Дипломная работа

**Сравнительный анализ патопсихологических особенностей при простой и параноидной форме шизофрении**

**Оглавление**

Введение

Глава 1. Литературный обзор

.1 Шизофрения как нозологическая единица

.2 Этиология и патогенез шизофрении

.3 Клиническая картина

.4 Систематика (классификация)

.5 Психологические особенности больных шизофренией

.6 Простая и параноидная шизофрения

Глава 2. Экспериментальная часть

.1 Процедура проверки гипотезы и основные принципы исследования

.2 Особенности патопсихологического исследования мышления

.3 Особенности патопсихологического исследования эмоций

.4 Методическое обоснование

.5 Направленность и выбор экспериментальных методик

.6 Результаты проведенного исследования

.7 Обсуждение результатов исследования

Выводы

Заключение

Литература

Приложения

**Введение**

***Актуальность патопсихологического исследования шизофрении***

***Шизофрения*** - наиболее показательное психическое заболевание, в процессе которого формируется аномальная психика.

Диагностические категории шизофрении дискутируются и оспариваются довольно часто. Причина этого лежит в отсутствии патопсихологического признака или их сочетания, которые бы рассматривались как специфичные для этого диагноза, поэтому практические задачи, стоящие перед данным патопсихологическим исследованием могут быть использованы для дифференциально-диагностических целей и могут служить дополнительным материалом при установлении диагноза, так как при клинической оценке состояния больного нередко возникает необходимость разграничения астенического состояния органической природы от состояния шизофренической вялости: замедленность психических процессов, плохое запоминание и воспроизведение предъявляемого материала, выявление зависимости этих нарушений от истощаемости - все это обнаруживается при органическом заболевании, в то время как непоследовательность суждений при отсутствии истощаемости, разноплановость мышления при хорошем запоминании чаще наблюдаются при шизофреническом процессе.

Патопсихологическое исследование может помочь в определении характера действия терапевтических (фармакологических) средств, а также в плане прогноза течения заболевания.

Актуальность патопсихологического исследования подтверждается рядом социальных аспектов и значений, а именно:

· правовое значение (в судебной экспертизе)

· работоспособность (в установлении группы инвалидности)

· построение системы реабилитационных мероприятий (жизненная позиция больного, его отношение к окружающим).

Экспериментальные факты могут оказаться полезными при решении ряда теоретических вопросов:

исследование дает возможность проследить условия, при которых выступает то или иное патопсихологическое явление, что помогает проследить формирование того или иного симптома (формирование патологического мышления, эмоционально-волевой сферы);

исследование измененного в результате болезни компонента психической деятельности дает возможность узнать в каких явлениях он принимает участие и какое значение имеет для явлений, в состав которых входит.

В современной патопсихологии накоплены данные относительно типичных нарушений мышления, памяти, восприятия, эмоциональной сферы, речи и праксиса, характерных для шизофрении. На основе этих данных возникает возможность выявления дополнительных дифференциально-диагностических признаков при экспериментальном исследовании отдельного больного.

***Проблема дифференциальной диагностики шизофрении***

Шизофрения относится к тем формам психических заболеваний, диагностическая оценка которых до сих пор является «яблоком раздора».

Диагностические категории шизофрении дискутируются и оспариваются. Причина этого лежит в отсутствии четкого патопсихологического признака или их сочетания, которые являлись бы определяющими и специфичными для каждой формы этого заболевания.

Сложность проблемы заключается в том, что при шизофрении многие типичные особенности клиники оказываются демонстративными лишь при острых ее состояниях и клиническая симптоматика демонстрирует широкий диапазон симптомов этого заболевания.

В патопсихологических исследованиях, специальной литературе довольно подробно описаны психологические особенности больных шизофренией, но четкого разграничения по формам нет, поэтому до сих пор дифференциальная диагностика этого заболевания весьма субъективна и зависит от опыта, профессионализма и личности врача. Конечно, опытный психиатр умеет установить в беседе с больным характерные особенности психики, выявить различные оттенки состояния больных при расспросе персонала или родственников больного о его поведении.

До сих пор в дифференциальной оценке состояния психики при шизофрении расспрос и наблюдение остаются не только преобладающими, но и почти единственными методами *врачебного исследования*, в то время как соматическое состояние психически больного исследуется современными многообразными лабораторными методами. Но психологические особенности при шизофрении, учитывая многообразие ее форм, механизмы ее возникновения (продолжающаяся деятельность, требования окружающей действительности, ее воздействия и так далее), различны. Следовательно, определяющая причина каждого симптома может быть очень различна, она не предопределена, ее нужно исследовать экспериментальными методами.

Диагностика шизофрении и ее лечение требует индивидуального подхода, индивидуально подобранных дозировок, комбинирования лекарственных средств. Такая задача может быть решена с помощью экспериментальных методик патопсихологии.

В связи с этим, перед экспериментальной патопсихологией ставятся ***практические задачи:*** выявление симптомов психического заболевания и их своеобразия, получение данных для диагностики, обследование больных, вызывающих трудности в диагностическом отношении, оценка эффективности терапии, построение системы реабилитационных мероприятий и прогноз дальнейшей судьбы человека.

Подбирая серии однотипных методик, направленных на выявление определенных нарушений, исследователь получает возможность на протяжении длительного времени оценивать сдвиги в состоянии больных, обнаруживать характерные расстройства, обеспечить раннюю диагностику психического заболевания.

*Мы поставили перед собой задачу установления диагностически значимых психологических свойств, позволяющих отграничить различные формы шизофрении. При этом наиболее существенным подспорьем, на наш взгляд, является результат экспериментального исследования мышления, а показатели внимания и памяти больных могут служить дополнением в диагностике различных форм шизофрении.*

Для исследования выбраны простая и параноидная формы шизофрении. ***Основание выбора таково***: среди различных форм шизофрении (простая, параноидная, гебефренная, кататоническая, циркуляторная) наиболее проблематична диагностика простой и параноидной, границы этих форм весьма условны и неоднозначны.

При простой и параноидной форме шизофрении в начальных стадиях развития первые признаки психических нарушений еще мало дифференцированы и не заметны при клиническом наблюдении, а выступают лишь в субъективных переживаниях и жалобах больных.

В связи с этим, свое исследование мы направили на выявление дополнительных дифференциально-диагностических психологических особенностей простой и параноидной формы шизофрении, полагая, что в результате качественного сравнительного анализа мыслительной и эмоционально-волевой сферы больных будут выявлены существенные психологические различия, которые могут стать подспорьем при отграничении этих форм заболевания, вызывающих трудности в диагностическом отношении.

Данные экспериментально-психологического исследования могут стать продолжением и дополнением общего клинического изучения больных.

Итак, общая тема работы позволила нам сформулировать основные ее положения следующим образом:

***Цель работы*:** выявить диагностически значимые патопсихологические критерии, позволяющие отграничить простую и параноидную форму шизофрении.

***Задачи:***

выявить нарушения мыслительной и эмоционально-волевой сферы у больных простой формой шизофрении

выявить нарушения мыслительной и эмоционально-волевой сферы у больных параноидной формой шизофрении

сравнить и проанализировать качественные различия мыслительных функций и личностных особенностей у больных простой и параноидной формой шизофрении.

**Объект:** нарушения психической деятельности.

**Предмет:** мышление, эмоции.

**Гипотеза:** в процессе патопсихологического исследования мышления и эмоционально-волевой сферы будут выявлены специфически значимые психологические особенности больных простой и параноидной формой шизофрении, а их сравнительный анализ позволит определить те психологические различия, которые являются показательными в дифференциальной диагностике этих форм заболевания.

**Глава 1. Литературный обзор**

**.1 Шизофрения как нозологическая единица**

Название заболевания было предложено швейцарским психиатром Е. Блейером в 1911 году. В переводе оно означает «расщепление» души (от греч. «шизо» - расщепляю и «френ» - разум).

Шизофрения - тяжелое психическое заболевание, которое характеризуется дисгармоничностью и утратой единства психических функций (мышления, эмоций, моторики), длительным непрерывным или приступообразным течением и разной выраженностью продуктивных (позитивных) и негативных расстройств, приводящих к изменениям личности в виде аутизма, снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей инвертированности.

Именно «расщепление» (диссоциативность) психических функций обусловливает своеобразие патопсихологии этого заболевания, поведения больных и психического дефекта, сочетающихся с сохранностью формальных интеллектуальных функций. Продуктивные (позитивные) психические расстройства, выражающиеся неврозоподобными, психопатоподобными, аффективными, галлюцинаторно-параноидными или кататоническими синдромами, не являются специфичными для этого заболевания, и присущие им нозологические особенности выступают всегда в сочетании с негативными расстройствами - изменениями личности и постепенно нарастающими признаками психического дефекта.

**.2 Этиология и патогенез шизофрении**

Исследования этиологии и патогенеза шизофрении начались задолго до выделения ее в качестве самостоятельного заболевания. Они развивались в широком диапазоне - от психодинамических и антропологических до физиологических, анатомических и генетических аспектов. На первых этапах изучения этиологии и патогенеза шизофрении эти направления были относительно изолированными. Более того, в трактовке природы психических нарушений одни подходы противопоставлялись другим. Развитие этих подходов основывалось на различных концепциях о сущности психического заболевания, в частности шизофрении.

Одни рассматривали шизофрению как следствие психической травмы в раннем детском возрасте либо воздействия иных микросоциальных и психогенных факторов (школа «психиков»).

Другие пытались объяснить механизмы развития шизофрении нарушениями биологических процессов в различных органах и системах организма: мозг, печень, железы внутренней секреции и так далее, (школа «соматиков»).

Сложившееся противопоставление психического и соматического не определило их примата в развитии шизофрении. Первичность и вторичность, а также соотношение психических и биологических факторов в патогенезе этого заболевания продолжают занимать исследователей до настоящего времени.

Патогенез шизофрении мало ясен. Существует ряд гипотез относительно роли отдельных звеньев в патогенезе заболевания.

Согласно гипотезе аутоинтоксикации, основная роль в патогенезе шизофрении принадлежит эндотоксикозу вследствие нарушения обменных процессов в головном мозге.

Сформулирована гипотеза о роли аутоиммунных процессов в патогенезе шизофрении. (Семенов С.С., 1976).

Существует гипотеза о нарушении клеточных мембран головного мозга в патогенетических механизмах заболевания (М.Е. Вартанян, 1972).

В генетической теории существует гипотеза, согласно которой существует ген шизофрении и это заболевание передается по наследству. Данные этой теории не подтверждаются, но имеют место.

В рамках вирусной теории выдвинута гипотеза, в которой предполагается, что шизофрения передается воздушно-капельным путем, но вирус шизофрении еще не найден.

**1.3 Клиническая картина**

Шизофренией заболевают преимущественно в молодом возрасте, она поражает как мужчин, так и женщин.

При шизофрении наблюдается расщепление единства, утрата последовательности и целенаправленности психических процессов, логическая разобщенность ассоциаций. Расщепление целостности психики проявляется в виде нарушения взаимосвязи между психическими процессами и несоответствием их друг другу: так смех больного при высказывании бреда неприятного содержания, отщепление психических процессов от личности, выражающееся в психическом автоматизме, раздвоении личности.

Эмоциональные нарушения проявляются в нарушении контакта с людьми, иногда даже с близкими. Характерна диссоциация эмоциональных нарушений: эмоциональная холодность в отношении окружающих сочетается с эмоциональной чувствительностью, хрупкостью, если переживания касаются самого больного. Больной эмоционально неуравновешен, легко расстраивается, плачет.

Нередко хорошее интеллектуальное развитие сочетается с малой творческой продуктивностью, снижением познавательных интересов. Интеллект при этом грубо не страдает, но выражены нарушения мышления. Центральное место в них занимают отрыв от реальности, легкое соскальзывание в фантазию.

Одним из ранних симптомов является расстройство речи. При длительном течении болезни отмечаются такие изменения речи как:

- неравномерность;

- нарушение темпа;

вычурность интонации;

монотонность.

Встречаются рудиментарные продуктивные расстройства:

- Колебания настроения

- Неврозоподобные страхи

Навязчивые действия

Деперсонализационные явления

Патологическое образное фантазирование.

К **«ядерным» симптомам шизофрении**, определяющим диагноз заболевания, но не всегда четко выявляющимся на всех ее этапах, относят:

- Расщепление (схизис) - в виде разорванности мышления, амбивалентности и амбитендентности в эмоциях и воле, раздвоении сознания;

- Аутизм - уход в себя, складывающийся на направленности интересов личности на свои внутренние переживания с созданием оторванного от реальности мира, стремление ограничить контакты с окружающими людьми;

Апатия - безразличие, невосприимчивость, потеря интереса.

