

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

шпаргалки



*Используй сам,
передай 5 однокурсникам,
и будет вам счастье
во время сессии*

Шпаргалки

Клиническая психология

«Научная книга»

Клиническая психология / «Научная книга», — (Шпаргалки)

Информативные ответы на все вопросы курса «Клиническая психология» в соответствии с Государственным образовательным стандартом. Студенту без шпаргалки никуда! Удобное оформление, ответы на все экзаменационные вопросы ведущих вузов России.

Содержание

1. Клиническая психология как: самостоятельная наука. Определение клинической психологии	5
2. Предмет и объект исследования клинической психологии	6
3. Цели и структура клинической психологии. Основные разделы и области их исследования	7
4. Взаимосвязь клинической психологии с другими науками	8
5. Зарождение и становление клинической психологии	9
6. Практические задачи и функции клинического психолога	10
7. Особенности и задачи патопсихологического исследования	11
8. Методы патопсихологического исследования	12
9. Порядок проведения патопсихологического исследования	13
10. Нарушение опосредованности и иерархии мотивов	14
11. Нарушение смыслообразующей и побудительной функций мотива	15
12. Нарушение подконтрольности и критичности поведения	16
13. Нарушение операциональной стороны мышления. Методики его исследования	17
Конец ознакомительного фрагмента.	18

С. А. Ведехина

Клиническая психология

1. Клиническая психология как: самостоятельная наука. Определение клинической психологии

Клиническая психология является отраслью психологической науки. Ее данные имеют теоретическое и практическое значение как для психологии, так и для медицины.

В некоторых странах распространено понятие о медицинской психологии, но в большинстве стран чаще используется понятие «клиническая психология».

В последние десятилетия в России все чаще стал возникать вопрос о сближении отечественной и мировой психологии, что потребовало пересмотра таких понятий, как медицинская и клиническая психология.

Смена названия медицинской психологии на клиническую связана с тем, что в последние десятилетия происходит ее интеграция в мировую психологию.

Клиническая психология как организация исследователей и практиков представлена Американской ассоциацией клинической психологии с 1917 г., а в немецкоязычных странах – с середины XIX в.

В международном руководстве по клинической психологии под общей редакцией М. Перре и У. Бауманна приводится следующее определение: «Клиническая психология – это частная психологическая дисциплина, предметом которой являются психические расстройства и психические аспекты соматических расстройств (болезней). Она включает следующие разделы: этиологию (анализ условий возникновения расстройств), классификацию, диагностику, эпидемиологию, интервенцию (профилактику, психотерапию, реабилитацию), охрану здоровья, оценку результатов». В англоязычных странах помимо термина «клиническая психология» в качестве синонима используется понятие «патологическая психология» – Abnormal Psychology. Кроме клинической психологии, во многих университетах, в основном западных, преподается и медицинская психология. Содержание этой дисциплины может быть разным. Оно включает:

1) применение достижений психологии в медицинской практике (прежде всего это касается решения проблемы взаимодействия врача с пациентом);

2) предупреждение болезней (профилактику) и охрану здоровья;

3) психические аспекты соматических расстройств и пр. В соответствии с государственным образовательным

стандартом клиническая психология – специальность широкого профиля, направленная на решение комплекса задач в системе здравоохранения и образования. Отмечается также, что клиническая психология носит межотраслевой характер.

Специалисты дают различные определения клинической психологии. Но все они сходятся в одном: клиническая психология рассматривает область, пограничную между медициной и психологией. Это наука, изучающая проблемы медицины с точки зрения психологии.

Ведущий советский психиатр А. В. Снежневский считает, что медицинская психология – это отрасль общей психологии, которая исследует состояние и роль психики в возникновении болезней человека, особенностях их проявлений, течения, а также исхода и восстановления. В своем исследовании медицинская психология пользуется принятыми в психологии описательными и экспериментальными методами.

2. Предмет и объект исследования клинической психологии

По направленности психологические исследования делят на общие (направлены на выявление общих закономерностей) и частные (направлены на изучение особенностей конкретного больного). В соответствии с этим можно выделить общую и частную клиническую психологию.

