных как бред, галлюцинации, нарушения сознания и т.п. Исходя из этого, современные ученые понимают, что среди всех требований к методу исследования в патопсихологии, можно выделить главное – эксперимент, если он необходим, должен создавать условия, провоцирующие возникновение некоторых патологических явлений; он должен содержать в себе возможность варьирования этих условий и контроля.

§ 3. ПОСТРОЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПАТОПСИХОЛОГИИ

Нарушение, распад психики не носят тотальный характер. В структуре психической деятельности сохраняются многие функции.

В структуре нарушений психической деятельности бывают чрезвычайно развернутые звенья психической активности. Приведем несколько экспериментальных примеров.

Эксперимент № 1: больной эпилепсией, с нарастающим дефектом психики. При выполнении некоторых диагностических проб больной обнаруживает чрезмерную развернутость психической деятельности. Если ему предложить методику пиктограмм – нарисовать слово, которое нужно запомнить, больной заполняет всю страницу рисунками. Итог: опосредование чрезвычайно развернуто. Чем обстоятельнее рисунок, тем меньше воспроизводимость.

Эксперимент № 2: увеличение дефекта психики человека с травматическим поражением мозга. Задание – сложить куб Линка (много маленьких кубиков, у которых стороны разного цвета). Нужно из маленьких кубиков сложить один большой куб 3*3 так, чтобы большой куб был окрашен в один цвет. При складывании кубика больной постоянно себя проверяет. Большое число ошибок, очень низкая продуктивность.

Исходя из вышеописанного, мы можем в целом обозначить *проблему* патопсихологии: это изучение той новой структуры психической деятельности и особенностей функционирования психики при различных заболеваниях.

При этом должны быть определенные *требования к методу исследования*: метод исследования должен не только создавать условия провоцирования возникновения тех или иных нарушений, но и открывать возможности количественной фиксации нарушений, которые опираются на строгую классификацию психологических феноменов.

Психика человека имеет сложное системное строение. Возникающая в условиях болезни, дефект психики имеет сложное системное строение. Приведем пример.

Эксперимент: у больных, страдающих травматической болезнью, одним из самых ярких проявлений психических нарушений является *повышенная истощаемость*. Это обнаруживается в различных пробах: например, на запоминание – по мере нарастания повторений, способность к запоминанию уменьшается. У больного, у которого развивается этот дефект психики, развитие в условиях болезни не прекращается. Проблема, которая ставится перед специалистом – анализ системы структуры дефекта с выделением в структуре процессов распада и процессов развития. Проблема оценки и анализа социального положения человека.

Требования к методу исследования: он должен создавать условия для анализа распада/развития, открывать ЗБР (зоны ближайшего развития) пациента; должен содержать принцип обучающего эксперимента.

Компенсация дефекта может быть успешной/неуспешной. В случае неуспешной компенсации, за счет активности компенсаторных процессов, могут возникать новые симптомы. Эти симптомы психологические. Приведем несколько примеров.

Эксперимент № 1: ряд здоровых людей при шкалировании самооценки (по Дембо-Рубинштейн) ставят себя в середину. Больные же помещают себя вверху.

Эксперимент № 2: феномен конфабуляции (заполнение пробелов памяти вымыслом). Здесь важно выделить первичные и вторичные симптомы. Первичные – это характеристики самого патологического процесса. Вторичные – это особый психологический характер заболевания, который возникает вследствие неуспешной компенсации дефекта.

Проблема исследования в данном контексте – это изучение психологических механизмов возникновения вторичных (психологических) симптомов, осложняющих основную картину заболевания.

Требования к методу – должен создавать условия для дифференциации первичных и вторичных симптомов.

Общие требования к исследованию в патопсихологии:

1. Обязательное варьирование ситуации, в которой исследуется больной (биографическое исследование, наблюдение).
2. Варьирование деятельности, которую выполняет больной (предлагать разную по структуре деятельность).

3. Варьирование состояния больного (например, препаратов, которые позволяют затормозить темп деятельности и др.).

Принципы построения диагностического исследования в патопсихологии: эти исследования направлены на индивидуальную оценку психической деятельности одного больного. Здесь важно соблюдать следующие принципы:

1. Диагностическое исследование строится по принципу функциональной пробы – нагрузка на определенную функцию, описать и оценить её структуру.
2. Обязательность учета оценки личного отношения больного к исследованию для избежания ложных оценок, артефактов.
3. Обязательность качественного анализа всего процесса работы больного и результатов.

Основные составляющие качественного анализа:

Понял ли инструкции в той или иной диагностической пробе.

Принята ли эта инструкция. Например. *Эксперимент:* инструкция – нарисовать, чтобы запомнить слова. Пока не названо слово, больной уже рисует!

Анализ ошибки: время её появления (если в начале – феномен апродуктивности, в конце – феномен истощаемости).

Качество ошибки (её психологическая квалификация).

Замечает ли пациент самостоятельно ошибки или только при напоминании.

Как сам больной оценивает качество своей работы (продуктивность своей работы, уровень выполнения).

1. Необходимо применение нескольких диагностических методик для исследования одного пациента;
2. Обязательность повторных исследований пациента (психическое состояние больных изменчиво и часто это состояние может меняться несколько раз в день. Здесь нужно понять, какие нарушения психики являются стабильными, а какие – изменчивыми. При этом очень важно понять, чем вызваны эти быстрые изменения);
3. Необходимо предварительное изучение истории болезни, предшествующее применению психодиагностических методик.

Психиатрическая история болезни – отличается тем, что в ней содержится материал, важный для психологической характе-

ристики пациента; *анамнез* – история жизни и болезни, записанная лечащим врачом, часто – обыденным, простым, житейским языком. При этом можно выделить:

1. Анамнез субъективный (со слов больного), в нем может содержаться много искаженных фактов.
2. Анамнез объективный (содержит сведения об истории жизни и болезни со слов людей, знающих этого человека).

Изучение и сопоставление первого и второго анамнезов представляет собой аналог метода независимых характеристик.

Психический статус больного – это описание психического состояния больного, составленного лечащим врачом, в динамике наблюдения за больным.

Помимо всего прочего в работе патопсихолога нельзя забывать и этап *психологической квалификации данных*, который заключается в ответе на следующие вопросы:

1. Имело ли место в истории жизни данного пациента влияние биологических вредностей?
2. Каково раннее детство, условия семейного воспитания, особенности отношения с мамой и была ли вообще мама?
3. Как, в какие сроки протекало становления ведущей деятельности? Были ли отклонения от нормального хода?
4. Каков был подростковый этап, ранняя юность (манифестация психической болезни, её начало)? Например, поведенческие девиации, трудности в установлении контактов со сверстниками, выраженные эмоциональные нарушения.
5. Как проходила ранняя молодость (период профессионального и семейного становления человека)? Здесь можно отметить, что субъективный и объективный анамнез дают нам возможность лучше узнать о больном, а также они необходимы для того, чтобы установить адекватный психологический контакт с больным в ходе диагностического исследования. Также эта процедура нужна для того, чтобы конкретизировать собственные диагностические задачи исследования, выстроить логику диагностического исследования.
6. В ходе диагностического исследования необходимо всё время безостановочно находиться в контакте с психически больным

(*непрекращающийся диалог* на разных стадиях проведения диагностики имеет разные цели):

- 1 этап – вступительная беседа с больным (важно узнать его жалобы, в том числе и жалобы психологического характера; обязательно в доступной больному форме должны быть сформулированы цели предстоящего исследования; важно, чтобы пациент понял, что ему не нанесут вреда, что к нему доброжелательно расположены);
- 2 этап – когда больному пациенту уже предлагаются некоторые методики; могут иметь место различные формы общения; диалог важен для стимуляции пациента к деятельности, для поощрения или порицания пациента для того, чтобы понять, можно ли у больного вызвать адекватную эмоциональную реакцию на оценку, для коррекции ошибок;
- 3 этап – заключительный; чтобы создать у пациента в целом позитивное отношение в диагностической процедуре; важно понять, как сам пациент оценивает результаты диагностики; успокоение, утешение больного, чтобы была возможность для повторного исследования.

В целом работу патопсихолога можно систематизировать, выделив несколько этапов:

- 1 этап – симптоматическая диагностика (выявление отдельных нарушений и их квалификация);
- 2 этап – синдромологический (установление причинно-следственных связей);
- 3 этап – этиологический (установление природы психологических явлений, феноменов у больного);
- 4 этап – прогностический (представление картины возможного развития событий);
- 5 этап – разработка психологических рекомендаций больному и лечащему врачу.

§ 4. УЧЕНИЕ О ШИЗОФРЕНИИ

Шизофрения – это прогрессирующее психическое заболевание, характеризующееся диссоциацией психики – утратой единства психики, быстро или медленно развивающимся дефектом личности, который выражается в снижении активности, аутизме, эмоциональном оскудении. На этом фоне у больных могут возникнуть различные психопатологические расстройства.

Возраст начала заболевания имеет значение, поскольку обуславливает определенную симптоматику:

- детский возраст – признаки задержки общего психического развития ребенка;
- подростковый и юношеский возраст – поведенческие и личностные расстройства;
- взрослые люди в среднем возрасте – развернутые параноидные картины в виде систематического бреда;
- поздний возраст – тревожно-депрессивные и ипохондрические расстройства.