Абулия - снижение желаний и побуждений к деятельности, общее безразличие к последствиям действий.

Кдополнительным симптомам шизофрении относят следующие:

- расстройства восприятия; зрительные галлюцинации не характерны, чаще встречаются слуховые, обонятельные, тактильные и галлюцинации общего чувства (висцеральные). Они неопределенны, странны, вычурны, изменчивы и житейски малопонятны. Преобладают псевдогаллюцинации, а из них наиболее часты вербальные (голоса). Голоса узнают, повторяют, комментируют мысли и желания больного, иногда приказывают. Нередко одни голоса противоречат другим, рассуждают с больным на отвлеченные темы, имеют символическое значение.

- Бред. Наиболее частым бредом является бред преследования и воздействия. В начальных стадиях болезни характерна бредовая интерпретация отношения окружающих к больному. Бредовая настроенность может быть весьма длительной, и тогда больные очень нечетки и туманны в своих высказываниях, в последних удается уловить лишь некоторые намеки, но не яркий бред. В конце концов, формируется обычно стойкий бред. Бредовые идеи при шизофрении мало связаны с реальными жизненными отношениями, психологически не обоснованы. Они становятся все более нелепыми, паралогическими, резонерскими, эмоционально выхолощенными - то есть отражают специфику шизофренического мышления. Еще одна особенность шизофренического бреда состоит в том, что он охватывает очень широкий и невероятный круг событий, действующих лиц и проблем.

Кататонические нарушения, а также дурашливость в поведении. В эпоху E. Blueler не было создано учение о шизоаффективных психозах, которые в настоящее время диагностируются очень часто. С учетом таких данных теперь в дополнительных симптомах шизофрении могут фигурировать апатичные мании и депрессии.

Симптомы и синдромы, составляющие клиническую картину шизофрении столь многообразны, что практически при ней наблюдаются все существующие психопатологические расстройства. Это не противоречит тому, что некоторые из них встречаются при шизофрении чаще.

К их числу относятся аутистические, гебоидные изменения личности; галлюцинации, в первую очередь слуховые и обонятельные, а из слуховых чаще - псевдогаллюцинации; синдром психического автоматизма, бред воздействия, преследования, отношения; навязчивости, главным образом отвлеченные (идеаторные); депрессивные состояния отличаются стертостью, невелированностью тоскливого аффекта и малой адекватностью эмоциональных переживаний.

**1.4 Систематика (классификация)**

При группировке форм шизофрении ведущим критерием в отечественной психиатрии признается критерий течения, то есть темп развития и динамика заболевания. Исходя из этого критерия, выделяют следующие типы течения шизофрении:

- непрерывно-текущие формы с постепенным началом;

- формы с периодическим течением (рекуррентным);

приступообразные прогредиентные формы со смешанным типом течения, при которых приступы чередуются с непрерывным течением.

Формы шизофрении включают:

- простую

- гебефреническую

кататоническую

параноидную

циркулярную.

. Простая форма.В клинической картине этой формы выражены все основные симптомы. Дополнительных может не быть совсем, но если они появляются, то выражены рудиментарно и быстро исчезают. Таким образом, клиника этой формы состоит из нарастающих проявлений аутизма, апатии вместе с абулией и нарушений логической стройности мышления. Эта форма наиболее часто начинается медленно, вяло, как бы исподволь, опустошая личность больного. Реже бывает острое начало с растерянностью, чувством надвигающегося «сумасшествия», отсутствием управлять своей психикой. Ориентировка в этих случаях сохраняется, появляются неадекватное отношение к близким и резонерское «философствование». Течение простой формы вялое, нерперывно-прогредиентное. Как раз на этой форме шизофрении легко уяснить сущность прогредиентности в целом при этом заболевании. Оно заключается в нарастании основных симптомов шизофрении.

Сюда же можно отнести и неврозоподобную шизофрению. При этом варианте на первом плане в клинике в течение длительного времени обнаруживается неврозоподобная симптоматика. Она проявляется в навязчивостях, ипохондричности, истероидных реакциях без достаточного повода, необычной астеничности и желанием отдыхать без объективных признаков усталости. Диагностика такой шизофрении уточняется при постепенном проявлении основных шизофренических симптомов и перерастании отдельных навязчивых мыслей в идеаторный автоматизм, ритуалов - в стереотип, исчезновении критики к навязчивостям, замене истероидной демонстративности необычной вычурностью и манерностью поз и движений.

Психопатоподобные нарушения при простой форме шизофрении обычно проявляется периодами злобности к родственникам, непослушанием и немотивированной конфликтности.

. Гебефреническая форма.При ней поведение больных нелепо дурашливое, манерное, утрированно-инфантильное на фоне пустой непродуктивной эйфории. Среди основных симптомов - разорванность, вычурность и странность в мышлении и речи, выраженная неадекватность эмоций. Течение такой формы непрерывно-прогредиентное, быстро ведущее к глубокому дефекту.

При другом варианте - гебоидофрении в поведении больных обнаруживается необычная психопатоподобность, которая проявляется в расторможении импульсивных и формировании разного рода странных влечений. Больные становятся необычно жестокими по отношению к своим близким, животным; посещают морги и похороны, драки и пожары. Они убегают из дома, совершают кражи и поджоги, становятся сексуально распущенными и извращенными, социально неадаптированными, ведут асоциальный образ жизни. На этом фоне возникают острые психотические состояния полиморфного содержания с дурашливостью или одно из таких состояний затягивается и как бы завершает процессуальность гебефрении, приводя к глубоким шизофреническим изменениям личности.

. Кататоническая форма**.** Здесь на первый план выступают явления кататонического синдрома. При этом ступор может меняться внезапным возбуждением с импульсивными поступками. В ряде случаев имеют место онейроидные переживания (сновидные). Этим, а также выраженным негативизмом, стереотипностью и нецеленаправленностью она отличается от подобного же синдрома при других заболеваниях. Начало обычно острое, особенно если болезнь дебютирует возбуждением. Течение приступа длительное, но возможны ремиссии. Хорошие ремиссии бывают при онейроидной кататонии. Они могут длиться много лет, глубина же их близка к практическому выздоровлению.

. Параноидная форма. При ней на первый план выступают галлюцинаторно-бредовые симптомы с характерными для шизофрении особенностями. Начало может быть как медленным. Так и острым. Эта форма в своем развитии проходит ряд последовательных этапов:

а) паранойяльный, когда нет галлюцинаций, а бред носит интерпретативный характер - в виде неправильного толкования реальных фактов окружающей действительности;

б) параноидный, при котором бред теряет систематизированность, часто утрачивает связь с окружающей реальностью и определяется переживанием галлюцинаций и психического автоматизма, идеи преследования, воздействия и другие постепенно становятся более нелепыми;

в) парафренный, с сочетанием нелепо-фантастического бреда величия и бреда преследования, при наличии галлюцинаций и эйфорически приподнятого настроения.

Стойкие изменения личности при этой форме менее тяжелы и наступают позже, чем при других формах. Течение параноидной формы обычно приступообразное и непрерывно-прогредиентное. В приступообразном, хотя оно и относится к прерывисто-прогредиентному, прогредиентность проявляется в ряде случаев не в нарастании основных симптомов, а в постепенном перерастании параноидного синдрома в парафренный. Такие больные сохраняют длительное время (многие годы) способность излагать свои мысли обычным языком, быть эмоционально живыми.

. Циркуляторная формашизофрении характеризуется фазами атипичной мании и депрессии, которые сопровождаются галлюцинациями, бредом преследования и воздействия, кататоническими нарушениями, дурашливым оттенком поведения. Течение этой формы благоприятное, периодическое, как при онейроидной кататонии, в которую и может перерастать циркулярная форма. В целом следует отметить, что типы течения весьма относительны и довольно часто наблюдается переход благоприятных по течению типов в неблагоприятные, замене истероидной демонстративности необычной вычурностью и манерностью поз и движений.

**1.5 Психологические особенности больных шизофренией**

Интерес к психологии больных шизофренией возник давно в связи со своеобразием психических нарушений при этом заболевании, в частности в связи с необычностью познавательных процессов и невозможностью оценить их в соответствии с известными критериями слабоумия.

Мышление, речь и восприятие больных отличаются необычностью и парадоксальностью, не имеющими аналогии среди других известных видов соответствующей психической патологии. Особая диссоциация характеризует не только познавательную, но и всю психическую деятельность и поведение больных. Так, больные шизофренией могут выполнять сложные виды интеллектуальной деятельности, но часто испытывают затруднения при решении простых задач. Нередко парадоксальными являются также способы их действий, склонности и увлечения.

Психологические исследования показали, что нарушения познавательной деятельности при шизофрении происходят на всех ее уровнях, начиная от непосредственного чувственного отражения действительности, т.е. восприятия. Разные свойства окружающего мира выделяются больными несколько иначе, чем здоровыми: они по-разному «акцентируются», что приводит к снижению эффективности и «экономичности» процесса восприятия. Однако при этом отмечается повышение «перцептивной точности» восприятия образа.

Отмеченные особенности познавательных процессов наиболее четко выступают в мышлении больных. Установлено, что при шизофрении выявляются тенденция к актуализации практически малозначимых признаков предметов и снижение уровня избирательности, обусловленной регулирующим влиянием прошлого опыта на мыслительную деятельность. При этом указанная патология мыслительной, а также речевой деятельности и зрительного восприятия обозначается как диссоциация и выступает особенно отчетливо в тех видах деятельности, реализация которых существенно детерминирована социальными факторами, то есть предполагает опору на прошлый социальный опыт. В тех же видах деятельности, где роль социального опосредования незначительна, нарушений не обнаруживается.

Больные шизофренией могут получить в некоторых случаях «выигрыш» и открыть в предмете новые свойства. Снижение избирательности составляет фундамент «оригинального» и необычного мышления и восприятия больных, позволяющего им рассматривать явления и предметы с разных сторон, сопоставлять несопоставимое, отойти от шаблонов. Имеется много фактов, подтверждающих наличие у лиц шизоидного круга и больных шизофренией особых способностей и склонностей, позволяющих им достигать успехов в отдельных областях творчества. Именно эти особенности породили проблему «гениальности и помешательства».

Однако «проигрыш» неизмеримо больше, так как в подавляющем большинстве повседневных ситуаций снижение избирательности уменьшает эффективность деятельности пациентов.

В ходе болезненного процесса ряд характеристик познавательной деятельности претерпевают изменения: снижаются продуктивность и обобщенность мыслительной деятельности, контекстуальная обусловленность речевых процессов, распадается смысловая структура слов и так далее.

Данные, полученные Ю.Ф. Поляковым и соавторами (1983, 1991) [38, 39, 40] при экспериментально-психологических исследованиях, проведенных в Научном центре психического здоровья РАМН, свидетельствуют о том, что дефицит ряда психических процессов и поведенческих реакций характеризуют больных шизофренией и лиц с повышенным риском развития этого заболевания, то есть соответствующие особенности могут рассматриваться как предикторы шизофрении.

Главной особенностью психики больных шизофрениейявляется ее диссоциация, разлаженность, которая находит выражение в одновременном возникновении в клинической картине несовместимых психических расстройств и несовместимых их качеств. Таковы эмоциональные расстройства, выхолощенные в своей сущности (не заражающая своим весельем мания, рассудочная тоска, не отличающаяся тоскливым аффектом), не соответствующее аффекту содержание бреда, разноплановость их; одномоментное построение противоречивых планов (амбитендентность), единовременное выполнение противоречивых действий, поступков (амбивалентность); несоответствие мимики эмоциональному состоянию и рассуждениям больного; сосуществование подчас манерной плавности движений с импульсивностью поступков; диссоциация между манерным гримасничаньем, жестикуляцией, пуэрильностью поведения и высокомерно-назидательным тоном, а иногда и содержанием высказываний.

Многие типичные особенности клиники шизофрении оказываются демонстративными при рассмотрении острых состояний ее.

Приведенная клиническая симптоматика достаточно ярко демонстрирует широкий диапазон симптомов, характерных для шизофрении. В ней особенно наглядно выступает полиформизм расстройств, который в таком многообразии не приходится наблюдать при какой - либо другой психической болезни.