Предметом общей клинической психологии являются:

- 1) основные закономерности психологии больного, психологии медицинского работника, психологические особенности общения больного и врача, а также влияние психологической атмосферы лечебно-профилактических учреждений на состояние человека;
- 2) психосоматические и соматопсихические взаимовлияния;
- 3) индивидуальность (личность, характер и темперамент), эволюция человека, прохождение им последовательных этапов развития в процессе онтогенеза (детство, отрочество, юность, зрелость и поздний возраст), а также эмоционально-волевые процессы;
- 4) вопросы врачебного долга, этики, врачебной тайны;
- 5) психогигиена (психология медицинских консультаций, семьи), в том числе психогигиена лиц в кризисные периоды их жизни (пубертатный, климактерический), психология половой жизни;
- 6) общая психотерапия.

Частная клиническая психология изучает конкретного больного, а именно:

- 1) особенности психических процессов у психических больных;
- 2) психику пациентов в период подготовки к хирургическим вмешательствам и в послеоперационном периоде;
- 3) особенности психики больных, страдающих различными заболеваниями (сердечно-сосудистыми, инфекционными, онкологическими, гинекологическими, кожными и т. д.);
- 4) психику больных с дефектами органов слуха, зрения и т. п.;
- 5) особенности психики больных при проведении трудовой, военной и судебной экспертизы;
- 6) психику больных алкоголизмом и наркоманией;
- 7) частную психотерапию.

Б. Д. Карвасарский в качестве предмета клинической психологии выделил особенности психической деятельности больного в их значении для патогенетической и дифференциальной диагностики болезни, оптимизации ее лечения, а также предупреждения и укрепления здоровья.

Что же является объектом клинической психологии? Б.Д. Карвасарский считает, что объектом клинической психологии является человек с трудностями адаптации и самореализации, которые связаны с его физическим, социальным и духовным состоянием.

3. Цели и структура клинической психологии. Основные разделы и области их исследования

Перед клинической психологией как самостоятельной наукой встают определенные цели. В 60-х-70-х гг. XX в. конкретные цели клинической психологии формулировались следующим образом (М. С. Лебединский, В. Н. Мясищев, 1966 г.; М. М. Кабанов, Б. Д. Карва-сарский, 1978 г.):

- 1) изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней, их профилактику и лечение;
- 2) изучение влияния тех или иных болезней на психику;
- 3) изучение психических проявлений различных болезней в их динамике;
- 4) изучение нарушений развития психики; изучение характера отношений больного человека с медицинским персоналом и окружающей микросредой;
- 5) разработка принципов и методов психологического исследования в клинике;
- 6) создание и изучение психологических методов воздействия на психику человека в лечебных и профилактических целях.

Подобное формулирование целей клинической психологии соответствовало усиливающейся тенденции к использованию идей и методов данной науки для повышения качества диагностического и лечебного процесса в различных областях медицины со всеми неизбежными на данном этапе трудностями, обусловленными неодинаковой степенью развития того или иного ее раздела.

Можно выделить конкретные разделы медицинской психологии, которые находят практическое применение знаний в соответствующих клиниках: в психиатрической клинике – патопсихология; в неврологической – нейропсихология; в соматической – психосоматика.

По мнению Б. В. Зейгарник, патопсихология изучает нарушения психической деятельности, закономерности распада психики по сравнению с нормой. Она отмечает, что патопсихология оперирует понятиями общей и клинической психологии и использует психологические методы. Патопсихология работает как над проблемами общей клинической психологии (когда исследуются изменения личности психических больных и закономерности распада психики), так и частной (когда исследуются нарушения психики конкретного больного для уточнения диагноза, проведения трудовой, судебной или военной экспертизы).

Объектом изучения нейропсихологии служат заболевания ЦНС (центральной нервной системы), преимущественно локально-очаговые поражения головного мозга.

Психосоматика изучает, как изменения психики влияют на возникновение соматических заболеваний.

Патопсихологию следует отличать от психопатологии (о ней речь пойдет позже). Сейчас стоит лишь отметить, что патопсихология является частью психиатрии и изучает симптомы психического заболевания клиническими методами, используя медицинские понятия: диагноз, этиология, патогенез, симптом, синдром и др. Основной метод психопатологии – клинико-описательный.

4. Взаимосвязь клинической психологии с другими науками

Базисными науками для клинической психологии являются общая психология и психиатрия. На развитие клинической психологии также оказывают большое влияние неврология и нейрохирургия.