Диссоциация психики проявляется:

1. В нарушении сознания единства собственной личности (при деперсонализации, амбивалентности).
2. В несоответствии эмоций содержанию сознания (при сохранности системы знаний, понятий, при возможности осуществления логических операций и т.д. – так называемая, эмоциональная скудность, обеднение эмоций).
3. В изменении системы социальных контактов – ее оскудение при потенциальной возможности осуществления общения.
4. В противоречиях в когнитивной сфере – у больного потенциально сохранены когнитивные возможности, но в то же время больной непродуктивен при выполнении заданий.

Психологическая картина:

Нарушения в мышлении. При шизофрении возникают рано на самых первых этапах болезни и сохраняются на всем протяжении заболевания; служат важнейшим диагностическим критерием при постановке диагноза «шизофрения».

При этом *мышление* – это познавательная деятельность, опирающаяся на систему понятий, подчиненная цели, направленная на решение задачи с учетом условий (по Б.В. Зейгарник).

Структура мыслительной деятельности у психически больных и здоровых одинакова. Однако отдельные звенья могут быть редуцированы или чрезмерно развернуты, либо искажены – как у больных.

Классификация по Б.В. Зейгарник: (место, занимаемое тем или иным нарушением в структуре деятельности) предполагает *три основных блока нарушений*:

1. Нарушение операциональной стороны мышления:
 - искажения мыслительных операций, обобщений;
 - снижение уровня выполнения мыслительных операций.
2. Нарушения динамики мышления:
 - инертность мышления;
 - лабильность мышления.
3. Нарушение мотивационного аспекта мышления:
 - нарушение критичности мышления;
 - разноплановость мышления;
 - резонёрство.

Как таковая, шизофрения – это заболевание с неустановленной этиологией и хроническим течением. Основной дефект – эмоционально-личностные нарушения. Всегда есть эффект диссоциации личности как в эмоциональной так и в когнитивной сфере.

Психологическая классификация подобного рода нужна, так как в психиатрии нет собственной системы классификации. Б.В. Зейгарник, создавая свою классификацию нарушения мышления, преследовала определенные цели:

- во-первых, Б.В. Зейгарник исходила из положения о том, что описать структуру дефекта больных, опираясь только на количественные показатели, невозможно. Для того, чтобы дать полную характеристику нарушения у разных пациентов важно оценить качество, а не только количество, ошибок;
- во-вторых, описание качества ошибок может иметь диагностическую ценность.

Основные психологические феномены нарушения мышления при шизофрении:

При шизофрении не наблюдается весь спектр выделенных нарушений. Для шизофрении характерно нарушение системы, характера, содержания мыслительных операций. Для решения любой сложной проблемы, мыслительной задачи, необходимо использовать аппарат мыслительных операций, выделить существенные признаки и абстрагироваться от несущественных, провести обобщение и т.п. В этом звене мышления мы и обнаруживаем нарушения при шизофрении. Больным, как правило, доступны во всем объеме мыслительные операции. Это проявляется в том, что при решении диагностических задач больные без труда справляются с самыми сложными заданиями. Но при выполнении мыслительных операций больные опираются на несущественные, малозначимые, латентные признаки. Таким образом, сравнение или обобщение совершается по этим латентным признакам. Такие решения находятся сразу, без размышления. Приведём примеры.

Одна из диагностических проб – исключение предметов («четвертый лишний»):

1. Если изображены дерево, этажерка, метла и вилка. Больной шизофренией выделяет вилку, так как она горизонтальна, или этажерку, так как у неё нет стержня.
2. Если даны: кошелек, книга, портфель и чемодан. Исключаются кошелек, так как все остальное – наружные спутники человека, а кошелек – внутренний спутник.
3. На бланке даны примеры логических отношений между словами. Дано слово, к которому надо подобрать другое с аналогичным отношением. Коньки – ЗИМА; лодка – ВЕСЛО, так как на коньках катаются зимой, а на лодке без весла далеко не уплывешь.
4. Сравнение понятий. Больные обнаруживают искажение мыслительных операций. Мышь и Кошка. Сходства: поддаются дрессировке, видят в темноте и т.п. То есть сравнение по несущественным признакам;
5. Пиктограммы (больным доступна операция опосредования!). Больные обнаруживают признаки искажения операции опосредования. Эти искажения выглядят по-разному: часто они используют для запоминания слов в пиктограмме не содержательные, а формальные связи, пациенты могут для запоминания использовать самые разные значки; другой вариант пиктограм-

мы – установление связи по созвучию (печаль – печь, разлука – лук, сомнение – ком глины). Также возможно использование фрагментарного рисунка при адекватной по содержанию связи (изображение следов («поступь») при запоминании слова «поступок»).

Поступок



Строгая учительница



Использование неадекватных по содержанию или метафорических рисунков. На «вкусный ужин» больной рисует цветок, потому что «цветы бывают вкусные». На слова «слепой человек» рисует звезду, потому что «есть красивые звезды в горах». Метафоры: для запоминания слова «болезнь» рисуется вилка, так как она сверлит и укалывает, а для запоминания слова «разлука» – нож.

Снижения уровня мыслительных операций для больных шизофренией нетипично. Для них также нехарактерно нарушение динамики мышления в виде инертности или лабильности. Только в малых случаях эти нарушения могут наблюдаться в качестве исключения как побочные эффекты, например, фармакологического лечения.

Основные нарушения относятся к мотивационному аспекту (и разноплановость, и нарушение критичности, и резонерство).

Пример нарушения критичности: больному предлагается проба Эббингауза. Это текст с пропущенными словами, где пропуски надо заполнить, опираясь на контекст. «Лев стал злиться и не мог ходить на водопой, тогда он решил жить хитростью, и затаился в своей пещере и притворился спящим. Когда звери стали приходить и навещать больного оленя, лев набрасывался и съедал их». Таким образом мы обнаруживаем отсутствие критичности к своим ошибкам и желания их исправить, отсутствие направленности на успех, результат, отсутствие мотивации достижения.

Нарушения критичности напоминают нарушения у «лобных» больных.

Разноплановость мышления характеризуется наличием нескольких взаимосвязанных признаков: больной, понимая инструкцию, при выполнении одного задания, одновременно исходит

из разных установок. Вследствие этого часть задания может выполняться по инструкции, другая – по настроению, третья – по собственным пристрастиям. Таким образом, мышление идет в разных планах. Нарушается логический ход мышления. Далее, при разноплановости, больной нечувствителен к критическим противоречиям, некритичен к ошибкам в суждении, как следствие – теряется продуктивность мыслительного акта.

Пример: испытуемому деются картинки в виде игральные карт (70 штук). Дается «глухая» инструкция – «разложите картинки на группы, что к чему подходит». Больному шизофренией задание понятно и инструкция принимается. Начинается классификация по существенным признакам. Через какое-то время больной меняет основание классификации (самолет, бабочка, пчела и глобус по основанию «летающие», параллельно образует группу «железные»). На каком-то этапе больной может выделить группы «то, что я люблю» и «то, что я не люблю». Образование групп «сила ума человеческого» – самолет, часы, корабль, глобус; «предметы для зрелищ» – лыжник, велосипед, слон.

Разноплановость мышления отличается от многоплановости мышления у здоровых испытуемых!

Феномен резонерства наблюдается не только у психических больных с разными заболеваниями. Наблюдается и в норме и выражается в велеречивых и многозначительных суждениях с претензией на оригинальность. Но в норме они возникают в определенных жизненных ситуациях, когда требуются компенсаторные средства при дефиците знаний, умений или навыков в ситуации общения. Эти проявления всегда адресованы партнеру.

При шизофрении резонерские суждения носят характер «бесплодного мудрствования» и характеризуются рядом признаков: резонерство при шизофрении выражается в аффективно насыщенной потребности говорить (поведать что-то миру), в аффективной неадекватности выбора предмета обсуждения, в склонности больного к большим обобщениям и абстракциям по отношению к мелкому предмету обсуждения, в претенциозно-оценочной позиции больного (позиция «сверху»), резонерство часто определенным образом оформляется вербально (позиция авторитета), и интонационно (эмо-

циональная окраска суждения выражена в пафосе высказывания). Также отсутствует ориентация на собеседника!

Пример: объяснение пословиц. «Лес рубят – щепки летят».

Резонерство может быть кратким, и тогда основным признаком делается вербальное оформление, интонационная и аффективная окраска.

Пример: определение понятий. «Часы – импульс или пульс жизни человечества». «Шкаф-элемент жизненных условий».

Говорение как некоторое искусство для искусства, не адресованное собеседнику!