В клинической картине шизофрении многие расстройства приобретают особые качества. Ассоциативные процессы отличаются разлаженностью, разорванностью, их уровень существенно снижается, о чем говорят быстро возникающие признаки формального, схематического либо символического мышления. Рассуждения носят пустой, выхолощенный, формальный характер непродуктивного рассуждательства.

Глубокий шизофренический дефект немецкий психиатр Е. Крепелин назвал «апатическим слабоумием». В отличие от органического слабоумия непродуктивность мышления объясняется не обеднением ассоциаций и затруднением абстрагирования, а уменьшением психической активности, нарушением логической стройности, последовательности ассоциаций, углублением апатико-абулического синдрома и нарастанием аутизма. Снижения памяти не отмечается.

Таковы наиболее общие психологические особенности больных шизофренией.

Для нашего исследования, направленного на выявление и изучение качественных различий в мыслительной и эмоционально-волевой сфере больных простой и параноидной шизофренией стоит более подробно рассмотреть симптоматику этих форм.

**1.6 Простая и параноидная шизофрения**

**Простая форма шизофрении.** Эта форма отличается медленным течением с постепенным развитием изменений личности.

Болезнь обычно начинается исподволь с редукции энергетического потенциала и возникновения признаков эмоциональной дефицитарности. Редукция энергетического потенциала проявляется прогрессирующим падением продуктивности: ранее прекрасно учившиеся люди начинают испытывать трудности в восприятии новой информации, наблюдаются расстройства мышления, невозможность концентрации внимания; больные часами просиживают за приготовлением домашних заданий, помногу раз перечитывают один и тот же материал. Вначале такое снижение может связываться с объективными причинами (чаще всего с переутомлением), то впоследствии интеллектуальная несостоятельность становится очевидной. Утрачиваются прежние интересы, рвутся дружеские связи. Характерно появление особых интересов к проблемам философии, мироздания, ядерной физики, религии, то есть к тем областям науки и духовной жизни, с которыми больной ранее не был знаком и к которым не проявлял интереса. Это проявление получило название «метафизической интоксикации». Больные сутками просиживают за книгами, не понимая и не усваивая сути проблемы; нередко чтение приобретает характер стереотипии (книги часами остаются открытыми на одной и той же странице), но на вопрос о смысле прочитанного следуют невразумительные ответы.

Прогрессирование заболевания выражается в постепенном нарастании аутизма, снижении потребности в эмоциональных контактах с окружающими, отсутствием «радости контакта».

Резко ухудшаются отношения с близкими, больные становятся все более равнодушными к ним, к радостям и печалям в семье. В непосредственном общении с близкими бывают раздражительны, брутальны и порою просто грубы. Больные избегают своих друзей и иногда наотрез отказываются от встреч с ними, становятся равнодушными и к самим себе, не следят за своей внешностью, бывают неопрятны, неряшливы, категорически отказываются от гигиенических процедур.

Со временем нарастает бездеятельность: больные целыми днями ничем не заняты, бесцельно бродят по квартире, лежат в постели.

Для простой шизофрении *характерны нарастающие изменения личности*. На фоне нарастания изменений личности возникают рудиментарные позитивные психопатологические расстройства: кратковременные состояния приподнятого и пониженного настроения, расстройства влечений в виде сексуальной распущенности и тенденции к алкоголизации (последняя особенно характерна для периодов повышенного настроения), стремления к бродяжничеству. Психоподобность обычно проявляется периодами злобности к родственникам, непослушании и немотивированной конфликтности.

Описанные симптомы характерны для течения простой шизофрении, отличающейся преобладанием нарастающих негативных расстройств и рудиментарной позитивной симптоматикой.

Диагностика такой формы шизофрении уточняется при постепенном появлении основных шизофренических симптомов и перерастании отдельных навязчивых мыслей в идеаторный автоматизм, ритуалов - в стереотипии, исчезновении критики к навязчивостям, особо вычурного характера сенестопатий.

**Параноидная форма шизофрении.** При этой форме шизофрении *на первый план выступают галлюцинаторно-бредовые симптомы* с характерными для шизофрении особенностями. Начало может быть как медленным, так и острым.

В развитии заболевания отмечается ряд четких этапов, характеризующих картину бреда:

- паранойяльный, когда нет галлюцинаций, а бред носит интерпретативный характер - в виде неправильного толкования реальных фактов окружающей действительности;

- параноидный, при котором бред теряет систематизированность, часто утрачивает связь с окружающей реальностью и определяется переживанием галлюцинаций и психического автоматизма, идеи преследования и др. постепенно становятся нелепыми;

- парафренный, с сочетанием нелепо-фантастического бреда величия и бреда преследования, при наличии галлюцинаций и эйфорически приподнятого настроения.

В зависимости от преобладания в картине болезни бредовых расстройств или галлюцинаций выделяют бредовый и галлюцинаторный (псевдогаллюцинаторный) варианты течения параноидной шизофрении.

Заболевание развивается исподволь, проявления инициального периода разнообразны: навязчивости, психопатоподобные расстройства, явления деперсонализации. На их фоне возникают вначале нестойкие эпизодические, а в дальнейшем повторяющиеся бредовые идеи различного содержания.

Инициальный период болезни с перечисленными расстройствами и не резко выраженными личностными изменениями позволяет характеризовать его как этап вялого течения, наличие которого не исключает в дальнейшем течения заболевания по законам и стереотипам классической параноидной шизофрении.

Но у части больных уже в инициальном периоде болезни наблюдаются сужение круга интересов, ригидность, недоверчивость, блеклость эмоциональных реакций. Длительность этого периода различна.

Манифестация болезни проявляется развитием интерпретативного бреда с большей или меньшей степенью систематизации бредовых идей.

При *бредовом варианте* параноидной шизофрении манифестный период болезни характеризуется формированием интерпретативного, высокосистематизированного (паранойяльного) бреда с различной фабулой (ревность, идеи отношения, изобретательства, реформаторства и другие). Не исключена возможность развития и политематического бреда (одновременное существование нескольких фабул бреда, как правило, связанных друг с другом). Развитие высокосистематизированных синдромов интерпретативного бреда происходит постепенно, через этапы сверхценных образований и затем сверхценного бреда.

Формирование интерпетативного бреда с высокой степенью систематизации сопровождается высокой активностью больных: ревнивцы делают все возможное для поисков и разоблачения своих мнимых соперников, больные с бредом реформаторства или изобретательства обращаются в различные инстанции с целью немедленной реализации их идей, пациенты с бредом преследования стремятся обнаружить своих недругов. В связи с тем, что содержание бреда часто отражает реальные жизненные ситуации и конфликты, выявляется и расширяется круг сторонников больных, которые, естественно, не понимают болезненного характера переживаний пациента. В этот круг вовлекаются не только отдельные лица. Но и государственные учреждения, и правоохранительные органы. При расширении фабулы бреда появляются идеи переоценки своей личности и возможностей.

В отдельных случаях интерпретативный механизм бредообразования сохраняется на всем протяжении болезни. Он отличается тем, что следующая непосредственно за этим этапом болезни парафрения не сопровождается развитием психических автоматизмов.

Иногда психотические состояния, характеризующиеся высокой степенью систематизации бреда (паранойяльные синдромы), затягиваются на достаточно долгий период. Такие случаи описываются в литературе в виде *самостоятельного варианта параноидной шизофрении - шизофрении паранойяльной.* Состояние с паранойяльным бредом, достаточной стабилизацией картины бреда и не резко выраженными изменениями личности имеет ряд особенностей. Моменту трансформации паранойяльного состояния в галлюцинаторно-параноидное предшествует состояние тревожно-боязливого возбуждения.

При *галлюцинаторном варианте* параноидной шизофрении состояния с интерпретативным бредом менее продолжительны, бред не достигает высокой степени систематизации. Он формируется относительно быстро по типу кристаллизации бреда или внезапного озарения, которое сопровождается субъективным ощущением облегчения и исчезновения внутреннего напряжения.

В инициальном периоде галлюцинаторного варианта параноидной шизофрении могут наблюдаться неврозоподобные и психопатоподобные расстройства (моторные расстройства, нарушения восприятия, нарушения памяти, расстройства научения, мышления, эмоциональные, мотивационные и так далее).

Систематизированный бред, такой как мания преследования и ревности, вызывает страх и/или злость, которые, в свою очередь приводят к ориентированному на избежание поведению в виде отступления и/или враждебному социальному поведению.

При галлюцинаторном варианте параноидной шизофрении возникают вербальные иллюзии, отдельные вербальные галлюцинации типа окликов и бранных слов в адрес пациента с последующим развитием истинного вербального галлюциноза комментирующего содержание. Далее голоса становятся «сделанными». Начинают звучать в голове, то есть трансформируются в псевдогаллюцинации. Иногда этот переход сопровождается тревогой, страхом, эпизодами острого чувственного бреда, но стержневым же расстройством является вербальный псевдогаллюциноз.

Бредовые расстройства тесно связаны с содержанием галлюциноза (галлюцинаторный бред).

*Галлюцинации* часто определяют как *"восприятие без объекта",* «мнимое восприятие с характером действительности». Так, например, определяет галлюцинации немецкий психопатолог Клоос. Галлюцинации определяют по-разному, но всегда с отражением всех их особенностей; под галлюцинацией понимают непроизвольно возникающее представление, которое проецируется во вне и приобретает, тем самым, характер неотличимого от действительности. Галлюцинант видит привидение, находящееся среди реальных предметов. *Галлюцинаторный образ* - это яркое непроизвольно возникшее представление, приобретшее чувственное свойство - не только образное, но и чувственное - и провоцируемое во вне с характером, неотличимым от реальных предметов. Но сказать, что галлюцинация - это просто восприятие (патология восприятия) невозможно. Авторы, исследовавшие галлюцинации, подчеркивают, что *галлюцинация* - это есть особое, *необычное для самосознания больного восприятие*, которое имеет характер чуждости для самосознания, характер чуждости для «я», и вместе с тем, несмотря на чуждость, оно содержит некую близость "я". Любое восприятие, даже необычного предмета, не потрясает так, как потрясает восприятие галлюцинации. Галлюцинация уже с самого начала носит характер особого явления природы и при галлюцинациях дело не ограничивается расстройством восприятия или представления.

Конечное состояние при параноидной шизофрении характеризуется «шизофазией». Первый ее признак - симптом монолога, проявляющийся бесконечно длинными ответами на простые вопросы, когда в ответах содержится информация, не имеющая никакого отношения к содержанию вопроса. В дальнейшем может развиваться феномен шизофазии - грамматически правильная речь, лишенная какого-то ни было смысла и содержания. В такой речи больных все же удается уловить отдельные фрагменты бреда. При этом поведение больных внешне правильное. Иногда у больных могут возникать непродолжительные состояния возбуждения, которые объясняются оживлением «потухшего» бреда.

Стойкие изменения личности при этой форме шизофрении наступают позже, чем при других формах. Течение параноидной формы обычно приступообразное и непрерывно-прогредиентное.

В приступообразном (прерывно-прогредиентном) прогредиентность проявляется в постепенном перерастании параноидного синдрома в парафренный. Такие больные сохраняют длительное время (подчас многие годы) способность излагать свои мысли обычным языком, быть эмоционально живыми.

При непрерывно-прогредиентном типе течения, прогредиентность определяют основные симптомы шизофрении, особенно ярко они проявляются в изменении характера самих бредовых переживаний, которые становятся разорванными, еще более оторванными от реальности и эмоционально выхолощенными.

Продолжительность течения параноидной шизофрении не укладывается в определенные сроки, так как отдельные этапы болезни, в первую очередь инициальный, могут затягиваться. Однако псевдогаллюцинаторный вариант более быстротечен; на продолжительность заболевания в этих случаях влияет и терапевтическая резистентность многих больных. Что осложняет стабилизацию болезненного процесса на отдельных этапах.

Раскрыв этиологию, патогенез, клиническую картину, систематику и психологические особенности больных шизофренией, можно перейти от описания к обоснованию экспериментального инструмента.

**Глава 2. Экспериментальная часть**

**2.1 Процедура проверки гипотезы и основные принципы**

**исследования**

Процедура проверки гипотезы состояла из следующих шагов*:*

1. Определение точности постановки гипотезы. Данный шаг предполагал изучение этиологии, патогенеза, систематики и симптоматики, клинической картины шизофрении, а также выявление возможно более широкого набора психологических особенностей больных простой и параноидной шизофренией.

2. Составление плана получения данных для проверки гипотезы. На этом этапе предполагалось изучить особенности патопсихологического исследования мышления и эмоциональной сферы, сделать обоснованный выбор экспериментальных методов и методик.