Психиатрия – медицинская наука, но она теснейшим образом соприкасается с клинической психологией. Эти науки имеют общий предмет научных исследований – психические расстройства. Но кроме этого, клиническая психология занимается такими нарушениями, которые по своей значимости не равноценны болезни (например, по проблемам супружества), а также психическими аспектами соматических расстройств. Однако психиатрия как частная область медицины больше учитывает соматическую плоскость психических расстройств. Клиническая же психология делает акцент на психологических аспектах.

Клиническая психология связана с психофармакологией: и та, и другая изучают психопатологические расстройства и способы их лечения. Кроме того, употребление лекарственных средств всегда оказывает на пациента положительное или отрицательное психологическое действие.

Успешно развивается медицинская педагогика – смежная с медициной, психологией и педагогикой область, в задачи которой входит обучение, воспитание и лечение больных детей.

Психотерапия как самостоятельная медицинская специальность тесно связана с клинической психологией. Теоретические и практические проблемы психотерапии разрабатываются с опорой на достижения медицинской психологии.

На Западе считается, что психотерапия является частной областью клинической психологии, и таким образом подчеркивается особая близость между психологией и психотерапией.

Однако положение об особой близости психотерапии и клинической психологии нередко оспаривается. Многие ученые считают, что с научной точки зрения психотерапия ближе к медицине. При этом приводятся следующие аргументы:

1) лечение больных является задачей медицины;

2) психотерапия является лечением больных. Отсюда следует, что психотерапия – это задача медицины. Данное положение опирается на тот факт, что во многих странах право заниматься ею получают только врачи.

Клиническая психология близка и к ряду других психологических и педагогических наук – экспериментальной психологии, трудотерапии, олигофренопедагогике, тифлопсихологии, сурдопсихологии и др.

Таким образом, очевидно, что в процессе работы клиническому психологу необходимо применять комплексный подход.

5. Зарождение и становление клинической психологии

Становление клинической психологии как одной из основных прикладных отраслей психологической науки связано с развитием как самой психологии, так и медицины, биологии, физиологии, антропологии.

Зарождение клинической психологии начинается еще с античных времен, когда психологические знания зарождались в недрах философии и естествознания.

Возникновение первых научных представлений о психике, выделение науки о душе, формирование эмпирических знаний о психических процессах и их нарушениях связано с развитием античной философии и достижениями античных врачей. Так, Алкемон Кротонский (VI в. до н. э.) впервые в истории выдвинул положение о локализации мыслей в головном мозге. Гиппократ также придавал большое значение изучению мозга как органа психики. Им были разработаны учение о темпераменте и первая классификация человеческих типов. Александрийскими врачами Герофилом и Эразистратом был детально описан мозг; они обратили внимание на кору с ее извилинами, что отличало человека по умственным способностям от животных.

Следующим этапом развития клинической психологии являлись средние века. Это был довольно длительный период, пронизанный безудержным мистицизмом и религиозным догматизмом, гонениями на естествоиспытателей и кострами инквизиции. Вначале обучение строилось на основе античной философии и естественнонаучных достижений Гиппократа, Галена, Аристотеля. Затем знание приходит в упадок, расцветает алхимия, и вплоть до XIII в. длятся «темные» годы. Психология в средние века опирается на философию

Фома Аквинского. Развитие представлений о психике на этом этапе резко замедлилось. Важную роль в развитии отечественной клинической психологии сыграл А. Ф. Лазурский – организатор собственной психологической школы.

Благодаря А. Ф. Лазурскому естественный эксперимент был внедрен в клиническую практику, хотя разрабатывался им первоначально для педагогической психологии.

Наиболее разработанными в 60-х гг. XX в. были следующие разделы клинической психологии:

- 1) патопсихология, возникшая на стыке психологии, психопатологии и психиатрии (Б. В. Зейгарник, Ю. Ф. Поляков и др.);
- 2) нейропсихология, сформировавшаяся на границе психологии, неврологии и нейрохирургии (А. Р. Лурия, Е. Д. Хомская и др.).

Существует самостоятельная область психологического знания, имеющая свой предмет, свои методы исследования, свои теоретические и практические задачи, – клиническая психология.