Попытки объяснения особенностей шизофренического мышления:

1. **Э. Блейлер.** Связывает шизофреническое мышление с аутистическим мышлением. Он выделяет два вида мышления: аутистическое и реалистическое. Они подчиняются разным принципам функционирования. Реалистическое направлено на реальность, а аутистическое не зависит от реальности, управляется аффективными потребностями и подчиняется принципу удовольствия. Реалистическое мышление приобретается путем опыта, а аутистическое следует врожденным механизмам. Реалистическое подчиняется законам формальной логики, а аутистическое «может использовать для своих целей материал, лишенный всякой логической связи». Как особый вид аутистического мышления – мышление в сновидении, грезах, мечтах, при решении задач, недоступных нашему пониманию. То есть, Э. Блейлер заявляет, что при шизофрении доминирует аутистическое мышление – «больному оно создает мир реальности, который реальнее, чем тот, который мы считаем действительностью». Аутистическое мышление по Э. Блейлеру связывается с аффективно-потребностной сферой.
2. **К. Ясперс** – при шизофрении мы не обнаруживаем расстройств, затрагивающих память или внимание, наблюдаем совокупность знаний больных, нет утраты знаний, НО зато наблюдается разрушение способности к мышлению как присущей человеку

духовной реальности. Обнаруживается неспособность в не-возможности улавливать основное, самое существенное, или, по меньшей мере, то, что считается существенным, социальным, объективным. Эти нарушения суть ни что иного как изменения самой личности – и в мышлении проявляется совокупность этих изменений. Это нарушение, изменение личности состоит в безумном искажении человеческого естества – имеет место утрата спонтанности, личностной активности, произвольности. Когнитивные нарушения в данном случае – это вторичные нарушения. Основной фактор нарушений – снижение именно личностной активности.

3. Немецкая клинико-психиатрическая школа, середина XX в. – *Й. Берце, Г. Груле, К. Берингер*. Эти исследователи следовали идеям Вюрцбургской школы изучения мышления, применяли теоретические положения этого направления. Основная гипотеза – при шизофрении, конечно, нарушается активность человека, НО это нарушение активности выражает гипотомию (атаксию) сознания. Мышление страдает при шизофрении именно вследствие нарушения функций сознания, это первичное нарушение. Таким образом, когнитивные нарушения – вторичные. Вследствие гипотомии сознания пациентов возникает диссоциация между репродуктивным и продуктивным мышлением – больной шизофренией каждый раз решает задачу «с чистого листа», заново, без опоры на опыт. При диссоциации между репродуктивным и продуктивным мышлением любая продуктивная деятельность больному шизофренией оказалась бы недоступной, НО опыт показывает, что такие больные в течение длительного времени сохраняют парциальные способности к продуктивному выполнению ряда видов деятельности (например, математические, шахматные задачи).
4. *Д. Камерон, О. Матусек, П. Пэйн, Р. Мэтисон*. Их основная гипотеза заключается в том, что – делается попытка не связывать нарушения мышления с иными формами патологии (личности, сознания). Исследователи говорят о том, что нарушение мышления в структуре самого мышления – *феномен сверхвключения*. Суть феномена – при шизофрении больной, решая мыслительную задачу, привлекает для этого избыточное количество информа-

ции, избыточное количество признаков, категорий, суждений. Сама структура понятия нарушается за счет *включения* в содержание понятия этих избыточных признаков. Здесь можно выделить две позиции. Первая – ряд авторов считает, что этот феномен возникает за счет нарушения фильтрации (селекции) поступающей информации, причину-природу этого нарушения нужно искать в деятельности мозга. Вторая – больные обнаруживают неспособность, невозможность противостоять эмоциональным стимулам.

5. Работы школы Б.В. Зейгарник: исследования продолжались на протяжении многих лет (50–70-ые гг. XX в.), они опирались на те представления о мышлении, которые сложились в отечественной психологии. Исходная гипотеза исследования больных шизофренией:
 - 1) нарушения мышления нельзя рассматривать в отрыве от целостной жизнедеятельности человека как личности;
 - 2) в основе нарушений мышления при шизофрении лежит феномен смысловой смещенности, то есть – изменение системы личностных смыслов человека, его личностная направленность;
 - 3) смысловая смещенность, изменение системы личностных смыслов обнаруживается не только при исследовании мышления больных, но и в мнестической деятельности, в перцептивной сфере и т.д. – то есть явление смысловой смещенности обнаруживается во всей познавательной сфере в целом; для изучения смысловой смещенности возможно применение следующих методических приёмов:
 - биографического метода;
 - комплекса методик, направленных на оценку различных сторон психической деятельности;
 - вариации инструкций с предъявлением больным одних и тех же заданий;
 - построения экспериментальных моделей по принципу эксперимента в школе К. Левина, которые отличаются простотой процедуры.

Как результат: необходимо изучать различные стороны познавательной активности больного.

ПАМЯТЬ – здесь важно исследование влияния мотивации на мнестическую деятельность больного; запоминание незавершенных и завершенных действий. В норме – незавершенные действия запоминаются почти в два раза лучше, чем завершенные; при шизофрении – такого эффекта не наблюдается. Деятельность здорового человека, принимающего участие в исследовании, определенным образом мотивированна – ВСЕГДА. Если действие прерывается, то эта направленность на достижение результата НЕ ДОСТИГАЕТСЯ и эффект преимущественного запоминания незавершенных действий может быть объяснен направленностью на достижение.

ВОСПРИЯТИЕ – эксперименты А.Н. Соколова: здоровым испытуемым и больным шизофренией предлагался для опознания зрительный стимульный материал разной степени неопределенности (например, картины с неопределенным сюжетом, беспредметные изображения – пятна Роршаха). Использовался фактор вариации инструкции. В первой серии – неопределенный стимульный материал предлагался с нечеткой инструкцией, во второй серии – «...Исследуйте Ваше воображение. Посмотрите на эти рисунки и пофантазируйте, что Вы видите», третья серия – «...Изучаются Ваши умственные способности и таким образом, рассматривая этот стимульный материал, Вы проявите свои способности». Результат: основное отличие нормы от патологии – у здоровых испытуемых по мере изменения содержания инструкции меняется характер, динамика и содержание их образа при опознании неопределенного стимульного материала, меняется количество гипотез. При шизофрении же ни количество гипотез, ни содержание гипотез не изменяется при переходе от одной инструкции к другой. Больные шизофренией обнаруживают часто стереотипные ответы при восприятии самых разных по содержанию и качеству изображений. Они часто обнаруживают при опознании этих изображений ориентацию на отдельные фрагменты.

МЫШЛЕНИЕ – в экспериментах Т.И. Тепеницыной и М.М. Коченова исследовался фактор влияния мотивации на продуктивность мышления. М.М. Коченов считал, что у больных страдает процесс целеполагания и целедостижения. Сама технология исследования довольно проста – перед больным на столе раскладываются разные задания, всего предлагается девять заданий: корректурная проба, счет по Э. Крепелину, кубики Коса, просьба нарисовать сто

крестиков, из коробки спичек сложить колодец, три головоломки (для детей) – простейшие устройства, где нужно соединить-разъединить элементы головоломки. Инструкция предоставляется следующая – «Из этих заданий нужно выбрать самостоятельно три таких, которые обеспечивали бы наибольшую скорость выполнения с тем, чтобы уложиться в 7 минут». *Здоровые испытуемые* – принимают инструкцию, испытывают эмоциональную напряженность; например, они говорят «...ерунда такая, а что же я так волнуюсь???»; нацеленность на успех – на быстрый темп исполнения, «я успеваю?»; отбор заданий по принципу экономичности; планирование последовательности выбора заданий. *Больные шизофренией* – принимают задания и начинают как-то манипулировать с ними; нет нацеленности на скорость исполнения, поэтому пациенты могут выбрать самые невыигрышные задания – складывание колодца из спичек; «...я люблю, чтобы все было красиво» – складывает спички головками в одну и ту же сторону, чтобы было красиво, в силу тремора сам разрушает построенное здание; нет экономности выбора, берутся любые, случайные задания; на вопрос: «Почему выбрали именно эти задания?», отвечают: «Они лежали ближе ко мне; я решил взять те, что лежат справа» и др. Интерпретация отличий:

В русле основной гипотезы. Адинамия мотива (в самих отчетах испытуемых: «не хочется об этом думать», «не заставлял себя», «лень было думать»). Разнопланность мотивов, побуждающих активность, деятельность больного.

На фоне снижения побуждений выявляется отчетливо ярко выраженные островки неадекватной социальной активности – очень локальные формы активности.

При шизофрении может быть выделен и описан особый *патопсихологический синдром*, не повторяющий клинический, медицинский синдром.

Синдром – относительно устойчивая, внутренне связанная, иерархически организованная совокупность отдельных нарушений, проявляющихся в поведении, эмоционально-личностном реагировании и познавательной деятельности больного. Синдром рассматривается как система взаимосвязанных признаков, связанных именно иерархически. Патопсихологический синдром не есть эмпирическая данность, а является результатом психологического анализа и ин-

терпретации, вследствие которых и устанавливается эта системная природа связей между отдельными нарушениями. Ведущий синдромообразующий фактор, первичное нарушение в структуре синдрома – это нарушение мотивационной сферы в виде дефектов смыслообразования, адинамии мотива и нарушения иерархии мотивационной сферы. С ним связаны вторичные нарушения – дефекты целеполагания и целедостижения, следовательно – нарушение произвольной регуляции контроля за протекаемой деятельностью, нарушение когнитивной сферы. Усиление аутизма и социальной изоляции больных именно как реакция на дефект – это третичные синдромы.