. Непосредственная проверка гипотезы. Качественный анализ психологических особенностей простой и параноидной шизофрении: сравнение полученных результатов и выявление диагностически значимых психологических различий.

При построении патопсихологического исследования ***за основу были взяты следующие принципы:***

***) направленность патопсихологического исследования на качественный анализ психической деятельности больных,*** так как для толкования экспериментальных данных существенно не то, решена предложенная больному задача или нет; существенно не то, сколько процентов предложенных задач выполнено, а сколько нет. Главными для толкования экспериментальных данных являются качественные показатели, то есть те показатели, которые свидетельствуют о способе выполнения заданий, о типе и характере ошибок, об отношении больного к своим ошибкам и критическим замечаниям экспериментатора.

Принцип качественного анализа не противопоставляется нами количественной статистической обработке данных. При обобщении результатов некоторых экспериментальных методик такая количественная обработка обязательно будет проведена, но будут подсчитываться способы выполнения заданий или ошибки и их типы.

) ***Принцип моделирования обычной психической деятельности.***

Моделирование будет заключаться в том, что вычленяются основные психические акты и действия человека и организуется выполнение этих действий в экспериментальных условиях, при этом мы намерены:

- Актуализировать не только умственные операции больного, но и его личностное отношение.

Наблюдать за поведением и высказываниями больного, которые служат материалом для анализа его личностных проявлений.

- При выполнении любых заданий следить за включением эмоционального компонента испытуемых, который определяет уровень эмоциональной сферы испытуемого.

Следующий принцип, положенный в основу данного исследования, вытекает из самого смысла слова «эксперимент».

) ***Принцип точной и объективной регистрации фактов***, то есть наше исследование не сводит эксперимент к свободной беседе с больным и не ограничивается свободной интерпретацией экспериментальных данных. Все происходящее во время эксперимента должно быть тщательно запротоколировано, протокол - душа эксперимента.

Таковы основные принципы, на которые мы опирались при построении исследования.

**2.2 Особенности патопсихологического исследования мышления**

При исследовании мышления мы стремились дать больному возможность свободно говорить о своих болезненных переживаниях, не ограничивая его без надобности рамками поставленных вопросов. Старались избегать применения прямых шаблонных вопросов, направленных на выявление часто встречающихся бредовых идей преследования, отношения, особого значения: «Что Вас в жизни сейчас больше всего занимает?», «Не случилось ли с в Вами в последнее время чего-либо необычного?», «О чем в основном Вы сейчас думаете?». Выбор вопросов производился с учетом индивидуальных особенностей больного, зависел от его состояния, образования, интеллектуального уровня и др.

Уход от ответа, задержка ответа, молчание заставляли предполагать наличие скрываемых переживаний, «запретной темы». Необычность позы, походки, лишние движения позволяли думать о наличии бреда или навязчивостей (покрасневшие от частого мытья руки свидетельствуют о боязни заражения или загрязнения, при отказах от еды можно думать о бреде отравления, идеях самоуничижения (недостоин есть)).

Для выявления бредовых переживаний использовались письма и рисунки больных, в которых возможно отражение детализации, символики, опасения и бредовые тенденции.

Для характеристики речевой спутанности, бессвязности тщательно протоколировали соответствующие образцы речи больного.

**2.3 Особенности патопсихологического исследования эмоций**

шизофрения психический больной параноидный

Для исследования эмоциональной сферы применялись следующие методы:

- Наблюдение за внешними проявлениями эмоциональных реакций пациента.

- Беседа с больным.

Исследование соматовегетативных проявлений, сопровождающих эмоциональные реакции.

Получение объективных сведений об эмоциональных проявлениях от родственников, сотрудников, соседей больного.

***Наблюдение*** за больным дает нам возможность судить о его эмоциональном состоянии по выражению лица, позе, темпу речи, движений, по одежде и занятиям, отношению к трудовым процессам.

При пониженном настроении характерны: грустный взгляд, сведенные к переносице брови, опущенные углы рта, замедление темпа движений, тихий голос.

Таким образом, для данного исследования, направленного на проверку гипотезы о дифференциально-значимых психологических особенностях больных простой и параноидной шизофренией, актуальны следующие психологические методы:

- Метод клинической беседы.

- Метод психологического наблюдения.

Экспериментальные методики патопсихологии.

**2.4 Методическое обоснование**

1. На основании ***клинической беседы*** составляется первое суждение о состоянии у больного мнестической функции, уточняется состояние памяти (кратковременной и долговременной), его внимания, характеризуется состояние сознания, определяется ориентировка больного во времени, месте и собственной личности. В клинической беседе выявляется наличие или отсутствие сознания болезни, отношение больного к факту патопсихологического исследования, исходя из его интересов, - уточнение диагноза, назначение лечения так далее. Беседа патопсихолога с больным существенно влияет на дальнейший ход исследования. В беседе с больным выясняются особенности его личности до заболевания, определяется его культурный уровень, образованность, эрудиция, круг интересов, потребности.

При сопоставлении и анализе полученных в беседе результатов выявятся качественные особенности течения психических процессов у больных простой и параноидной формой шизофрении.

. ***Метод наблюдения*** - один из самых старых методов научного исследования. Мы считаем, что использование методики наблюдения - дополнительное средство получения эмпирических данных. Наблюдение включено в организацию клинической беседы с испытуемым, данные наблюдения будут учтены при интерпретации результатов экспериментальных процедур.

. В практике патопсихологических исследований ***экспериментальные процедуры*** принимают форму конкретных методик. Каждая такая методика характеризует тот или иной аспект психической деятельности и обладает направленностью на обнаружение какого-либо одного элемента психической деятельности или психического дефекта.

Вариантов методик, направленных на исследование мышления большое количество, но почти каждая из этих методик позволяет анализировать отношение больного к ситуации и к себе самому. Это определяется тем, что любое экспериментальное задание независимо от конкретного содержания методик является для больных своеобразным «естественным экспериментом». Большинство воспринимают смысл этих заданий как проверку их умственной работоспособности и огромный интерес представляет то, как они относятся к этой проверке. Анализ этого отношения больных к исследованию позволяет выявить существенные показатели, характеризующие распад или сохранность их личности.

Таким образом, оказывается, что хотя каждая методика обладает какой-то преимущественной направленностью, она дает одновременно материал для выводов об иных сторонах и особенностях психики больного. Методики, направленные на анализ мышления, помогают также выявить сохранность или распад личности больного, его эмоциональной сферы.

**2.5 Направленность и выбор экспериментальных методик**

Выбор методик обусловлен ***клинической задачей психологического исследования***, заключающейся в выявлении существенных психологических различий в мыслительной и эмоционально-волевой сфере у больных простой и параноидной формой шизофрении, которые могут служить дополнительным материалом при установлении диагноза, с этой целью нами отобраны методики, обладающие широким диапазоном:

. ***Методика «Исключение 4-го лишнего»*** (предметный вариант), по своей направленности она выявляет работоспособность и устойчивость внимания, но в большей мере предъявляет требования к логической обоснованности, правильности обобщений, строгости и четкости формулировок. Методика представляет собой типичный образец моделирования процессов синтеза и анализа в мышлении.

Больной должен синтезировать, то есть обобщающее понятие для трех предметов из четырех изображенных, и исключить, то есть выделить один, не соответствующий общему понятию.

Для проведения опытов необходимы наборы карточек, на каждой из которых нарисовано по 4 предмета.

***Инструкция***. «На каждой карточке изображены 4 предмета. Три из них между собой чем-то сходны, их можно назвать одним названием, а четвертый к ним не подходит. Вы должны назвать предмет, который не подходит, и пояснить, почему он лишний».

В протоколе (см. приложение №1) записывается против номера карточки предмет, который больной считает нужным исключить, а в соседнем столбце - объяснения больного и название остальных трех.

2. ***Методика «Простые аналогии»***, с помощью которой возможно выявить понимание логических связей и отношений между понятиями, а также умение устойчиво сохранять заданный способ рассуждений при решении длинного ряда разнообразных задач.

Для проведения опыта необходим бланк с рядом задач (см. Приложение №2).

***Инструкция*** дается в форме совместного решения первых трех задач: «Здесь написано два слова - сверху «лошадь», снизу «жеребенок». Какая между ними связь? (Жеребенок детеныш лошади). А здесь, справа, тоже сверху одно слово - «корова», а внизу пять слов на выбор. Из них нужно выбрать только одно слово, которое также будет относится к слову «корова», как «жеребенок» к «лошади», то есть сначала надо установить как связаны между собой слова, написанные слева (показать где), а затем установить такую же связь справа». Инструкция несколько длинновата, но обязательно нужно добиться того, чтобы больной ее хорошо усвоил.

. ***Методика «Объяснение пословиц и метафор»***, использование этой методики позволит выявить понимание больными переносного смысла, умение вычленять главную мысль во фразе конкретного содержания, а также дифференцированность, целенаправленность суждений больных, соскальзывание и паралогические суждения. Разработана Б. В. Зейгарник.

Для эксперимента необходимо заготовить общеупотребительные пословицы, метафоры, фразы (см. приложение №1).

Эксперимент протекает в форме беседы, и активная роль экспериментатора очень велика, так как путем различных вопросов он может проверить правильность и глубину охвата больным переносного значения.

Инструкция довольно проста. Экспериментатор произносит пословицу (метафору, фразу) и просит объяснить ее смысл: «Как вы понимаете смысл этой пословицы?».

4. ***Методика «Заучивание 10 слов»***. Эта методика одна из наиболее применяющихся. Предложена А.Р. Лурия. Используется для оценки состояния механической памяти больных, утомляемости, активности внимания.

Для проведения опыта необходимо подготовить бланки с рядом коротких слов (односложных и двухсложных) (см. приложение №1). Слова нужно подобрать простые, разнообразные и не имеющие между собой никакой связи.

***Инструкция*** состоит из нескольких этапов. *Первое объяснение*. «Сейчас я прочту 10 слов. Слушать надо внимательно. Когда окончу читать, сразу же повторите столько слов, сколько запомнили. Повторять можно в любом порядке. Понятно?»

Экспериментатор читает слова медленно, четко. Когда испытуемый повторяет слова, экспериментатор в своем протоколе помечает эти слова (см. форму протокола).

*Продолжение инструкции.* «Сейчас я снова прочту вам те же самые слова, и вы опять должны повторить их - и те, которые вы уже называли, и те, которые в первый раз пропустили, - все вместе, в любом порядке».

Экспериментатор снова отмечает слова, которые повторил исследуемый. Затем опыт повторяется снова 3, 4, 5 раз, но уже без инструкций. Экспериментатор просто говорит: «Еще раз».

В случае если исследуемый называет какие-то лишние слова, экспериментатор обязательно записывает их.

После пятикратного повторения слов экспериментатор переходит к другим экспериментам, а в конце исследования, то есть примерно спустя 50-60 минут, снова спрашивает у исследуемого эти слова (без напоминания).

По протоколу может быть составлена «кривая запоминания». По форме кривой можно делать некоторые выводы относительно особенностей запоминания больных.

. ***Методика «Пиктограмма».*** Эта методика тоже предложена А.Р. Лурия, представляет собой вариант опосредованного запоминания, однако применяется он не столько для исследования памяти, сколько для анализа характера ассоциаций больных.

Для проведения опыта достаточно иметь карандаш и бумагу. Заранее подготовить 16 слов и выражений для запоминания (существует стандартный набор слов и выражений) (см. приложение №5).

***Инструкция.*** «Я буду называть слова и словосочетания, которые вы должны будете запомнить. Для того чтобы легче было запомнить, вы должны к каждому слову нарисовать что-либо такое, чтобы могло помочь вам вспомнить заданное слово. Качество рисунка роли не играет, можно нарисовать что угодно и как угодно, лишь бы вам это смогло напомнить заданное слово - как узелок на память завязывают, но нельзя писать ни слов, ни букв».

Если больной легко подбирает рисунки и сам рассказывает вслух экспериментатору, что он рисует и как он собирается припомнить, экспериментатор молча ведет протокол (см. приложение №5).

Если же больной сам не объясняет, следует у него каждый раз спрашивать: «А как вам это поможет припомнить заданное слово?»

После выполнения задания листок с рисунками откладывают в сторону и лишь в конце исследования (спустя час) предлагают больному припомнить по рисункам заданные слова.