В настоящее время клиническая психология является одной из наиболее популярных прикладных отраслей психологии и имеет большие перспективы развития как за рубежом, так и в России.

6. Практические задачи и функции клинического психолога

Клинический психолог в учреждениях здравоохранения – это специалист, в обязанности которого входит как участие в психодиагностических и психокор-реакционных мероприятиях, так и в лечебном процессе в целом. Медицинская помощь оказывается бригадой специалистов. Такая «бригадная» модель оказания медицинской помощи первоначально возникла в психотерапевтической и психиатрической службах. Центром бригады является лечащий врач, работающий совместно с психотерапевтом, клиническим психологом и специалистом по социальной работе. Каждый из них выполняет свой диагностический, лечебный и реабилитационный план под руководством лечащего врача и в тесном сотрудничестве с другими специалистами. Но такая «бригадная» модель в здравоохранении еще не достаточно распространена, и быстрота ее распространения зависит от наличия психологических кадров. Но пока, к сожалению, отечественная система здравоохранения к это-муне готова.

Деятельность психолога в медицинском учреждении направлена на:

- 1) повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека;
- 2) гармонизацию психического развития;
- 3) охрану здоровья;

4) профилактику и психологическую реабилитацию. Предметом деятельности клинического психолога

можно считать психические процессы и состояния, индивидуальные и межличностные особенности, социально-психологические феномены, проявляющиеся в различных областях человеческой деятельности.

Поэтому важно подчеркнуть, что клинический психолог – это специалист, который может работать не только в клиниках, но и в учреждениях другого профиля: образования, социальной защиты и др. Это учреждения, в которых необходимо углубленное изучение личности человека и оказание ему психологической помощи.

В вышеуказанных областях клинический психолог выполняет следующие виды деятельности:

- 1) диагностическую;
- 2) экспертную;
- 3) коррекционную;
- 4) профилактическую;
- 5) реабилитационную;
- 6) консультативную;
- 7) научно-исследовательскую и др.

7. Особенности и задачи патопсихологического исследования

Основными направлениями работы патопсихолога являются следующие.

1. Решение задач дифференциальной диагностики.

Чаще всего такие задачи возникают при необходимости отличить начальные проявления вялотекущих форм шизофрении от неврозов, психопатии и органических заболеваний головного мозга. Также необходимость в патопсихологическом исследовании может возникнуть при распознавании стертых или «маскированных» депрессий, диссимулируемых бредовых переживаний и некоторых форм патологии позднего возраста.

2. Оценка структуры и степени нервно-психических расстройств.

С помощью патопсихологического исследования психолог может определить выраженность и характер нарушений отдельных психических процессов, возможности компенсации этих нарушений с учетом психологических особенностей той или иной деятельности.

3. Диагностика психического развития и выбор путей обучения и переобучения.

В детских учреждениях патопсихолог играет большую роль в решении диагностических задач. Важной задачей здесь является определение аномалий психического развития, выявление степени и структуры различных форм нарушений психического развития. Патопсихологическое исследование способствует лучшему пониманию характера аномалии психического развития, а также служит основой для разработки психокор-рекционных программ для дальнейшей работы с ребенком.

4. Исследование личности и социальной среды больного.

В данном случае психологический эксперимент строится по принципу моделирования определенной предметной деятельности. При этом выявляются особенности психики больных, психических процессов и свойств личности, которые играют важную роль в социальной и профессиональной адаптации. Патопсихолог должен установить, какие функции поражены, а какие сохранены, и определить способы компенсации в различных видах деятельности.

5. Оценка динамики психических нарушений. Психологические методы оказываются эффективными

для выявления изменений в системе отношений и в социальной позиции пациента в связи с осуществляемой психокоррекционной работой. Важно отметить, что при оценке динамики состояния больного всегда проводится повторное психологическое обследование.

6. Экспертная работа.

Патопсихологическое исследование является важным элементом врачебно-трудовой, военно-врачебной, медико-педагогической и судебно-психиатрической экспертиз. Кроме того, в судебной практике психологическое обследование может выступать в качестве самостоятельного доказательства. Задачи исследования определяются видом экспертизы, а также вопросами, на которые должен ответить психолог в ходе эксперимента.

8. Методы патопсихологического исследования

Методы, применяемые для патопсихологического исследования, можно разделить на стандартизированные и нестандартизированные.