§ 5. ОБЗОР ЦИКЛА ИССЛЕДОВАНИЙ ШИЗОФРЕНИИ В ШКОЛЕ Ю.Ф. ПОЛЯКОВА

Ученик Зейгарник, Ю.Ф. Поляков, руководил много лет лабораторией в Центре психического здоровья. Всю жизнь посвятил изучению шизофрении. Выдвинул иную гипотезу относительно нарушений когнитивной сферы у больных шизофренией, не согласившись с гипотезой Б.В. Зейгарник. Сначала предполагал, что нарушение когнитивных процессов неправомерно выводить из дефектов эмоционально-личностной сферы. Считал, что существует ряд фактов, которые свидетельствуют о том, что природу нарушений следует искать в структуре когнитивных процессов (например, опора на использование прошлого опыта больными шизофренией).

Первоначальная гипотеза Ю.Ф. Полякова – у больных шизофренией нарушается вероятностная структура прошлого опыта, в следствии чего при решении различных когнитивных задач актуализируются, извлекаются из прошлого опыта с равной вероятностью как значимые, существенные признаки, так и малозначимые, несущественные, латентные признаки. Это проявляется в различных когнитивных процессах.

Было поставлено несколько *серий экспериментов*.

Тип эксперимента был следующий: тестовый материал организовывался таким образом, чтобы можно было понять, как здоровые испытуемые и больные шизофренией в сравнении оперируют прошлым опытом при решении разных задач. При этом задачи были разделены на:

Задачи на слуховое восприятие – исследование В.П. Критской. На магнитофон записываются фразы с разными по качеству завершающими словами – окончанием фраз. Фразы составлены таким образом, что завершение фразы содержательно зависит от общего контекста фразы. Фразы строились таким образом, что последнее слово фразы либо было высоко вероятным, либо необычным, маловероятным. «Двор зарос зеленой ТРАВОЙ» или «Врач надел белый ???» (ФАРТУК), «Фотограф сделал хорошую ???» (КОРОБКУ). Другой приём – на окончание фразы налагался шум разной степени интенсивности – он затруднял восприятие слова, заканчивающего фразу. Основной результат: на фоне слабого шума и больные шизофрени-

ей, и здоровые испытуемые одинаково хорошо/плохо опознавали окончание фразы. На фоне очень выраженного шума – результаты также были одинаковыми (одинаково плохо/хорошо). Существенные различия – в области шума средней интенсивности.

Исследование особенностей зрительного восприятия – эксперимент Т.Ф. Богданова (на начальном этапе работ в школе Ю.Ф. Полякова). Построен по тому же принципу, что и предыдущий. В Сравнении – здоровые испытуемые и больные шизофренией. Процедура: на экран проецируются изображения различных предметов или группы предметов, причём эти изображения различны как по качеству, так и по содержанию. Среди этих изображений есть привычные изображения, но есть и непривычные изображения для опознания (необычный ракурс, сочетание предметов). Основным результатом был – тот же самый, что и со слуховым восприятием. Различия обнаружились при средней степени расфокусировки изображений. Больные шизофренией оказались более точными при распознавании необычных предметов. Они не руководствуются стереотипами – они свободны от давления прошлого опыта.

Исследование мышления. Больным шизофренией и здоровым испытуемым предлагаются различные задачи – обобщение, исключение и др. Эксперименты Т.К. Мелешко – изучение особенностей решения творческих задач больными шизофренией: тип задач – необходимо найти скрытый признак и благодаря этому задача будет решена. Например, задача Л. Секей – перед испытуемым на столе располагаются разные предметы (весы, спички и т.п.). Задача – уравновесить чашу весов таким образом, чтобы они спонтанно вышли из равновесия. На одну из чаш весов поставить свечу – зажечь её, она начнет гореть и – выйдет из равновесия. Больные шизофренией чаще здоровых испытуемых находят решение задачи + чаще решают эту задачу сходу – находят этот скрытый признак. Оказываются более успешными, чем здоровые испытуемые. Здоровые испытуемые менее успешны, потому что они иначе работают с прошлым опытом, иначе используют его.

Здесь мы напрямую сталкиваемся с вопросом: с чем связано иное использование прошлого опыта? Чем это вызвано?

Этот вопрос вызвал серию новых исследований в школе Ю.Ф. Полякова. Были предложены новые гипотезы:

1. Нарушение актуализации признаков знаний из прошлого опыта связано с особенностями самого патологического процесса – степенью его злокачественности. Были взяты группы больных со слабо выраженным психическим дефектом и с сильно выраженным. Оказалось, что выраженность дефекта не влияет на качество актуализации знаний из прошлого опыта.
2. Нарушение актуализации признаков знаний из прошлого опыта связано с клинической картиной заболевания. Сравнились больные с разными формами шизофрении. Оказалось, что и этот фактор не значим.
3. Нарушение актуализации признаков знаний из прошлого опыта связано с влиянием длительности болезни. Этот фактор также не оказывает влияния.

Снижение нарушения избирательности актуализации знаний больными шизофренией не является следствием самого шизофренического процесса, а формируется предиспозиционно, то есть в преморбиде – до болезни. Для доказательства гипотезы была также поставлена серия экспериментов: участники – не только сами больные шизофренией, но и их *здоровые* родственники – родители, братья, сестры. Была взята группа близнецов, один из которых был болен шизофренией. Выявилось, что у здоровых родственников обнаруживается определенная совокупность черт, особенностей, свойственных и больным шизофренией – те же самые нарушения избирательности знаний из прошлого опыта с опорой на латентные признаки. У здоровых родственников – определенная совокупность эмоционально-личностных характеристик – слабая выраженность интереса к людям, признаки замкнутости и т.д. Здоровые родственники – определенный конституциональный тип – шизоидия, определенный психологический склад, который можно рассматривать как фактор психологического риска этого заболевания.

Также были подвергнуты исследованию дети, больные шизофренией: от пяти до четырнадцати лет в интервалах: 5–6 лет, 7–8 лет, 9–10 лет, 12–14 лет – так называемый метод возрастных срезов. Им предлагались все те методики исследования восприятия, мышления и др., которые были использованы при исследовании взрослых.

Результаты:

1. Особенности функционирования семьи. В семье детей, больных шизофренией, – наблюдались трудности общения между членами

семьи, трудности установления эмоционального контакта¹, отсутствие интереса к другим людям, к человеку, к практической стороне жизни;

2. Познавательная сфера – мышление детей. Обнаружилась дисгармония развития, становления мышления в онтогенезе: по сравнению с нормой раньше формируется абстрактно-логическая сторона мышления, система абстрактных понятий; одновременно наблюдается задержка темпа формирования избирательности использования прошлого опыта;
3. Развитие и становление личности в онтогенезе: по сравнению со здоровыми детьми, статистически значимо ниже, слабее выражена потребность в общении, эмоциональном контакте; в дошкольном возрасте – аутистические игры (манипуляции с предметами и др.), довольно долго не осваиваются игры по правилам. Более старший возраст – наблюдается та же самая аутизация, изоляция от сверстников, ориентация на формальные аспекты жизни, а не содержательные. Трудности в сфере общения!

Также проводились эксперименты, в основе которых лежала *гипотеза* – у больных шизофренией наблюдаются нарушения мотивационно-потребностного компонента социальной регуляции деятельности. Сравнивались здоровые испытуемые и больные шизофренией. Эксперимент моделировал ситуацию общения. Тип эксперимента – эксперимент проводится (проводился) с двумя испытуемыми одновременно (один из которых больной, другой – здоровый, могут быть разные комбинации). Испытуемые располагаются за столом напротив друг друга. Их руки отделяются непрозрачным экраном – они не могут видеть, какие манипуляции руками проводит каждый из испытуемых. В одной серии – больным предлагаются некие фигуры – их изображения. Инструкция – описать эту фигуру так, чтобы его партнеру, который не видит эту фигуру, стало понятно, какова форма этой фигуры. *Здоровые испытуемые* довольно быстро находят общий язык друг с другом, в своём описании фигуры они ориентируются на вопросы, реакции своего партнера, возникает ситуация партнерства у здоровых испытуемых. В паре *больной – здоровый* картина иная: партнерство не возникает. Больной описывает фигуру так, как ему хочется, не ориентируется на партнера. Другая серия – испытуемым предлагаются для описания человеческие лица

людей с разной мимикой, с разным выражением лица. Результаты те же самые.

У больных шизофренией наблюдается нарушение избирательности признаков из прошлого опыта, но в основе этого лежит патология мотивационного компонента социальной регуляции деятельности.

Было выделено два варианта психического дефекта у больных шизофренией:

1. Псевдоорганический синдром, в структуре которого – тотальное снижение активности в сфере побуждений. Вторичные нарушения – нарушения регуляции, произвольности когнитивной сферы.
2. Парциальный тип дефекта – на первый план выступает нарушение в системе социальных коммуникаций, нарушение мотивационного компонента общения, в то время как все прочие стороны психической деятельности оказываются более сохранными.

Другой исследователь, Н.С. Курек (представитель отечественной психологической школы, ученик Б.В. Зейгарник, много лет проработавший с Ю.Ф. Поляковым) в конце XX в. также выдвинул свою гипотезу касательно ведущего синдрома шизофрении – у больных шизофренией нарушена психическая активность, а *психическая активность* – это изменения: и материальные, и духовные, отличающиеся резкой степенью осознанности и произвольности, субъектом или участником которых является «Я».