. ***Методика «Сравнение понятий».*** Эта методика применяется для исследования мышления больных, процессов анализа и синтеза. Применяется очень давно, особенно широко использовалась в школе акад. В.М. Бехтерева.

Для эксперимента необходимо заготовить 8-10 пар слов, подлежащих сравнению (см. приложение №1). В наборе содержаться понятия разной степени общности, а также и вовсе несравнимые понятия. Именно несравнимые понятия оказываются иногда очень показательными для обнаружения расстройства мышления.

***Инструкция***. Больного просят сказать, «чем похожи и чем различаются» эти понятия. Записываются все его ответы полностью. Необходимо настаивать на том, чтобы больной обязательно раньше указывал сходство между понятиями, а только потом различие.

Предлагая первую несравнимую пару, нужно внимательно наблюдать за мимикой и поведением больного. Если больной выражает удивление, растерянность или просто молчит, затрудняясь, ему тут же дают пояснение; «Встречаются такие пары объектов (или понятий), которые несравнимы. В таком случае вы должны ответить: «Их сравнивать нельзя». Если больной сразу начинает сравнивать такую пару - его ответ записывают, но потом все равно дают пояснение относительно «несравнимых» пар. В дальнейшем таких пояснений больше не дают, а просто регистрируют ответы больного по поводу каждой пары.

При оценке ответов больных следует учитывать, удается ли им выделить существенные признаки сходства и различия понятий. Неумение выделить признаки сходства, а также существенные признаки различия свидетельствуют о слабости обобщений больного, о склонности его к конкретному мышлению.

. ***Методика «Объяснение сюжетных картин».*** Эта методика применяется для исследования сообразительности больных, их умение выделять существенное из деталей, а также для исследования того эмоционального отклика, который вызывает у больного сюжет той или иной картинки.

Для проведения опыта необходимо иметь набор разнообразных сюжетных картинок. Желательно, чтобы среди них были простые и сложные по сюжету, веселые, красочные и печальные, мрачные, реалистичные и более сложные по оформлению.

Методика проведения опыта предельно проста. Больному показывают картинку и просят рассказать, что на ней нарисовано. В редких случаях от экспериментатора требуется мотивировка - указание, что таким путем надо проверить зрение больного.

. ***Исследование самооценки.*** Замысел эксперимента заимствован у американского психолога Т.В. Дембо. Она применила простой, но остроумный прием для выявления представлений человека о своем счастье. В настоящее время данный экспериментальный прием используется значительно шире - для выявления самооценки и сознания болезни.

Эксперимент проводится в виде свободной беседы. Экспериментатор проводит на чистом листе бумаги длинную вертикальную черту и говорит больному: «Допустим, на этой линии расположились все люди земли: вот здесь вверху (показ) самые здоровые, а здесь внизу (показ) самые больные. Как вы думаете, где ваше место среди всех этих людей по состоянию здоровья? Поставьте карандашом отметку - черту в том месте, где как вам думается, находитесь вы» (Больному дают карандаш для отметки).

Затем рядом с первой линией проводят еще одну такую же вертикальную черту и предлагают аналогичную задачу: «Если на этой линии расположить всех людей по уму - вверху пусть будут самые умные (талантливые), внизу - самые глупые, а в середине - средние. Где бы вы определили свое место?» (Предлагают больному отметить на этой линии свое место).

На третьей линии таким же образом располагают людей по характеру: «Наверху пусть будут самые хорошие, внизу - самые плохие по характеру люди». (Снова предлагают больному отметить свое место.) Последняя, четвертая линия представляет собой распределение всех людей «по счастью» - вверху самые счастливые, внизу самые несчастные. (Больному предлагают отметить свое место на этой четвертой линии).

После этого можно провести этап экспериментально спровоцированной беседы. В зависимости от того, где поставил черточку больной, спросить его, почему он считает себя самым счастливым, самым больным, самым хорошим и так далее.

Этот краткий эксперимент с беседой способствует анализу личности больного.

. ***Методика «Воспроизведение рассказов».*** Методика применяется для исследования понимания и запоминания текстов, особенностей устной и письменной речи испытуемых.

Для проведения опыта необходимо заготовить текст. Больше всего подходят басни и рассказы, имеющие иносказательный смысл или подтекст, представляющие возможность обсуждения (приложение №7).

***Инструкция***. «Сейчас я вам расскажу басню, слушайте ее внимательно и постарайтесь запомнить. Когда я закончу, вы должны пересказать эту басню так как запомнили».

Экспериментатор рассказывает басню (рассказ), по окончании испытуемый передает содержание этой басни. Затем можно спросить какова мораль этой басни.

. ***Методика «Отыскивание чисел по таблицам Шульте».***

Методика применяется для исследования темпа сенсомоторных реакций и особенностей внимания.

Исследование проводится с помощью специальных таблиц. На этих таблицах в беспорядке расположены числа от 1 до 25.

***Инструкция.*** «Сейчас я покажу вам таблицы, в них написаны цифры от 1 до 25, но цифры написаны не по порядку, то есть вразброс. Вы должны показывать цифры, начиная с единицы в возрастающем порядке (1,2,3…и так до 25) и при этом называть их вслух. Старайтесь работать быстрее и точнее. Задание на время».

Секундомером отмечается время, которое затрачивается на каждую таблицу.

Для оценки результатов сравнивают время, затраченное обследуемым на каждую таблицу. Здесь существенное значение имеет установление равномерности темпа выполнения задания.

Таблицы Шульте обладают равной степенью трудности, они почти не запоминаются и поэтому в процессе исследования их можно использовать повторно.

. ***Миннесотский многопрофильный личностный опросник*** (MMPI, клинический вариант, который содержит 71 утверждение (обработка ЛНИПНИ им. Бехтерева)). Используется для выявления личностных свойств испытуемого и его актуального состояния.

Для обследования необходим следующий инвентарь:

) буклет с утверждениями (клинический вариант)

) регистрационный лист с номерами утверждений, по которым испытуемый оценивает себя, проставляя в пустой клеточке «+», если его ответ - «верно», и «-», если его ответ - «неверно»

) «ключи» для получения «сырых» (не обработанных) данных по каждой шкале.

) профильный лист для построения профиля по базисным шкалам и шкалам достоверности.

***Процедура обследования.*** Особенности ее поведения могут наложить отпечаток на результаты тестирования, поэтому корректность процедуры обследования имеет большое значение для получения наиболее достоверных результатов. Обследование проводится в комфортных условиях, в отдельной комнате, где ничто не отвлекает внимание испытуемого.

При обращении испытуемого за консультацией, экспериментатор должен дать необходимые пояснения, но при этом напомнить, что испытуемый должен руководствоваться своим собственным мнением в понимании и оценке утверждений.

Чтобы снять напряженность у обследуемого, нивелировать отчужденность по отношению к экспериментатору, можно использовать такую формулировку: «Обследование необходимо, чтобы лучше разобраться в ваших проблемах и подобрать наиболее соответствующее вам лечение ».

***Инструкция.*** «Сейчас я вам предложу брошюру, в которой имеется ряд утверждений. Прочтите первое из них и решите, верно ли данное утверждение по отношению к вам. Если верно, то на специальном регистрационном листе в клеточке, соответствующей номеру утверждения, поставьте «+», если неверно, то поставьте «-». Если вы не можете решить, как правильно ответить, то постарайтесь выбрать предпочтительный вариант ответа, исходя из того, что все-таки больше подходитn - «верно» или «неверно». В крайнем случае поставьте в этой клеточке кружок и вернитесь к обдумыванию этого утверждения еще раз, когда закончите работу в целом.

Заполняйте последовательно весь регистрационный лист, помните, что вы высказываете *свое собственное мнение* о себе, как вы это считаете на сегодняшний день. Здесь не может быть «плохих» и «хороших» ответов, просто выявляется ваше настроение, самочувствие и ваш индивидуальный стиль реагирования.

Важна ваша первая реакция на содержание утверждений, а не результат долгих раздумий.

Постарайтесь отнестись к работе внимательно и серьезно. Небрежность, а также стремление «улучшить» или «ухудшить».ответы приводит к недостоверным результатам и необходимости повторного обследования, так как методика с помощью специальных шкал улавливает намеренные искажения и неискренность ответов».

После того, как весь регистрационный лист заполнен, проводится обработка результатов.

Мы не стали разделять методики в соответствии с их направленностью на исследование той или иной психической функции, так как такое разделение является весьма условным.

«Как правило, большинство методик свидетельствуют своими результатами о состоянии нескольких функций. Большинство патопсихологических методик обладают широким диапазоном. Нельзя ограниченно исследовать только память, только внимание, только мышление». [23, стр. 23]

Мы считаем, что произведенная нами группировка методик, их сочетание позволит выявить особенности проявления психической деятельности в мыслительной и эмоционально-волевой сфере у больных простой и параноидной шизофренией.

Данные, полученные в результате применения этих методик, будут характеризовать особенности психической деятельности обследуемых и подтверждать друг друга.

**2.6 Результаты проведенного исследования**

Исследование проводилось на базе Красноярского краевого психоневрологического диспансера. Обследовались лица мужского пола, находящиеся на лечении в первом мужском отделении с диагнозом шизофрения (простая и параноидная) в количестве 30 человек, из них 15 человек с простой формой шизофрении и 15 человек с параноидной формой шизофрении. Все первично поступившие на лечение в стационар (на стадии выписки).

В результате патопсихологического исследования больных простой и параноидной формой шизофрении нам удалось обнаружить некоторые своеобразные, диагностически-значимые психологические различия в изменении мышления и аффективно-личностных свойствах испытуемых.

Проявления психологических нарушений весьма условно могут быть адресованы к одной из сфер психической деятельности, поэтому в их описании мы будем часто прибегать к характеристике результатов исследования, полученных с помощью той или иной методики, максимально валидной в диагностике шизофренического процесса. В тоже время следует отметить, что «практически не существует методик, которые являлись бы совершенно диагностически не значимыми при исследовании больных шизофренией» [23, стр. 235].

***МНЕСТИЧЕСКАЯ СФЕРА***

В результате исследования внимания и сенсомоторных реакций, у испытуемых выявляются индивидуальные способности к концентрации внимания, его устойчивость; особенности функционирования мнестической сферы испытуемых тоже индивидуальны В пробах на память отражается индивидуальное состояние активного внимания, явления повышенной истощаемости психических процессов, состояние аффективно- волевой сферы испытуемого.

Особенности опосредованного запоминания испытуемых обусловлены течением мыслительных процессов, здесь особенно велика роль мышления, на качественном анализе которого мы остановимся далее.

Таким образом, различные особенности нарушения внимания и памяти при шизофрении зависят не от глубины дефекта самой шизофрении, сколько от органического неблагополучия испытуемого, которое может быть врожденным или приобретенным, поэтому в дальнейшей обработке они не будут учитываться, так как не являются диагностически-значимыми с нашей точки зрения.

***МЫСЛИТЕЛЬНАЯ СФЕРА***

**Операционная сторона мышления.** Для испытуемых с простой и параноидной шизофренией нарушение операционной стороны мышления принимает форму искажения процесса обобщения. Это нарушение системы отвлечения и обобщения выражается в:

- в «отлете» от конкретных связей в утрированной форме

- в актуализации случайных ассоциаций, оторванных от конкретного опыта испытуемых, латентных признаков предметов, в руководстве (при выполнении операции обобщения) чрезмерно общими признаками, неадекватными реальным отношением между ними

в оперировании такими связями, которые не отражают ни содержания явлений, ни смысловых отношений между ними; в способности образовывать любую связь безотносительно к содержанию поставленной задачи; в использовании нестандартных свойств предметов

в сближении любых отношений между предметами и явлениями, даже если они неадекватны конкретным жизненным фактам; а так же в том, что реальные различия и сходства между предметами не принимаются испытуемыми во внимание, не служат контролем и проверкой их суждений и действий;

в утрате направленности на объективное содержание явлений и предметов;

в использовании широкого круга свойств предметов, не относящихся к информации о них.

Особенно легко эти нарушения выявляются при исследовании методикой «Исключение 4-го лишнего». При выполнении заданий по этой методике испытуемые производят обобщение по несущественным, необычным, неадекватным, формальным признакам, либо чрезмерно обобщенно, без связи с реальными значениями предметов

При исследовании методикой «исключения 4-го лишнего» у испытуемых обнаруживаются явления «разноплановости» мышления. Одно и то же задание испытуемый выполняет в нескольких вариантах (иногда один из них правильный). При этом испытуемые с простой формой шизофрении не отдают предпочтение какому-либо решению, в то время как испытуемые с параноидной формой шизофрении принимая помощь экспериментатора почти во всех заданиях выбирают правильное решение (Приложение №2, бланк 1).