Нестандартизированные методы направлены на определение конкретных нарушений психической деятельности и составляют индивидуально для каждого больного.

К нестандартизированным методам патопсихологического исследования относятся:

1) метод «формирования искусственных понятий» Л. С. Выготского, который используется для выявления особенностей понятийного мышления при различных психических заболеваниях, прежде всего при шизофрении и некоторых органических поражениях головного мозга;

2) метод «классификации предметов» Гольдштейна, который применяется для анализа различных нарушений процессов отвращения и обобщения;

3) методы «классификация», «предметные картинки», «исключение предметов», «исключение понятий», «толкование пословиц» и другие методы исследования мышления;

4) метод «корректурных проб» Анфимова-Бурдона и метод «черно-красных цифровых таблиц» Шульте-Горбова (для исследования внимания и памяти), а также методы набора слогов и слов, методы Крепелина и Эббингауза применяют для исследования кратковременной памяти;

5) метод «незаконченных предложений»;

6) метод «парных профилей»;

7) тематический апперцепционный тест (ТАТ) и другие методы для исследования личности.

Основным принципом при использовании не-стандартизированных методов исследования является принцип моделирования определенных ситуаций, в которых проявляются те или иные виды психической деятельности больного. Заключение патопсихолога основывается на оценке конечного результата деятельности больного, а также на анализе особенностей процесса выполнения заданий, что позволяет не только выявить нарушения, но и сопоставить нарушенные и сохраненные стороны психической деятельности.

Стандартизированные методы широко применяются в диагностической работе. В данном случае специальным образом подобранные задания предъявляют в одинаковой форме каждому испытуемому. Таким образом, появляется возможность сопоставить способы и уровни выполнения задания испытуемым и другими лицами.

Практически все нестандартизированные методы могут быть стандартизированы. Следует отметить, что для качественного анализа особенностей психической деятельности большинства субтестов, входящих в стандартизированные методы, можно использовать в нестандартизированном варианте.

Б. В. Зейгарник считает, что патопсихологический эксперимент направлен:

1) на изучение реальной деятельности человека;

2) на качественный анализ различных форм распада психики;

3) на раскрытие механизмов нарушенной деятельности и возможности ее восстановления.

9. Порядок проведения патопсихологического исследования

Патопсихологическое исследование включает следующие этапы.

1. Изучение истории болезни, беседа с врачом и постановка задачи патопсихологического исследования.

Лечащий врач должен сообщить патопсихологу основные клинические данные о больном и поставить перед психологом задачи патопсихологического исследования. Психолог конкретизирует для себя задачу исследования, подбирает необходимые методики и устанавливает порядок их предъявления больному. Врач должен объяснить больному цели патопсихологического исследования и тем самым способствовать выработке у него положительной мотивации.

2. Проведение патопсихологического исследования.

В первую очередь психологу нужно установить контакт с больным. От успешности установления психологического контакта между патопсихологом и испытуемым во многом зависит достоверность полученных в ходе патопсихологического исследования результатов. Прежде чем приступить к проведению эксперимента, необходимо убедиться, что контакт с больным установлен и больной понял цель исследования. Инструкция должна быть сформулирована четко и доступно для больного.

М. М. Костерева выделяет несколько видов отношений больного к патопсихологическому исследованию:

1) активное (больные с интересом включаются в эксперимент, адекватно реагируют как на успех, так и на неудачи, интересуются результатами исследования);

2) настороженное (сначала больные относятся к исследованию с подозрительностью, иронией или даже боятся его, но в процессе эксперимента неуверенность исчезает, больной начинает проявлять аккуратность и исполнительность; при данном типе отношения следует отметить «задержанную форму реагирования», когда наблюдаются расхождения между субъективными переживаниями испытуемого и внешним выразительным компонентом поведения);

3) формально-ответственное (больные выполняют требования психолога без личной заинтересованности, не интересуются результатами исследования);

4) пассивное (больному требуется дополнительная мотивация; установка на обследование отсутствует либо крайне неустойчивая);

5) негативное или неадекватное (больные отказываются от участия в исследовании, выполняют задания непоследовательно, не следуют инструкции).

Делая выводы, патопсихолог должен учитывать все факторы, в том числе образование больного, его отношение к исследованию, а также его состояние во время проведения исследования.