В психической активности Н.С. Курек выделяет два основных процесса:

1. Целенаправленная активность (выбор и достижение целей) – целеполагание и целедостижение. Три основных параметра анализа – динамический (скорость, гибкость, подвижность целеполагания и целедостижения), волевой (выбор и достижение целей в условиях препятствий, затруднений), спонтанный (выбор и достижение целей по собственной инициативе).
2. Эмоциональная активность – психические изменения, отличающиеся приятным/неприятным тоном, определенной модальностью – определенным качеством переживания. Здесь так же три параметра анализа – импрессивный (восприятие, оценка, осознание эмоциогенных стимулов), субъективный (качество внутреннего переживания, само состояние субъекта), экспрессивный (внешнее, вербальное/невербальное выражение эмоций).

Различные варианты методики формирования уровня притязаний (метод разработан в школе К. Левина, предложен Ф. Хоппе). Суть заключается в следующем – выбираются задачи, которые ранжируются по сложности (задачи самого разного содержания). Перед испытуемым раскладываются карточки с номерами заданий. Объясняется испытуемому – «Здесь самые простые, дальше сложные, а там – самые трудные. Вы свободны в выборе. Можете выбрать любую по сложности задачу». У экспериментатора в руках секундомер, он говорит, что каждому заданию отводится определенное время, испытуемый не знает какое. Искусство экспериментатора – с помощью секундомера он может укоротить/удлинить время, в зависимости от задачи. *Здоровые испытуемые* – делают несколько пробных выборов, чтобы понять уровень сложности, дальше – работают в среднем диапазоне сложности задач, адекватно реагируя на успех/неуспех, после успешного решения задач – повышают уровень задач, после неуспешного решения – понижают уровень сложности. Что же касается *больных шизофренией* – то здесь обнаруживается нарушение всех трех параметров целенаправленной активности (спонтанной активности – сниженная инициатива целеполагания), нарушается динамический аспект целеполагания (снижается скорость выполнения заданий, нарушается волевой компонент).

§ 6. ПОНЯТИЕ НЕВРОЗА

Пьер Жане рассматривал неврозы как нарушение развития, патологию развития.

Классический психоанализ рассматривает всю психическую жизнь человека, его активность, с позиции биологических потребностей, инстинктов, влечения. Одно из основных понятий психоанализа, на котором базируется идея формирования невроза – это «либидо», олицетворяющее инстинкт жизни, но наряду с ним есть и понятие «танатос» – инстинкт смерти. Основной механизм возникновения невротического симптома – механизм вытеснения, вследствие которого эти влечения НЕ теряют свою побудительную силу и реализуются через обходные пути по механизму конверсии – замещения. Этот механизм был открыт на модели истерии. Уже в классическом психоанализе мы находим указание на связь неврозов, невротических состояний с конфликтом. *Интрапсихический конфликт* – в ситуации противостояния двух основных тенденций – «либидо» и «танатос». *Интерпсихический конфликт* – между потребностью – влечением – «либидо», основная тенденция которого – тенденция к снятию напряжению, и тенденцией социальных норм, которые не дают возможность непосредственного удовлетворения потребностей, разрядки влечения.

Карен Хорни – последовательница Фрейда, не разделяла идею пансексуализма и выдвинула идею о том, что *невроз – продукт культуры*, в основе невроза следует искать особую структуру характера, центральным звеном которого являются невротические потребности, склонности. Эти невротические потребности, конфликтные по своему складу, порождают тревожность, питают её, создают условия для специфических невротических форм поведения. Хорни делала акцент на изучении конфликтов, описании типологии конфликтов. Через анализ конфликтов она рассматривала феноменологию неврозов. Ею были выделены *10 конфликтных склонностей, потребностей* – невротических, отличающихся от конфликтных проявлений у здорового человека гротесктностью проявлений, иллюзорностью – отрывом от реальности и утилитарной направленностью – ориентацией на безопасность и самообслуживание:

1. Невроз обнаруживает невротическую потребность в любви, одобрении + боязнь, страх и переживание враждебности по отношению к себе со стороны других лиц.
2. Человек обнаруживает утрированную потребность в партнере, который мог бы взять на себя ответственность за все происходящее + имеет место переживание страха, боязни быть покинутым другим, страх оказаться одному без опоры в лице другого человека.
3. Человек также обнаруживает потребность поставить свою жизнь в узкие рамки, ограничить её правилами, жить так, чтобы довольствоваться малым и т.д., + у многих присутствует страх высказывать требования, притязания, отстаивать свою точку зрения и т.д.
4. Невротик обнаруживает стремление к власти, им движет жажда доминирования, лидерства, стремление подчинить себе другого человека + страх беспомощности, неспособности реализовать свои лидерские притязания.
5. Невротическая потребность в эксплуатации других – то есть отношение к другим людям с точки зрения их полезности для себя, тенденция к манипуляции другими людьми + страх самому подвергнуться манипуляции, эксплуатации со стороны других людей.
6. Помимо этого в человеке, с одной стороны, присутствует невротическая потребность в общественном признании, статусе, престиже, а с другой страх потери статуса, положения, престижа.
7. Можно отметить и невротическую потребность в восхищении другими людьми + страх утраты этого восхищения, страх неспособности завоевать это восхищение.
8. Хорни говорила и о невротической потребности в личных достижениях, быть лучше всех, но наряду с этим во многих людях присутствует страх неудачи в реализации своих мотивов достижения.
9. Также она отмечала невротическую потребность в независимости + страх привязанности, зависимости, близости.
10. И последнее, на чем К. Хорни акцентировала свое внимание – так это невротическая потребность в достижении совершенства и неуязвимости, погоня за совершенством + страх обнаружения в себе недостатков, страх не дотянуть до идеала совершенства.

Хорни постулирует идею культурного генеза неврозов, но в то же время анализа собственно социокультурных факторов, влияющих на возникновение неврозов, в её работах мы не находим.

Что касается других исследователей, то **Виктор Франкл**, например, считает, что возникновение невроза связано с особыми формами существования современного человека в современном обществе. Современный человек утратил многие биологические механизмы адаптации, те многие формы жизни, которые связаны с ритуалами, нормами – это делает жизнь современного человека неустойчивой, лишенной определенности, некое постоянное ожидание опасности. Как следствие – повышается роль СМЫСЛА ЖИЗНИ. Утрата смысла жизни опасна патологией – здесь велика вероятность возникновения *неврозов утраты смысла*, хотя, как отмечает сам Франкл – это не болезнь. Невротический симптом не является проявлением болезни. Теперь давайте рассмотрим понимание невроза в различных научных направлениях.

Гуманистическое направление – А. Маслоу: невроз – это фрустрация базисных потребностей. Чем выше находится потребность в иерархии, тем более патогенна роль её фрустрации. Наиболее патогенная роль – у фрустрации потребности в самоактуализации.

Социологическое направление – Д. Фурст (английский исследователь): невроз – это проявление конфликта, как внутриличностного, так и межличностного. Эти конфликты имеют свои корни – корни в несовершенстве организации современного общества. Как следствие, совершенствование социальной жизни общества приведет к смягчению или исключению внутренних и внешних конфликтов и, следовательно, к снижению невротической патологии.

Физиологическое направление – И. Павлов и его школа: на ее базе в рамках различных исследований создавались следующие ситуации: чрезмерность воздействия стимула, перенапряжение – в экспериментах на животных удавалось моделировать невротические состояния. Суть невроза по Павлову – в состоянии коры головного мозга. Невротическое состояние коры головного мозга характеризуется нарушением гармонии процессов возбуждения, торможения, подвижности нервных процессов. Невротическое состояние коры у человека может быть вызвано не только реальным (чрезмерной силы) раздражителем, но и словом!

В отечественной науке особый интерес вызывают работы школы **В. Мясищева** (петербургская школа), где центральным понятием является дисгармоничный психический склад невротика. Невроз здесь рассматривается как психогенное, конфликтогенное, нервно-психическое расстройство, возникающее в ситуации нарушения особо значимых жизненных отношений человека. Проявляется в специфических клинических феноменах. Как правило, развивается при отсутствии психотических явлений – бреда, галлюцинаций и т.д. в условиях психической травмы, которая может быть вызвана как некоторыми внутренними процессами, так и воздействием невротических внешних обстоятельств. Психическая травма может вызвать невроз, если субъект не обладает достаточными психологическими средствами её разрешения. Динамика невротического состояния зависит от содержания и динамики психической травмы. Клинические проявления симптома невроза отражают содержание травмирующей ситуации. Содержание психической травмы проецируется на клиническую картину неврозов. Основной метод лечения – психотерапия.

Что касается конфликтности в данном направлении, то **проблема конфликта** описывается с позиции феноменологии конфликтов, то есть идет поиск и описание вариантов невротического конфликта:

1. *Истерический конфликт* – с одной стороны, человек обнаруживает завышенные притязания, ставит себе явно завышенные цели, с другой стороны – переоценивает собственные возможности для реализации сложных, высоких притязаний. Конфликт формируется прижизненно, в определенных воспитательных условиях – в ситуации вседозволенности, отсутствии контроля.
2. *Фобический конфликт* (конфликт при неврозе навязчивых состояний) – с одной стороны, имеет место чрезвычайная директивность потребностей, с другой стороны – регидное следование правилам, нормам, негибкость поведения. Воспитательный стиль – чрезмерная опека, сверхконтроль, чрезмерная включенность взрослого в различные формы активности ребенка.
3. *Невростенический конфликт* – с одной стороны, наблюдается стремление к высоким достижениям, успеху, с другой стороны – завышенные требования к себе, с хронической неудовлетворенностью достигнутого. Стиль воспитания – стиль достижения, достижение как важная семейная ценность, которая усваивается в онтогенезе.