Легкость актуализации «слабых», чрезмерно обобщенных признаков обнаруживается, когда испытуемым предъявляются понятия для сравнения, особенно далекие друг от друга. Это наиболее характерно для испытуемых с простой формой шизофрении. Актуализация латентных признаков у испытуемых с параноидной формой шизофрении встречается лишь в единичных случаях (Приложение №2 бланк 2).

Диагностически значимое различие в нарушении операционной стороны мышления у испытуемых с простой и параноидной формой шизофрении выражается в глубине дефекта мыслительных операций.

У испытуемых с параноидной формой шизофрении выявлены единичные случаи выше перечисленных нарушений; операции обобщения, абстрагирования, сравнения, классификации, анализа и синтеза им доступны с помощью экспериментатора.

У испытуемых с простой шизофренией перечисленные нарушения проявляются в более грубой форме, т.е. выявляется не единичная актуализация латентных признаков, а искаженная система процесса обобщения.

**Мотивационный компонент мышления.** Эта сторона мышления определяется целью, поставленной задачей. Существенным является сличение получаемых результатов с условиями задачи и предполагаемыми итогами. «Для того, чтобы этот акт сличения выполнялся, человеческая мысль должна быть активной, направленной на объективную реальность. Утеря целенаправленности мышления приводит не только к поверхностности и незавершенности суждений, но и к тому, что мышление перестает быть регулятором действий человека» [27, стр. 114].

В результате исследования у испытуемых с простой и параноидной формой шизофрении были выявлены основные нарушения мотивационного компонента мышления в виде ***резонерства*** и ***разноплановости мышления***.

«Резонерство» определяется клиницистами как «склонность к бесплодному мудрствованию», как тенденция к непродуктивным многоречевым рассуждениям. «Резонерство» определяется:

- повышенной аффективностью

- неадекватным отношением

стремлением подвести любое, даже незначительное «явление», под какую-то «концепцию»

сужением круга смыслообразующих мотивов

повышенной тенденцией к «оценочным суждениям»

склонностью к «претензециозным высказываниям»

формой высказываний: многозначительной, с неуместным пафосом, иногда только одна интонация испытуемого позволяет расценить высказывание как «резонерское»

при «резонерстве» испытуемые часто используют вводные слова, инверсии.

В результате исследования мы обнаружили, что резонерские суждения испытуемых определяются не нарушением интеллектуальных операций, а повышенной аффективностью. Разноплановость мышления заключается в том, что суждения испытуемых о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях. Испытуемые могут правильно усваивать инструкцию. Они могут обобщить предлагаемый им материал, актуализируемые ими знания о предметах могут быть адекватными; они сравнивают объекты на основании существенных, упроченных в прошлом опыте свойств предметов. Вместе с тем испытуемые не выполняют задания в требуемом направлении: их суждения протекают в разных руслах.

Итак, разноплановость мышления выражается:

- «протеканием» суждений в разных плоскостях

- в одновременном сосуществовании разных аспектов и различных подходов к заданию, в суждениях, определениях и выводах испытуемых, не представляющих собой планомерного, целенаправленного выполнения задания

в «причудливости» ассоциаций, когда предметное значение вещей становится в одной и той же смысловой ситуации неустойчивым, иногда противоречивым

в неадекватности жизненных установок, в парадоксальности мотивов и эмоциональных реакций

в смысловой смещенности, которая приводит к оперированию неадекватными признаками, к актуализации «латентных» свойств, сосуществующих наряду с адекватными.

Диагностически значимым различием для дифференциальной диагностики в нарушении мотивационного компонента мышления у испытуемых с простой и параноидной формой шизофрении является глубина нарушения данного компонента, т. е. у испытуемых с простой формой шизофрении мышление полностью разнопланово, в то время как у испытуемых с параноидной формой шизофрении при обследовании встречаются лишь элементы разноплановости мышления.

**Критичность мышления** заключается в том, что «человек в процессе мышления более или менее сознательно соотносит результаты своего мыслительного процесса с объективными данными, в этом соотношении возможна ошибка» [4, стр. 82], так вот критичность мышления - это умение оценивать работу своих мыслей, осознать и устранить ошибки.

***Градация отношений испытуемых к допускаемым ошибкам служит показателем мыслительной деятельности:***

- испытуемый допускает ошибки и сам их исправляет (это показатель сохранности критичности)

- испытуемый допускает ошибки, но не замечает, исправляет по указанию экспериментатора

испытуемый допускает ошибки, но не исправляет их даже после указаний экспериментатора.

В результате исследования было выявлено, что испытуемые с параноидной формой шизофрении способны осознавать допущенные ошибки и исправлять их, чаще с помощью экспериментатора. Кроме того, оценка экспериментатора влияет на критическое отношение этих испытуемых к продукту свей деятельности, они более обдуманно подходят к выполнению заданий.

Для испытуемых с простой формой шизофрении характерно более грубое нарушение критичности мышления, выражающееся в том, что эти испытуемые допускают ошибки, но не исправляют их даже после указаний экспериментатора, наблюдается безразличное отношение к своим ошибкам, симптомы вялости, безучастия. Эти испытуемые понимают условие задания и в то же время могут действовать вразрез этому пониманию.

Таким образом, диагностически - значимым различием в нарушении критичности мышления у испытуемых с простой и параноидной формой шизофрении является глубина этого нарушения.

**Ассоциативный компонент** **мышления** заключается в способности человека соотносить абстрактно-смысловые и предметно-конкретные компоненты аналитико-синтетической деятельности. Расстройства соотнесения этих компонентов у больных шизофренией были обнаружены при исследовании методикой пиктограмм. «Эта методика требует от испытуемого умения уловить общее в слове и рисунке, хотя значение слова само по себе шире, чем то, что можно изобразить рисунком, и значение рисунка шире, чем слова, они должны лишь в какой-то части совпадать» [27, стр. 238].

При исследовании методикой пиктограмм у испытуемых с простой формой шизофрении отмечается своеобразная легкость, с которой они подбирают образы для опосредования. Пиктограммы, особенно к словам абстрактного содержания, не представляют для них такой трудности, как для большинства испытуемых с параноидной формой шизофрении.

***При качественном анализе образов пиктограмм мы учитывали следующие факторы:***

- фактор абстрактности

- фактор «стандартности»

фактор индивидуальной значимости (или фактор аффективно-личностных свойств)

фактор адекватности

содержание рисунка

графические характеристики.

По ***фактору абстрактности*** было выявлено, что испытуемые с параноидной формой шизофрении чаще выбирают атрибутивные образы для опосредования понятий (образы выбираются по принципу принадлежности) или конкретные образы, соотнесенные с конкретной ситуацией, связанной с понятием.

Испытуемые с простой формой шизофрении чаще выбирают метафорические образы, где абстрактная ассоциация выражается через конкретный предмет, например, палец и стрелка вокруг него на понятие «обман» (обвести вокруг пальца) или геометрические, графические и грамматические символы, иногда вся пиктограмма этих испытуемых представлена чрезмерно отвлеченно-абстрактными значками.

По ***фактору «стандартности»*** отмечается, что у испытуемых с параноидной формой шизофрении стандартные образы встречаются чаще, чем у испытуемых с простой формой.

По ***фактору индивидуальной значимости*** выявлено, что у испытуемых с параноидной формой шизофрении чаще встречаются индивидуально-значимые, персонифицированные образы-стимулы, где испытуемые прямо говорят о своих интересах, желаниях, намерениях.

В индивидуально-значимых образах проецируются актуальные переживания испытуемых, в т.ч. и бредовые идеи.

У испытуемых с простой формой шизофрении большинство образов лишено индивидуальной значимости (эмоционально-выхолощены), часто встречаются образы, выбранные формально. Такие формально-схематические пиктограммы наблюдаются только у испытуемых с простой формой шизофрении, они отображают характерную для мышления этих больных «пустую» символику - это не присущая здоровым людям способность абстрагировать (высшее проявление психической деятельности), а вычурный, формальный способ искаженного отражения действительности, чаще обусловленный аутизмом (приложение №2 бланк 4).

***По фактору адекватности*** образов, избираемых для опосредования у испытуемых с простой формой шизофрении чаще выделяется выбор образов, неадекватный по содержанию. Сюда относится выбор весьма отдаленного от заданного слова образа, например, к слову «справедливость» - стакан с водой; к слову «теплый ветер» - губы; а также пиктограммы по созвучию, например, к слову «разлука» - роза и лук; к слову «сомнение» - рыба сом, «отчаяние» - чайник и т.д.

Анализируя ***содержание рисунков*** можно отметить, что испытуемые с параноидной формой шизофрении рисуют все возможное: человеческие фигуры, части тела, неодушевленные предметы, фауну, флору, архитектуру.

Испытуемые с простой формой шизофрении рисуют не только все возможное, но и все «невозможное». Они чаще используют для пиктограмм точки, буквы, различные линии и геометрические фигуры. Их рисунки чаще бессодержательны по отношению к запоминаемым понятиям, для опосредования избираются образы, лишенные содержания.

Анализ ***графического фактора*** пиктограмм выявил у испытуемых с простой формой шизофрении хаотичность в расположении рисунков, слабый нажим, тенденцию либо к очень мелким рисункам, либо к очень крупным, рисунки испытуемых с параноидной формой шизофрении более упорядочены, достаточно четко прорисованы и соизмеримы по величине.

Таким образом, сравнивая результаты, полученные при исследовании ассоциативного компонента мышления, было выявлено диагностически- значимое различие, которое выражается в более грубом нарушении ассоциаций при простой форме шизофрении, то есть в неадекватности ассоциаций, в то время как испытуемые с параноидной формой шизофрении более чем в 50% способны оперировать адекватными связями.

***НАРУШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ***

**Простая форма шизофрении.** У испытуемых с простой формой шизофрении показатели по шкале L низкие, что свидетельствует о частичной сохранности критичности поведения, т.е. они знают социально-приемлемые нормы поведения и могут выполнять их, но при этом нет тенденции к строгому соблюдению социальных норм.

Относительно высокий уровень профиля на шкале F (отклонение от средней 1,5-2s) свидетельствует о том, что испытуемые относятся к типу неконформных личностей, они обнаруживают реакции, не характерные для нормативной группы. Нарушение конформности у испытуемых связано со своеобразием восприятия и логики, характерным для лиц шизоидного склада, аутичных и испытывающих затруднения в межличностных контактах, а так же с психопатическими чертами: склонность к неупорядоченному поведению, выраженное чувство протеста против конвенциальных норм.

Ведущим пиком у испытуемых с простой формой шизофрении является пик по 6-й шкале, что свидетельствует о длительно неугасающих эмоциях, которые находят удовлетворяющее объяснение за счет селективного отбора информации, подтверждающей их адекватность, тогда как информация, противоречащая сформулированной точке зрения, не воспринимается и не учитывается в достаточной мере. Благодаря этому аффект представляется субъекту обоснованным и хорошо контролируемым, а поведенческая стратегия четко определенной. Неотреагированный ригидный аффект обычно связан с эгоистическими побуждениями в сочетании с идеаторной переработкой приводит к возникновению «застревающей» враждебности, обусловливающей злопамятность.

Повышение (тенденция к повышению) по 8-й шкале свидетельствует о том, что незначительные фрустрации испытуемых ведут к возникновению у них тревоги, выраженных отрицательных эмоций, а компенсация достигается за счет аутизации и дистанцирования, то есть тенденции к уходу из окружающей среды во внутренний мир и к соблюдению «психической дистанции» между собой и окружением, то есть «шизоидный синдром», который обозначает характерную совокупность проявлений, включающих в себя эмоциональную холодность, неадекватность эмоций, своеобразие восприятия и суждений (находящее свое выражение в странных или необычных мыслях и поступках), избирательность или формальность контактов.

Повышение пика (тенденция к повышению) по 3-й и 8-й шкалам свидетельствует о том, что для испытуемых с простой формой шизофрении характерно подчеркивать тяжесть своего соматического состояния, они чувствуют себя отчужденными, непонятыми и не включенными в социальную среду. Этот профиль свидетельствует о глубокой дисгармоничности, так как отражает парадоксальное сочетание ориентировки на актуальное поведение, на внешнюю оценку, на одобрение окружающих со склонностью строить свое поведение, исходя из внутренних критериев, и трудностями межличностной коммуникации. Испытуемые способны вытеснять отрицательные сигналы и предпочитают исключать их. Подобного рода поведение ведет к нарастанию десоциализации. Из их сознания вытесняется все не соответствующее их представлениям, наблюдается утрата способности к формированию устойчивых установок и построению поведения на основе предшествующего опыта. Для данной группы испытуемых характерна тенденция к неспособности отказаться от удовлетворения актуальной потребности.