3. Описание результатов, составление заключения по результатам исследования – пределы компетенции психолога.

На основе результатов исследования составляется заключение, в котором последовательно излагаются выводы.

10. Нарушение опосредованности и иерархии мотивов

Одним из видов нарушений развития личности являются изменения в мотивационной сфере. А. Н. Леонтьев утверждал, что анализ деятельности должен проводиться через анализ изменения мотивов. Психологический анализ изменений мотивов является одним из способов исследования личности больного человека, в том числе и особенностей его деятельности. Кроме того, как отмечает Б. В. Зейгарник, «патологический материал дает в некоторых случаях возможность не только проанализировать изменения мотивов и потребностей, но и проследить процесс формирования этих изменений».

К основным характеристикам мотивов относят:

- 1) опосредованный характер мотивов;
- 2) иерархичность построения мотивов.

У детей иерархическое построение мотивов и их опосредование начинает зарождаться еще до школы. Затем в течение всей жизни происходит усложнение мотивов. Одни мотивы подчиняются другим: какой-либо один общий мотив (например, овладеть определенной профессией) включает в себя ряд частных мотивов (овладеть необходимыми знаниями, усвоить определенные навыки и т. п.). Таким образом, деятельность человека всегда побуждается несколькими мотивами и отвечает не одной, а нескольким потребностям. Но в конкретной деятельности всегда можно выделить один ведущий мотив, придающий всему поведению человека некий смысл. Дополнительные мотивы являются необходимыми, так как они непосредственно стимулируют человеческое поведение. Содержание какой-либо деятельности утрачивает личностный смысл, если нет ведущих мотивов, которые дают возможность опосредования мотивов в их иерархическом строении.

Б. С. Братусь указывает, что изменения происходят в первую очередь в мотивационной сфере (как пример – сужение круга интересов). В ходе патопсихологического исследования не обнаруживается грубых изменений познавательных процессов, но при выполнении некоторых заданий (особенно тех, которые требуют длительной концентрации внимания, быстрой ориентации в новом материале), больной не всегда замечает допущенные им ошибки (некритичность), не реагирует на замечания экспериментатора и не руководствуется ими в дальнейшем. Также у больного обнаруживается завышенная самооценка.

Итак, мы видим, как под влиянием алкоголизма данного больного разрушается прежняя иерархия мотивов. Иногда у него появляются какие-то желания (например, устроиться на работу), и больной совершает какие-то действия, руководствуясь прежней иерархией мотивов. Однако все эти побуждения не носят стойкого характера. Главным (смыслообразующим) мотивом, который контролирует деятельность больного, в результате является удовлетворение потребности в алкоголе.

Итак, на основании проведенного анализа изменений опосредованности и иерархии мотивов можно сделать следующие выводы:

- 1) данные изменения не выводятся непосредственно из нарушений мозга;
- 2) они проходят сложный и длительный путь формирования;
- 3) при формировании изменений действуют механизмы, схожие с механизмами нормального развития мотивов.

11. Нарушение смыслообразующей и побудительной функций мотива

Теперь рассмотрим патологию смыслообразующей и побудительной функций мотивов.

Только при слиянии двух этих функций мотива мы можем говорить о сознательно регулируемой деятельности. Из-за ослабления и искажения данных функций происходит серьезное нарушение деятельности.

Данные нарушения были рассмотрены М. М. Коченовым на примере больных шизофренией. Им было проведено исследование, которое заключалось в следующем: испытуемый должен выполнить по собственному выбору три задания из девяти предложенных ему экспериментатором, затратив на это не более 7 мин. Задания были такими:

- 1) нарисовать сто крестиков;
- 2) выполнить двенадцать строчек корректурной пробы (по Бурдону);
- 3) выполнить восемь строчек счета (по Крепелину);
- 4) сложить один из орнаментов методики Коса;
- 5) построить из спичек «колодец»;
- 6) сделать из канцелярских скрепок цепочку;
- 7) решить три различные головоломки.

Таким образом, больному было необходимо выбрать те действия, которые являются наиболее целесообразными для достижения основной цели (выполнить определенное количество заданий за определенное время).

Проводя данное исследование на здоровых испытуемых, М. М. Коченов пришел к выводу, что для достижения поставленной цели необходим ориентировочный этап (активная ориентировка в материале), который присутствовал у всех представителей данной группы испытуемых.