Переходя к освещению позиции других исследователей, в первую очередь отметим **Е.Т. Соколову**, которая рассматривает невротические расстройства как нарушения общего хода развития личности, становления самосознания человека. Она выделяет мотивационные конфликты, как основной признак дисгармонии личности. Эти конфликты делают человека неустойчивым в ситуациях, делают его поведение непоследовательным, уязвимым и т.д. Дисгармоничный конфликтный личностный склад побуждает человека к спонтанной выработке некоторых защитных стратегий самосознания (к развитию индивидуальных способов решения проблемы):

1. *Защитный стиль «вампиризм»* – стиль эмоциональной подпитки и удовлетворения эмоционального голода. Открытая манипуляция для достижения своих целей.
2. *Аутоизм* – «я хороший, я даже умный, но я болен, я не могу достичь желаемого в силу сложившихся обстоятельств».
3. *Стиль самоприукрашивания* – в представления о себе вносятся дополнительные характеристики, которые создают для окружающих красивый образ.
4. *Стиль самовозвеличивания* – приписывание самому себе несуществующих характеристик: «я страдаю, но только потому, что я очень хороший».

Уже позже, в 70–90-ые гг. XX в. (**на постнотозологическом этапе**) – началось введение новой международной классификации болезней МКБ–9 и МКБ–10.

Из клинического обихода уходит само понятие «невроз». На смену нотозологическому принципу описания приходит синдромологический – принцип классификации, объединения расстройств по синдромальной однородности. Этот принцип выражается в регистрации расстройств с учетом их соответствия определенному качеству синдрома.

Например, для депрессивных невротических расстройств выбирается определенный набор критериев с помощью экспертных оценок – подавленное настроение, пессимизм, снижение самооценки, идея виновности и т.д. Далее оценивается степень выраженности этих качеств и длительность их обнаружения. Из всего перечисленного набора качеств достаточно выделения трех–четырех из общего перечня, чтобы классифицировать болезнь как «депрессивное невротическое расстройство».

Уходит идея пограничности невроза. Невротические расстройства начинают рассматриваться как необходимые спутники любых других заболеваний. Возникает идея коморбидности – сопутствия. Невротические расстройства выступают как предвестники заболевания, или обнаруживаются на стадии ремиссии. Эти коморбидные невротические расстройства утяжеляют любую картину заболевания и затрудняют лечение.

Невротические расстройства в МКБ–10 попадают в группу «*невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства*» – хронические расстройства настроения, тревожно-фобические расстройства, социальные фобии, тревожные расстройства, соматоформные расстройства – группа нарушений, сходных по клинической картине с проявлением соматической патологии, однако признаки соматической патологии при исследовании не обнаруживаются; истерические расстройства возникают по механизму замещения, вытесненного конфликта.

При этом сохраняется несколько основных тенденций изучения расстройств:

- изучение *личностного* склада, профиля пациентов – идея личностной дисгармонии никуда не уходит;
- изучение тех *условий*, которые способствуют возникновению личностных дисгармоний.

Что же касается депрессивных и тревожных невротических расстройств, то они в российской науке достаточно полно освещены в русле исследования *перфекционизма*. Перфекционизм в нашу отечественную психологическую реальность проник несколько позже, чем другие личностные конструкты, а именно в последние 20 лет. Под руководством **А.Б. Холмогоровой** и в работах **Н.Г. Гаранян**. Перфекционизм рассматривается как определенный личностный профиль, способствующий появлению этих расстройств – как фактор личностного риска; сложный симптомо-комплекс психологических черт. Перфекционизм в этом случае понимается как *чрезмерное* высокие требования человека к собственной личности, результатам своей деятельности, своим целям, идеалам. Эта высокая требовательность обнаруживается во всех сферах активности человека. Наблюдается сложный симптомо-комплекс иерархически связанных черт.

§ 7. ИССЛЕДОВАНИЕ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ФЕНОМЕНОЛОГИИ В ПАТОПСИХОЛОГИИ

В течение XX в. все с большей уверенностью психологами высказывается мысль о том, что источники невротической патологии нужно искать в общем ходе онтогенетического развития.

Нозологический принцип диагностики был сменен психодиагностическим в рамках МКБ-10. Из составленного экспертами списка признаков, характеризующих тот или иной синдром, при наличии трех-четырех признаков, вошедших в синдром, устанавливается его наличие.

Само понятие «синдром» исключается. Наряду с другими группами заболеваний появилось понятие «соматоформные расстройства».

На современном этапе изучения невротической патологии основные тенденции развития психологических исследований, остаются теми же самыми, что и на протяжении всего XX в.:

1. Создать более совершенное описание психологических феноменов, характеризующих невротические расстройства;
2. Попытаться понять, какие факторы развития влияют на возникновение этого невротического психологического профиля, который делает лиц такого склада уязвимыми к стрессогенным ситуациям, что формирует специфическую реакцию на такие ситуации.

Последние полтора-два десятилетия появляется ряд новых понятий-категорий, в рамках которых описывается эта феноменология. Одна из таких категорий – категория *перфекционизма*. Перфекционизм – это феномен, характеризующий психический склад индивида в целом. Начало его изучения лежит на рубеже XX–XXI в.:

- 80-е гг. XX в. – особый вклад вносят работы Р. Римона, Л. Берка;
- 90-е гг. XX в. – начало последнего десятилетия: особый интерес вызывают работы А. Frost, G. Parker, S. Blatt;
- начало 2000-х гг. – работы отечественных исследователей – А.Б. Холмогоровой, Н.Г. Гаранян.

На данном этапе исследований: перфекционизм рассматривается как стремление к совершенству. Как сложное структурное

образование, характеризующее всю психическую жизнь человека в целом. Это сложный симптомо-комплекс взаимосвязанных психологических характеристик. Перфекционизм как сложный комплекс взаимосвязанных черт рассматривается на данном этапе развития этой проблемы как фактор психологического риска – риска невротических расстройств, риска невыносимости к психотравмирующим ситуациям.

Депрессивные невротические состояния и тревожные состояния связываются также с перфекционизмом.

Если говорить о статистике и общей численности населения, то до 12 % населения обнаруживает невротические депрессивные расстройства. И несколько больше – тревожные расстройства (22–23 %). Как следствие, эти люди испытывают трудности адаптации к современной жизни. И те, и другие являют собой неустойчивые эмоциональные типы.

Феномен перфекционизма: описывается именно как феномен. Задача изучения механизмов, причинно-следственных связей так и остается задачей патопсихологии.

Структура перфекционизма:

1. Стремление к совершенству, мотивация достижения совершенства. Завышенные требования к самому себе, собственной личности в отношении наличия в ней признаков непогрешимости и совершенства. Нереалистические требования, завышенные, по количеству и качеству собственной работы, деятельности. Завышенные требования к другим людям в ситуации взаимодействия с ними. Основные проявления: завышенные притязания – заведомо очень сложные цели; очень специфические оценки всего происходящего вокруг – оценка даже нейтральных ситуаций совершается с точки зрения тех достижений, которые достигнуты человеком, с точки зрения уровня своих достижений; резкая поляризация оценок своих достижений – либо очень хорошо, либо совсем плохо – если не справился безукоризненно, следовательно, не справился совсем; ориентация на самых успешных и совершенных с предъявлением чрезмерных требований как к себе, так и к окружающим. У таких людей отмечается нестабильный эмоциональный фон – жизнь в режиме соревнования, в режиме долженствования, одновременно вызывает переживание чувство

вины вследствие невозможности быть совершенным, достичь идеала + жизнь таких людей наполнена постоянно переживанием недовольства собой, к тому же такие лица часто могут сами провоцировать конфликтные ситуации в силу своего максимализма. В целом, наблюдается жизнь, наполненная негативными эмоциями.

2. Психологическая зависимость: прежде всего, это зависимость самооценки у взрослых людей от внешних факторов, от мнений, оценок, одобрения/неодобрения других людей. Такие лица проявляют признаки психического инфантилизма. Дефицит произвольной регуляции. Эмоциональная зависимость от значимого другого с переживанием собственной неспособности справиться с задачами жизни выливается в потребность опереться на значимого другого. Признаки эмоциональной нестабильности – тревожность и депрессия: колебания настроения в связи с оценками «признали/не признали», «одобрили /не одобрили». Зависимость от другого с амбивалентным к нему отношением. Переживание тревоги, чувства вины, страха утраты в лице другого помощника, источника силы и т.д.
3. Негативное мышление: специфический отбор информации о себе, негативной информации отдается предпочтение. Эти невротики обнаруживают приписывание успеха внешним факторам – везению, помощи и т.д., а неудач – самому себе. Идет фиксация на утратах.
4. Социальные дисфункции: низкая ролевая гибкость – жесткость, ригидность поведенческих социальных ролевых программ. Дефицит навыков в установлении теплых доверительных отношений с другими людьми со стремлением жестко следовать общепринятым нормам, стандартам, правилам.