Наблюдается некоторое повышение профиля по 2-й шкале, что свидетельствует о наличии у испытуемых внутренней напряженности, готовность к возникновению какого-то неожиданного явления. Внутренняя напряженность затрудняет дифференцирование значимых и незначимых раздражителей, что выражается в появлении эмоциональной холодности, поэтому испытуемые с простой формой шизофрении воспринимаются окружающими как пессимистические, замкнутые, молчаливые, застенчивые или чрезмерно серьезные. Часто они выглядят как ушедшие в себя и избегающие контактов, хотя их уединенность может отражать стремление избежать разочарования.

Некоторое снижение профиля по 4-й шкале свидетельствует о частичной сохранности критичности своего поведения.

Выраженное снижение профиля по 9-й шкале отражает недостаток побуждений, неспособность испытывать удовольствие, снижение активности.

Сочетание пиков и тенденций по этим шкалам свидетельствует о том что для личности испытуемых с простой формой шизофрении характерно:

- неконформность, то есть неупорядоченное поведение, выходящее из конвенциальных рамок

- аутизация, то есть установка на внутренние критерии, затруднения межличностных контактов

тревожность, приводящая к ослаблению дифференцировки значимых и незначимых раздражителей и появлению эмоциональной холодности, снижению настроения

дисгармоничность, отражающая одновременное существование демонстративных и тревожных тенденций

недостаточность критической оценки ситуации и своего поведения затруднение деятельности, требующей планирования, недостаточная способность к последовательным действиям и логическим построениям нарушение социальной адаптации

селективный отбор информации, подтверждающий адекватность своего поведения

сензитивность с тенденцией к самоутверждению, выражающаяся в подозрительности, враждебном или презрительном отношении к окружающим (нередко в агрессивности)

амбивалентное отношение к окружающим, выражающееся в существовании стремления к контактам и угрюмой недоверчивости, отгороженности.

В клинической картине такое сочетание прогностически неблагоприятно в связи с трудностью осуществления реабилитационных и психотерапевтических мероприятий.

**Параноидная форма шизофрении.** Анализируя показатели испытуемых с параноидной формой шизофрении по шкале L, было выявлено, что испытуемые имеют тенденцию представить себя в наиболее благоприятном свете в соответствии с общепринятыми социальными нормами; для них характерна активная демонстрация строгого соблюдения социальных норм, усиленное стремление к положительной оценке со стороны окружающих.

*Снижение пика по 3-й шкале* свидетельствует о том, что при высокой аффективной заряженности испытуемых, эмоциональная лабильность низкая. Это снижение характеризует склонность испытуемых к интроверсии, скептицизму и недостаточную спонтанность в социальных контактах, но в то же время у испытуемых наблюдается тенденция отрицать затруднения в социальной адаптации. Данный уровень вытеснения позволяет испытуемым частично игнорировать отрицательные сигналы со стороны окружающих, сохранять высокую самооценку. Игнорирование отрицательных сигналов, исходящих из окружения, часто приводит к бесцеремонному поведению без правильной оценке впечатления, производимого на окружающих. Даже при тенденции к повышению по этой шкале отмечается недостаточность критической оценки ситуации и своего поведения. Невозможность длительного и упорядоченного поведения в ряде случаев оправдывается различного рода декларативными заявлениями.

В то же время деятельность, требующая разнообразных и относительно кратковременных контактов, умения приспособиться к различным людям, благоприятно выглядеть в их глазах им хорошо удается.

Типична и склонность декларировать оптимизм вне зависимости от реальной ситуации, в связи с описанными особенностями испытуемые с параноидной шизофренией неохотно соглашаются на госпитализацию в психиатрическое заведение. Этот тип профиля отражает устранение тревоги (достаточно низкие результаты по 2-ой шкале) и вытеснения ее с формированием демонстративного поведения.

Понижение показателей по 9-ой шкале указывает на тенденцию испытуемых к тревожности, что выражается присутствием спонтанных упоминаний о каких-либо трудностях, которые ее вызывают.

Наблюдается тенденция к снижению по 1-ой шкале, указывающей на то, что испытуемые не особенно озабочены состоянием своего здоровья, они деятельны и энергичны и могут разрешать свои трудности, используя адаптивные формы поведения.

Тенденция к снижению по 7-ой шкале отражает сниженный уровень тревожности, в связи с чем для испытуемых характерна уверенность в своих действиях.

Тенденция к снижению по 8-ой шкале говорит о снижении способности к интуитивному пониманию окружающих (то есть способности поставить себя на место того или иного из окружающих людей) и в связи с этим недостаточная адекватность эмоционального реагирования. Поведение испытуемых часто выглядит лишенным естественной эмоциональной окраски, своеобразным, эйфоричным, эгоцентричным или надменным. Вместе с тем им свойственна неудовлетворенность ситуацией и ранимость. Своеобразие восприятия и логики сопровождаются трудностями в коммуникации с окружающими. Эти трудности выступают и в вербальных, и в невербальных контактах. В невербальных контактах затруднения коммуникации связанны с недостаточно адекватной мимикой. В вербальных контактах затруднения проявляются в том, что высказывания испытуемых логичны и правильно построены грамматически, но у окружающих они могут создавать впечатление двусмысленности. Склонность к резонерским формулировкам у параноиков в значительной мере связана с четким представлением социальных установок. Своеобразие мышления часто обусловлено утратой возможности контролировать понятность и принятость своих суждений, что является нарушением социальной коммуникации. В тоже время большинство испытуемых обнаруживают большие способности к построению коммуникаций.

Испытуемые испытывают частичные затруднения в реальной оценке ситуации и общей картины мира. Некоторые коммуникативные затруднения порождают амбивалентность в отношениях с людьми, связанную с ожиданием внимания со стороны окружающих и боязнью холодности с их стороны. В результате проявляют к окружающим то чрезмерное дружелюбие, то неоправданную враждебность, причем чрезмерно интенсивные контакты могут сменяться внезапными разрывами. Недостаточность социальных контактов обусловливает беспокойство испытуемых по поводу принадлежности и значимости своей личности, служит основой для фантазирования и формирования аффективно насыщенных идей. В то же время испытуемые могут иметь широкий круг контактов, которые могут отличаться формальностью, отсутствием адекватного эмоционального содержания и строиться без достаточного учета реакций окружения. Деятельность испытуемых может быть весьма активной, но в большей или меньшей степени протекает вне ситуации.

Таким образом, сочетание пиков и тенденций у испытуемых с параноидной формой шизофрении выявило:

- большую вероятность формирования аффективно насыщенных и трудно корригируемых концепций, связанных с состоянием здоровья и сверхценных бредовых образований

- амбивалентность в отношении к окружающими

демонстративные тенденции в поведении

эгоцентричность

ориентировка актуального поведения, на внешнюю оценку, на одобрение окружающих

стремление к социальным контактам

Таким образом, анализ нарушений в эмоционально-волевой сфере выявил диагностически значимое различие, которое выражено в глубине дефекта личности.

Результаты исследования самооценки (по методике Рубинштейн-Дембо) [48] выявили:

у испытуемых с простой формой шизофрении отметки самооценки обнаруживают тенденцию к крайним местам линии - «самый больной из всех» либо «самый здоровый, самый умный» из всех, что свидетельствует о грубом нарушении критичности к своей болезни и к своим способностям, о депрессии или эйфории. (Приложение №2, бланк 5). У испытуемых с простой формой шизофрении отметки самооценки неадекватны реальной ситуации, как правило, они полярно завышены или занижены. (Прилож. №2, бланк 5)

**2.7 Обсуждение результатов исследования**

Для анализа полученных результатов исследования мы использовали качественный анализ, сравнительный анализ, статистический анализ

Проведенное исследование позволило нам выявить качественные различия у испытуемых с простой и параноидной формой шизофрении в мыслительной сфере, которые выражаются в нарушениях операционного компонента мышления, а именно:

у испытуемых с параноидной формой шизофрении выявлены единичные случаи нарушений в операциях обобщения, абстрагирования, сравнения, классификации, анализа и синтеза, им доступны эти операции (иногда с помощью экспериментатора);

у испытуемых с простой шизофренией перечисленные нарушения проявляются в более грубой форме, т.е. выявляется не единичная актуализация латентных признаков, а искаженная система процесса обобщения.

Таким образом, диагностически значимое различие в нарушении операционной стороны мышления у испытуемых с простой и параноидной формой шизофрении выражается в глубине дефекта мыслительных операций.

Обнаруженным диагностически значимым различием в нарушении мотивационного компонента мышления является глубина нарушения данного компонента:

у испытуемых с простой формой шизофрении мышление полностью разнопланово

у испытуемых с параноидной формой шизофрении при обследовании встречаются лишь элементы разноплановости мышления.

В результате исследования было выявлено, что диагностически значимым различием в нарушении критичности мышления является глубина этого нарушения, а именно:

испытуемые с параноидной формой шизофрении способны осознавать допущенные ошибки и исправлять их, чаще всего с помощью экспериментатора. Кроме того, оценка экспериментатора влияет на критическое отношение этих испытуемых к продукту свей деятельности, они более обдуманно подходят к выполнению заданий;

для испытуемых с простой формой шизофрении характерно более грубое нарушение критичности мышления, выражающееся в том, что эти испытуемые допускают ошибки, но не исправляют их даже после указаний экспериментатора, наблюдается безразличное отношение к своим ошибкам, симптомы вялости, безучастия. Эти испытуемые понимают условие задания и в то же время могут действовать вразрез этому пониманию.

Сравнивая результаты, полученные при исследовании ассоциативного компонента мышления, было выявлено диагностически значимое различие, которое выражается в более грубом нарушении ассоциаций при простой форме шизофрении, то есть:

- ассоциации испытуемых с простой формой шизофрении неадекватны;

- испытуемые с параноидной формой шизофрении более чем в 50% способны оперировать адекватными связями.

Анализ нарушений в эмоционально-волевой сфере выявил диагностически значимое различие, которое выражено в глубине дефекта, а именно:

- испытуемые с простой формой шизофрении обнаруживают более выраженный распад личностной сферы, они личностно-неадекватные люди, то есть у них грубо нарушена зависимость между успехом и неуспехом, не выявляется влияние оценки на процесс их деятельности, самооценка не соответствует реальной ситуации, они обнаруживают неадекватность эмоциональной-волевой сферы, то есть эмоциональные отклики не соответствуют ситуации, переживания формальны, отличаются отсутствием личностных реакций (глубины и актуальности) со стороны испытуемых;

- у испытуемых с параноидной формой шизофрении личностные реакции в основном в пределах адекватных (за исключением единичных случаев), дефект личности менее выражен, эмоционально-волевая сфера притуплена, но не выхолощена, самооценка испытуемых имеет тенденцию к адекватности, при единичных случаях неадекватности.

Итак, выявленные и перечисленные различия в мыслительной и эмоционально-волевой сфере испытуемых с простой и параноидной формой шизофрении свидетельствуют о том, что наша гипотеза о наличии специфических, качественных различий в нарушениях полностью подтвердилась.

**Выводы**

Итак, согласно поставленным перед исследованием задачам, мы можем сделать следующие выводы:

) у больных простой формой шизофрении выявлены нарушения мыслительной и эмоционально-волевой сферы, а именно:

- нарушение операционной стороны мышления у них принимает форму искажения процесса обобщения. Это нарушение системы абстрагирования и обобщения выражается в «отлете» от конкретных связей в утрированной форме, в актуализации случайных ассоциаций, латентных признаков предметов и неадекватным отношением между ними;

- для мотивационного компонента мышления характерна утеря целенаправленности мышления, поверхностность и разноплановость суждений;

критичность мышления грубо нарушена, что выражается в безразличном отношении к своим ошибкам, успехам, неудачам;

ассоциативный компонент мышления характеризуется неадекватностью соотношения абстрактно-смысловых и предметно-конкретных компонентов аналитико-синтетической деятельности;

эмоциональная сфера больных с простой формой шизофрении выхолощена, их эмоциональные реакции часто неадекватны реальной ситуации;

для личностной сферы этих больных характерно:

· неконформность

· аутизация

· дисгармоничность

· нарушение социальной адаптации

· амбивалентное отношение к окружающим.