Все испытуемые руководствовались степенью сложности заданий и выбирали те из них, выполнение которых займет меньше времени, так как стремились уложиться в отведенные им семь минут.

Таким образом, у здоровых испытуемых в данной ситуации происходит структурирование отдельных действий в целенаправленное поведение.

При проведении эксперимента среди больных шизофренией были получены иные результаты:

- 1) у больных не было ориентировочного этапа;
- 2) они не выбирали легких заданий и часто брались за те задания, которые явно невозможно выполнить в отведенный срок;
- 3) иногда больные выполняли задания с большим интересом и с особенной тщательностью, не замечая, что время уже истекло.

Обратим внимание, что все больные тоже знали, что им надо уложиться в отведенное время, но это не становилось регулятором их поведения. В ходе эксперимента они могли спонтанно повторять «я должен уложиться в 7 минут», не меняя при этом способов выполнения задания.

Итак, исследования М. М. Коченова показали, что нарушение деятельности больных шизофренией было обусловлено изменением мотивации сферы. Мотив у них превращался в просто «знание» и таким образом терял свои функции – смыслообразующую и побудительную.

Именно смещение смыслообразующей функции мотивов являлось причиной нарушения деятельности больных, изменения их поведения и деградации личности.

12. Нарушение подконтрольности и критичности поведения

Сбой подконтрольности поведения – один из образов нарушения личности. Он выражается в неправильной оценке больным своих действий, в отсутствии критичности к своим болезненным переживаниям. Исследуя нарушения критики у психически больных, И. И. Кожуховская показала, что некритичность в любых формах свидетельствует о нарушении деятельности в целом. Критичность, как считает Кожуховская, является «вершиной личностных качеств человека».

В качестве примера такого нарушения рассмотрим выписки из истории болезни, приведенные Б. В. Зейгарник:

Больной М.

Год рождения – 1890.

Диагноз: прогрессивный паралич.

История болезни. В детстве развивался нормально. Окончил медицинский факультет, работал хирургом.

В 47 лет появились первые признаки душевного заболевания. Производя операцию, допустил грубейшую ошибку, которая привела к смерти больной.

Психическое состояние: правильно ориентирован, многоречив. Знает о своем заболевании, но относится к этому с большой легкостью. Вспоминая о своей хирургической ошибке, с улыбкой говорит, что «у всех бывают случайности». В данный момент считает себя здоровым, «как бык». Убежден в том, что может работать хирургом и главным врачом больницы.

При выполнении даже простых заданий больной допускает множество грубых ошибок.

Не дослушав инструкцию, пытается подойти к заданию на классификацию предметов, как к игре в домино, и спрашивает: «Как же узнать, кто выиграл?» Когда же ему зачитывают инструкцию второй раз, выполняет задание правильно.

Выполняя задание «установление последовательности событий», пытается просто объяснить каждую картинку. Но когда экспериментатор прерывает его рассуждения и предлагает разложить картинки в нужном порядке, больной правильно выполняет задание.

При выполнении задания «соотнесение фраз с пословицами» больной правильно объясняет поговорки «Семь раз отмерь – один раз отрежь» и «Не все то золото, что блестит». Но он неправильно относит к ним фразу «Золото тяжелее железа».

С помощью методики пиктограмм были получены следующие результаты: больной образует связи довольно обобщенного порядка (для запоминания словосочетания «веселый праздник» рисует флаг, «темная ночь» – заштриховывает квадрат). Больной очень часто отвлекается от задания.

При проверке обнаруживается, что больной запомнил лишь 5 слов из 14. Когда же экспериментатор сообщил ему, что это очень мало, больной с улыбкой ответил, что в следующий раз запомнит больше.

Таким образом, мы видим, что у больных отсутствует мотив, ради которого они совершают ту или иную деятельность, выполняют то или иное задание.

Их действия являются абсолютно немотивированными, больные не осознают своих поступков, своих высказываний.

Потеря возможности адекватно оценивать свое поведение и поведение окружающих привела к разрушению деятельности этих больных и глубокому личностному нарушению.

13. Нарушение операциональной стороны мышления. Методики его исследования

Нарушение операционной стороны мышления происходит в двух категориях:

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

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.