Перфекционизм делает человека не жизнестойким, неадаптивным. При этом человек и в патологии остается человеком! Другое дело, что невротик чрезмерен в своих запросах, проявлениях.

Отличие перфекционизма невротика от нормального здорового человеческого перфекционизма:

1. Здоровый человек, как правило, легко вовлекается в активность, если тем более это окрашено значимой мотивацией. Невротик демонстрирует, прежде всего, поведение избегания.

2. Здоровый человек концентрирует внимание, прежде всего, на собственных ресурсах. Невротик, прежде всего, концентрирует внимание на собственных недостатках, несовершенстве и мысли о том, как избежать ошибок.
3. Здоровый человек, как правило, руководствуется надеждой на успех с переживанием мотива экспертизы, азарта и т.д. Невротик действует под влиянием страха неудачи.
4. У здорового человека после успеха повышается самооценка. Невротик практически никогда не доволен сделанным.

Как перфекционизм *диагностируется*? Надежных диагностических средств не существует. Можно опираться на данные клинической беседы, существует ряд опросников, содержание которых направлено на выявление перфекционизма (например, А.Б. Холмогорова и Н.Г. Гаранян адаптировали некоторые опросники).

Как обнаруживаются эти качества в *когнитивной сфере*? Прежде всего, никаких признаков снижения интеллектуального уровня или выраженных нарушений в когнитивной сфере у этих лиц не обнаруживается. Все как в норме, кроме когнитивных достижений на фоне эмоциональной дезорганизации. Если в процессе психодиагностического обследования удастся создать эмоциогенную ситуацию (НЕУСПЕХА) – в этих условиях тревожность повышается, страх неуспеха возрастает, возникают все признаки аффективной дезорганизации деятельности в когнитивной сфере – падение показателей запоминания, расстройства внимания, самые настоящие нарушения мышления, даже шизофреноподобного типа. Картина когнитивных расстройств преходящая – не носит стойкого характера (как например, при шизофрении или эпилепсии).

Конечно, невротические расстройства рассматриваются как нарушения полифакторной природы. Какие психологические факторы влияют на появление такого рода нарушений?

Последние десятилетия во всем мире при изучении невротических расстройств большее внимание уделяется изучению *семейных факторов* развития и становления невротической личности – как фактор развития семейного риска невротических расстройств.

В работах А.Б. Холмогоровой в качестве основной была выдвинута следующая ГИПОТЕЗА – в генезе депрессивных и тревожных расстройств невротического спектра важную роль играет дисфункциональная семейная система.

Семья, согласно разработанной модели, рассматривается как система, в которой можно выделить несколько существенных *параметров анализа*:

1. Структура семьи – характер психологической связи между членами семьи, признаки семейной иерархии, отношения между представителями прародительской, родительской и детскими частями, взаимопонимание, возможные границы между представителями поколений внутри семьи. Все это позволяет выделить возможные дисфункции – признаки чрезмерного симбиоза, признаки чрезмерной разобщенности, закрытые границы семьи – отгороженность семьи от мира;
2. Семейная микродинамика – изменение семьи на протяжении недлительного времени, изменение семейных ролей, гибкость/негибкость членов семьи, наличие/отсутствие конфликтов между членами семьи. Все это позволяет выявить возможные дисфункции в этом звене анализа – ролевая жесткость, ролевая инверсия (дети наделяются функциями взрослого, запрет на свободное выражение чувств, акцентированная критика);
3. Семейная макродинамика – семейная история, циклы развития семьи в достаточно длительном промежутке времени; накопление стрессового опыта из поколения в поколение; ресурсы для преодоления трудностей во времени жизни семьи в нескольких поколениях. Исходя из этого, можно также выявить ряд дисфункций – накопление стрессового опыта, невозможность изменения из поколения в поколение;
4. Семейная идеология – нормы, правила, требования, ценности, которым следует данная семья, традиции и ритуалы, идеалы семьи. Отсутствие семейных правил, идеалов или чрезмерная жесткость. Разрушительные мифы семьи, касающиеся определенных периодов жизни семьи или отдельных членов семьи.

При этом, как отмечает А.Б. Холмогорова, ***семейный перфекционизм – передается в ходе воспитания, из поколения в поколение***. Данный вывод был сделан на основе исследования биографического материала многих семей, использования опросников, элементов проективных тестов.

Подводя итог всему выше сказанному, отметим: различия между нормой и больными с невротическими расстройствами очевидны,

статистически значимы, касаются всех параметров семейной системы. Имеют место различия по параметру дисфункциональности.

В структуре семейной системы: у депрессивных невротиков – статистически чаще обнаруживается нарушение связи между членами семьи, признаки разобщенности. Пациенты с тревожными состояниями – статистически чаще наблюдается длительный симбиоз, или нарушение иерархии между членами семьи;

В микродинамике семьи: и у депрессивных, и у тревожных пациентов обнаруживается фактор транслирования тревоги или депрессии из поколения в поколение, в сочетании с повышенной и не всегда справедливой критикой младших со стороны старших. У депрессивных невротиков статистически значимо чаще обнаруживаются признаки повышенного контроля, часто деструктивного, со стороны старших по отношению к младшим. У тревожных пациентов – более выражена критика со стороны отцов из поколения в поколение и гораздо чаще значимо семейные конфликты.

В макродинамике семьи: много стрессогенных событий (семейные скандалы, драки, жестокое обращение внутри семьи, смерть, тяжелые заболевания, утраты). В то же время в семьях депрессивных пациентов статистически чаще наблюдаются эпизоды хронического алкоголизма;

В семейной идеологии: недоверчивые семьи, не склонные открываться и доверять чужим людям – закрытые семьи. При этом больше выражены все показатели тревожности – межпоколенческая передача. В семьях депрессивных больных значимо чаще обнаруживается семейный перфекционизм – трансляция из поколения в поколение.

Такого рода исследования – это работы феноменологического типа (описан определенный класс семейных признаков, феноменов). Этот тип исследований достаточен, чтобы уже диагностировать признаки дисфункции и воздействовать на эти дисфункциональные проявления.

В патопсихологии задача изучения механизмов остается как важнейшая психологическая задача исследования природы развития этих нарушений. Следовательно:

Первое предположение – при невротических расстройствах в принципе не может быть единого патопсихологического синдро-

ма. Как следствие, в практике можно выделить и описать несколько вариантов таких синдромов;

Второе предположение – наблюдаемые феномены – это синдромы особого типа. Синдромообразующим фактором является сугубо психологический личностный профиль.

§ 8. ЛИЧНОСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПСИХОПАТИИ

Целостной, последовательной, логически выстроенной психологической картины больных с личностной патологией по типу психопатии мы, как правило, не имеем. Но, все же, опираясь на известные нам данные, можем выделить некоторые группы феноменов:

1. **Феномен** – особенности **уровня притязаний** лиц с психопатиями:

Изучение уровня притязаний предполагает самостоятельную целенаправленную активность испытуемого, направленную на выбор целей определенной сложности в ситуации довольно простого эксперимента. Уровень притязаний диагностирует психологически стратегию целеполагания и целедостижения. В этом отношении выделяют три основных параметра стратегий:

- уровень сложности целей;
- устойчивость притязаний – тех целей, которые ставит перед собой человек;
- адекватность ситуации характеру задач, по отношению к той социальной оценке, которую получает человек вследствие достижений определенных целей.

При этом следует отметить классификацию типов психопатий по О.В. Кербикову, который выделяет:

- возбудимые психопатии;
- тормозимые психопатии;
- истерические психопатии.

Лица с психопатиями (исследование А.Н. Лавриновича) в 70 % случаев при выполнении диагностических заданий не снижают уровень притязаний после неуспеха, то есть обнаруживают неадекватный уровень притязаний. Остальные 30 % возбудимых после неуспеха даже повышают уровень притязаний. При истерических психопатиях – до 60 % выборки больных не изменяют уровень притязаний после неуспеха, но более 30 % истериков после неуспеха резко понижают уровень притязаний. Аналогичная картина и при других типах расстройств. Психологически эта неадекватная стратегия целеполагания обозначает, что в реальной жизни у этих пациентов

стиль жизни дезадаптивный, поскольку, если нарушается картина целеполагания и целедостижения, это может свидетельствовать о нарушении произвольной регуляции деятельности, поведения.

2. **Феномен самооценки** – либо резко завышенная, либо резко заниженная самооценка. Неустойчивый характер самооценки. Самооценка не всегда адекватна. Психологически это значит, что структуры самосознания дефицитарны и произвольная регуляция поведения и со стороны самосознания тоже дефектна.

3. **Феномен деятельности**. Эти люди плохо учатся на собственных ошибках. Тот **прошлый опыт**, который они накапливают в течение жизни, не учитывается при организации актуального поведения в той или иной ситуации.

Здесь давайте обратимся к работам выдающегося ученого В.В. Гульдана – его исследование было направлено на то, чтобы понять, чем отличается использование прошлого опыта у здоровых испытуемых и у лиц с психопатиями. На экране перед испытуемым попеременно высвечиваются разного цвета лампочки. Испытуемый должен как можно быстрее нажимать на клавишу и выключать сигнал. Красный – частый сигнал. Зеленый – редкий сигнал. Группа нормы – никаких проблем с выполнением инструкции не возникает. У лиц с психопатиями – при работе с редким сигналом появляется большое количество ошибок, в два раза больше, чем при работе с частым сигналом (пропускают редкий сигнал, не реагируют на него). Лица с психопатиями ориентируются в своем поведении на очень короткий период прошлого опыта, не используют прошлый опыт в полном объеме. Это делает их жизнь в реальности дезадаптивной.

4. **Особенности мотивации**: В.В. Гульдана в одной из работ исследовал содержание противоправной мотивации лиц с психопатиями. Содержание мотивов отличает их от нормы. Его ГИПО-ТЕА такова – криминогенность – криминальный характер мотивации – не носит врожденный характер, а обусловлена специфическими условиями развития в онтогенезе – формируется в онтогенезе в неблагоприятных социокультурных условиях развития личности. Анализ биографии, материалы судебного дела с анализом психологических особенностей мотивации конкретного противоправного деяния + другие методики (ТАТ, Роршах и т.п.) позволили сделать

такой вывод. Основные результаты исследований В.В. Гульдана можно сформулировать следующим образом: у лиц с личностными расстройствами и противоправным поведением можно выделить два основных механизма мотивообразования:

Нарушение опосредования потребностей: в поведении данные испытуемые не руководствуются сознательно поставленными целями, а их поведение носит неопосредствованный целью характер – ими движут аффектогенные мотивы (поведение целиком и полностью диктуется актуальным эмоциональным состоянием – аффектом, и неконтролируемо со стороны сознания аффектом, под влиянием аффекта совершаются противоправные действия); ситуационно-импульсивное поведение (организуемое по типу полевого поведения – когда испытуемые действуют под влиянием побуждений); асоциальное поведение, в структуре которого испытуемые не опосредуют своё поведение социальными нормами и правилами.

Нарушение опредмечивания потребностей – здесь мы вспоминаем работы научной школы А.Н. Леонтьева (нарушение процесса поиска и нахождения предмета потребности), где выделяются *мотивы-суррогаты* (например, сексуальные отклонения разного рода – то есть, нарушение половой идентификации) – в основе такого рода мотивов может быть нарушение развития на более ранних стадиях онтогенеза, когда ведущую роль играют механизмы подражания, психологического заражения, механизмы импринтинга. Эти мотивы-суррогаты – продукт аномалий ранних этапов развития. Также выделяются *мотивы психопатической самоактуализации* – то есть самоактуализация, которая достигается испытуемыми за счет других людей; это антигуманные мотивы. Наряду с ними существуют *суггестивные мотивы* – мотивы побуждения, которые возникают в ситуации подчинения группе, подражания и т.д. Психологически поведение таких людей может строиться по механизму замкнутого круга – они сами провоцируют конфликт. Как следствие отмечается слабость именно в звене произвольной регуляции на личностном уровне (целеполагания, целедостижения), что приводит к неадекватным действиям, что усиливает трудность ситуации и вызывает нарастание трудностей.

Независимо от того, как в разных клинических классификациях эта патология называется, независимо от типа этого расстройства,

мы можем в психологическом облике этих пациентов выделить несколько самых существенных, общих характеристик:

- личностные черты этих пациентов во многом сходны по содержанию с таковыми в норме;
- имеет место личностная инфантильность – неучет опыта прошлого; особые сочетания в структуре мотивационной сферы – чрезмерна несформированность мотивационной иерархии, либо чрезмерная жесткость, ригидность, узкость мотивационной иерархии; недостаточная опосредованность поведения – ущербность процессов целеполагания и целедостижения; завышенная/заниженная неадекватная самооценка, вследствие которой структуры самосознания искажены, деформированы и перестают выполнять свою регулирующую функцию в полном объеме; конфликтность в общении, зависимость от оценок извне; диссоциация интеллекта и аффекта с доминированием аффекта над сознательной и произвольной деятельностью, аффективно искажается логика суждений;
- отмечается демонстративность, ориентация на публику, театральность;
- также наблюдается ущербность сознательной регуляции с доминированием в регуляции неадаптивных форм психологических защит; на первый план выходят – психологические защиты, которые позволяют снять в некоторой мере сложность ситуации, делают ситуацию более терпимой, переносимой для человека.

В целом же, невротические расстройства – это состояния, характеризующиеся целым рядом признаков. Психопатии, расстройства личности у взрослых – это особый личностный склад, характер, дисгармония, которые сопровождают этих пациентов на протяжении всей жизни.

ВОПРОСЫ ПО ИЗУЧЕННЫМ ТЕМАМ

1. Предмет патопсихологии

1. Краткая история развития патопсихологии.
2. Место патопсихологии среди смежных наук (психиатрия, общая, возрастная и социальная психология и др.).
3. Характеристика объекта исследования в патопсихологии.
4. Понятие психической нормы, различные представления о норме и критериях ее выделения.
5. Методы патопсихологии.
6. Патопсихологический эксперимент.

2. Патопсихологические синдромы при психических заболеваниях

1. Патопсихологический синдром как основа квалификации нарушений психики в патопсихологии, современные представления о синдромообразующем факторе в патопсихологии.
2. Понятие патопсихологического синдрома, виды патопсихологических синдромов.
3. Шизофренический патопсихологический синдром.
4. Личностно-аномальный патопсихологический синдром.
5. Психогенно-невротический патопсихологический синдром.
6. Психогенно-психотический патопсихологический синдром.

3. Нарушения сознания и самосознания

1. Методические возможности патопсихологического изучения нарушений сознания и самосознания.

4. Нарушения мышления

1. Отличия патопсихологической квалификации нарушений мышления от психиатрической.
2. Классификация нарушений мышления (Б.В. Зейгарник).
3. Нарушение операциональной стороны мышления.
4. Нарушение личностного компонента мышления.
5. Нарушение динамики мыслительных процессов.
6. Нарушение критичности мышления и процесса саморегуляции познавательной деятельности.

7. Нарушения мышления в структуре различных патопсихологических синдромов.
8. Методы исследования нарушений мыслительной деятельности.
9. Патопсихологическая оценка нарушений интеллекта.

5. Аномалии эмоционально-личностной сферы

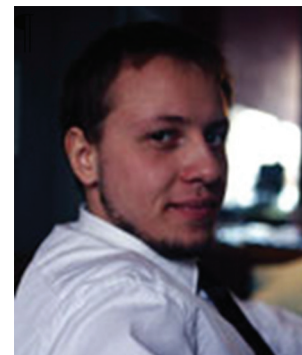
1. Клиническая и психологическая феноменология нарушений личности.
2. Феномены нарушения эмоций и чувств при психических заболеваниях.
3. Патопсихологические механизмы нарушения и изменения мотивационно-потребностной сферы: нормальное и аномальное формирование потребностей; изменение, искажение и нарушение опосредствованной структуры мотивационной сферы; изменения, искажения, нарушения смысловой регуляции деятельности.
4. Нарушения эмоций в структуре различных патопсихологических синдромов.
5. Основные методические приемы исследования нарушений эмоционально-личностной сферы и общения.

6. Значение патопсихологии для общей психологии и психиатрии

1. Вклад патопсихологии в разработку фундаментальных положений общей психологии и различных проблем психиатрии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека / под ред. И.А. Полищук и А.Е. Выдренко. М., 1980.
2. Балабанова Л.М. Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений). Д., 1998.
3. Блейхер В.М. Экспериментально-психологическое исследование психически больных. Ташкент, 1970.
4. Демьянов Ю.Г. Диагностика психических нарушений. СПб., 1999.
5. Зейгарник Б. Патопсихология: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. М., 2003.
6. Зинченко С.М., Мартынюк В.Ю., Майструк О.А. Психические отклонения у детей с органическим поражением центральной нервной системы (Клинико-синдромологичный аспект). Красноярск, 1999.
7. Зинченко С.М. Патопсихология: методики исследования. Раздел I: методическое пособие. Красноярск, 2004.
8. Карпов А.А. Ваш близкий – психически больной. СПб., 2005.
9. Комер Р. Нарушения и патологии психики. СПб., 2005.
10. Кузнецов В.М., Чернявский В.М. Психиатрия: учебное пособие. М., 1993.
11. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. М., 2002.
12. Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер, И.В. Крук. М., 1986.
13. Патопсихология: хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. М., 2000.



Родион Евгеньевич БАРАБАНОВ

дефектолог, клинический психолог, доцент Института образования взрослых МАС, советник Российской академии естествознания по секции «Психологические науки», преподаватель кафедры психолого-педагогических и театральных дисциплин АНО ВО «Московский информационно-технологический университет – Московский архитектурно-строительный институт»

Учебное издание

БАРАБАНОВ Родион Евгеньевич

ОСНОВЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ

*Учебное пособие
для студентов высших учебных заведений*

Редактор *Д.А. Семёнова*
Компьютерная вёрстка *Н.В. Бессарабовой*

Подписано в печать 10.01.2019. Формат 60х90/16.
Гарнитура Times New Roman.
Усл.-печ. л. 3,5. Заказ № 01/19.