) У испытуемых с параноидной формой шизофрении были выявлены следующие нарушения в мыслительной и эмоционально-волевой сфере:

- для операционной стороны мышления характерны единичные случаи искажения процесса обобщения, актуализации латентных признаков предметов, оперирование неадекватными связями между ними; в основном (в большинстве случаев) им доступны с помощью экспериментатора операции обобщения, абстрагирования, сравнивания, классификации, анализа и синтеза;

- мотивационный компонент мышления характеризуется элементами разноплановости мышления;

критичность мышления частично сохранна, т.к. эти испытуемые способны осознавать допущенные ошибки и исправлять их (чаще с помощью экспериментатора), оценка экспериментатора влияет на критичное отношение испытуемых к продукту своей деятельности;

анализируя ассоциативный компонент мышления, мы пришли к выводу, что у испытуемых с параноидной формой шизофрении частично сохранена способность к адекватному абстрагированию, более чем в 50% они способны оперировать адекватными ассоциациями;

дефект личности менее выражен, они имеют тенденцию представить себя в наиболее благоприятном свете в соответствии с общепринятыми социальными нормами, для них характерно усиленное стремление к положительной оценке со стороны окружающих.

) В результате сравнительного анализа нам удалось выявить качественные различия мыслительных функций и личностных особенностей у больных простой и параноидной формой шизофрении, эти различия характеризуют более грубое нарушение мыслительных функций и более выраженный дефект личности у испытуемых с простой формой шизофрении по сравнению с испытуемыми с параноидной формой.

**Заключение**

По результатам проведенного исследования мы можем говорить о справедливости выдвинутой нами гипотезы. В ходе исследования она полностью подтвердилась.

Выявленные в результате сравнительного анализа более грубые нарушения психической деятельности у испытуемых с простой формой шизофрении (по сравнению с параноидной формой шизофрении), свидетельствуют о наличии качественных различий в функционировании мыслительной и эмоционально-волевой сфер психической деятельности, отсюда следует, что качественные различия являются специфичными и показательными в дифференциальной диагностике этих форм шизофрении.

Но следует отметить, что согласие относительно ведущих диагностически значимых психологических особенностях при различных формах шизофрении до сих пор не достигнуто. Это приводит к расхождению диагностических критериев у разных авторов, причем чаще это качественные различия и различия в количестве признаков, которые характеризуют основные психологические расстройства, необходимые для однозначного определения какой-либо формы шизофрении.

Эти расхождения делают затруднительным сравнение результатов различных стран, регионов и даже клиник.

Кроме того, без четкой систематизации и дифференциации психологических особенностей при различных формах шизофрении, поиск этиологических факторов и диагностических критериев оказывается безрезультатным, а цель совершенствования профилактики - почти недостижимой.

В ходе исследования выявилась еще одна проблема, поднимающая вопрос об этиологических факторах, влияющих на развитие той или иной формы шизофрении. Конечно, поиск причин возникновения заболевания какой-либо формой шизофрении проблематичен, но весьма актуален. Некоторые исследования уже начинают этот поиск с установления связи между возникновением заболевания и наличием или отсутствием определенных переменных. Такие переменные могут относиться к самому индивиду или окружающей его среде, они могут быть социального, психологического или биологического рода. Кроме того, различия в психологических особенностях при разных формах шизофрении объясняют значительную часть различий, которые обнаруживаются при сравнении различных культур.

Наше исследование проведено с участие лиц мужского пола, такая экспериментальная ситуация позволяет поставить еще одну проблему. Оказывает ли влияние на заболеваемость шизофренией пол пациента? Со времен Крепелина известно только, что начало заболевания у женщин обычно наступает позднее, чем у мужчин.

Не менее интересно было бы обнаружить связь между уровнем жизни и частотой заболевания определенной формой шизофрении. В этом направлении уже существуют две гипотезы. Согласно гипотезе «социального стресса» за повышенный уровень заболеваемости шизофренией ответственна жизнь в тяжелых психосоциальных условиях. Гипотеза «социального дрейфа» предлагает другое объяснение: уже в преддверии собственно болезни человек вследствие нарушения психических функций начинает опускаться, дрейфовать в более низкий социальный слой.

На материале клинических наблюдений была сформулирована гипотеза, что в этиологии некоторых форм шизофрении в качестве психосоциального стрессора могут принимать участие изменяющие жизнь события.

Изучение психологических особенностей при различных формах шизофрении еще не привело к однозначному мнению относительно этиологии этих форм. С другой стороны, выраженные психологические различия при различных формах шизофрении предполагают использование различных этиологических моделей.

Таким образом, в результате исследования выявилась недостаточность систематических знаний о связи меду угрозой заболевания какой-либо из форм шизофрении и изменяющими жизнь событиями.

Конечно, наличие того или иного психосоциального фактора риска установить сложнее, чем наличие генетических факторов или структурных повреждений мозга, т. к. такой фактор, как правило, нестабилен во времени, его воздействие с трудом можно выделить из комплекса других факторов и его значение подвержено индивидуальным изменениям.

Понятно, что на возникновение различных форм шизофрении оказывает влияние большое количество факторов риска и убедительным кажется то, что многообразие возможного взаимодействия факторов риска определяет и различные формы этого заболевания.

По-прежнему открытой остается проблема дифференциально-значимых психологических особенностей при шизофрении, надежность и стабильность которых возникает прежде всего к «пограничным» формам, т.е. типичным для близких расстройств психики.

Пациенты с различной формой шизофрении существенно различаются не только симптоматикой, течение болезни, но и особенностями протекания психических процессов. Выявить, изучить и систематизировать эти особенности, значит тем самым улучшить прогноз течения заболевания с помощью психологических реабилитационных мероприятий.

Спектр психологических программ и услуг для больных различными формами шизофрении мало разработан и не унифицирован. И здесь также особо важно учитывать индивидуальные психологические особенности и предусматривать гибкую адаптацию. Эффективная психологическая помощь больным шизофренией непростое дело, да и не такое дешевое, но облегчение страданий пациентов и их родственников при этом кажется достаточно высокой ставкой.

**Литература**

1. Банщиков В.М., Невзорова Т.А. Психиатрия. - М.: Медицина, 1976.

. Блейхер В.М. Клиника приобретенного слабоумия. - Киев: Здоровье, 1976.

. Блейхер В.М. Расстройства мышления. - Киев, 1983.

. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология. - Изд-во «Феникс», 1996.

Болдырев А.И. Эпилептические синдромы. - М.: Медицина, 1976

. Бухановский О.А. Основы психопатологии. - М., 1998.

. Викулова Л.В. Вопросы экспериментальной патопсихологии. - М., 1965.

. Выготский Л.С. Избранные психологические произведения. Т. 1 - М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956.

. Выготский Л.С. Мышление и речь //Собр. Соч. - М.: Педагогика, 1982.

. Галант Р.Я. О расстройствах памяти. - М., 1935

. Гиляровский В.А. Психиатрия. - М., 1954.

. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий. - М.: Медгиз, 1954

. Гиляровский В.А. Психиатрия. - М.: Медгиз, 1954

. Готтсданкер Р. Основы психологического эксперимента: Пер. с англ. - М.: изд. МГУ, 1982.

. Гуськов В.С. Терминологический словарь психиатра. - М.: Медицина, 1965.

. Жариков Н.М., Урсова Л.Г. и др. Психиатрия. - М.: Медицина, 1989

. Зейгарник Б.В. Введение в патопсихологию. - М.: изд. МГУ, 1971.

. Зейгарник Б.В. Личность и патология. - М., 1971.

. Зейгарник В.П., Мамардашвили М.К. Об объективном методе в психологии // Вопр. Философии. - 1977. - №7.

. Зейгарник Б.В. Нарушения мышления у психически больных. - М., 1958.

. Зейгарник Б.В. Патология мышления. - М., 1962.

. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М.: Изд. МГУ, 1976.

. Зейгарник Б.В. Психология личности: норма и патология. - М., 1998.

. Зейгарник В.П., Смирнов С.Д. Методологические вопросы психологии. - М.: изд. МГУ, 1983.

. Изард К.Е. Эмоции человека: пер. с англ. - М.: изд. МГУ, 1980.

. Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях - М., 1952.

. Ковалев В.В. Психиатрия. - М.: Изд «Медицина», 1979.

. Корнилова Т.В. Введение в психологический эксперимент. - МГУ-ЧеРо, 1997.

. Кэмпбелл Дж. Модели экспериментов в социальной психологии и прикладных исследованиях: пер. с англ. - М.: Прогресс, 1980.

. Лонгинова С.В. «Пиктограмма» как метод исследования расстройств мышления при шизофрении. // «Невропатология и психиатрия им. С.С. Корсакова». - 1972 - №11.

. Лонгинова С.В., Рубинштейн С.Я. О применении метода «пиктограмм» для экспериментального исследования мышления психических больных. - М., 1996.

. Лурия А.Р. Об историческом развитии познавательных процессов. - М.: Изд. МГУ, 1974

. Мелешко Т.К. Вариант методики исследования процесса сравнения у больных шизофренией. - в сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. - М., 1965.

. Мелешко Т.К. Особенности актуализации знаний больными шизофренией. - сб. «Психологические исследования» - М., 1972.

. Методы исследования в психологии: Квазиэксперимент / Под ред. Корниловой Т.В. - М.: Форум-Инфра-М, 1998.

. Перре М., Бауманн У. Клиническая психология - Питер, 2003.

. Плотников В.В. Характеристика мышления больных шизофренией. - М., 1958.

. Поляков Ю.Ф. Исследование нарушений психических процессов. - сб. «Шизофрения» - М.: Медицина, 1969.

. Поляков Ю.Ф. Особенности методических приемов исследования нарушений при шизофрении. - сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии» - М., 1965.

. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. - М., 1974.

. Поппер М. Логика и рост научного познания. - М., 1983.

. Портнов А.А., Федотов Д.Д. Психиатрия - М., 1965.

. Родионова С.А. Методика исследования распада навыков у психически больных. - в сб. Вопросы экспериментальной патопсихологии. - М., 1965.

. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. - М.: Учпедгиз, 1946.

. Рубинштейн С.Я. Использование экспериментального метода для изучения психопатологических явлений. - в сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. - М., 1965.

. Рубинштейн С.Я. О рефлекторной природе галлюцинации. - Изд-во АПН РСФСР, 1957.

. Рубинштейн С.Я. Экспериментально-психологический подход к исследованию. - сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии» - М., 1965.

. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. - М., 1999.

. Смулевич А.Б. Щирика М.Г. Проблемы паранойи. - Медицина, 1972.

. Снежневский А.В. Общая психопатология. - Валдай, 1970.

. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. - Медицина, 1988.

. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. - М.: Изд. МГУ, 1980.

. Стивенс С. Экспериментальная психология. - М.: изд. Иностр. Лит-ры, 1960.

. Тепеницына Т.И. Вопросы психологии. - 1959 - №5.

. Тиганов С.А. Руководство по психиатрии (в двух томах) - М., 1998.

. Тимофеев Н.Н. Симптомы и синдромы психических заболеваний. - Медицина, 1964.

. Тихомиров О.К. Психология мышления. - М.: изд. МГУ, 1984.

. Храмцова С.Т. Апробация методики «Сравнение понятий» в психоневрологической клинике. - в сб. Вопросы экспериментальной патопсихологии. - Л., 1965.

. Ярошевский М.Г. Категориальный аппарат психологии // Сеченов и мировая психологическая мысль. - М., 1981.

**Приложение 1**

***Бланк №1***

**Методика «Исключение четвертого лишнего»**, форма протокола.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название карточки, а также вопросы и возражения экспериментатора | Исключаемый предмет | Объяснение больного |
| ххх | ххх | ххх |

***Бланк №2***

Методика «Простые аналогии» (инвентивная форма)

Придумайте для каждой строчки четвертое слово, которое так должно быть связано по смыслу с третьим, как второе с первым.

|  |  |
| --- | --- |
| Например: лампа-свет 1. день - обед 2. инструмент - работа 3. охотник - ружье 4. большой - маленький 5. слово - буква 6. июль - лето 7. горячий - холодный 8. лимон - кислота 9. дождь - сырость 10. ласточка - быстрота 11. луг - трава 12. инвалид - костыль 13. чулки - штопать 14. свет - тьма 15. лиса - хитрость 16. палец - кольцо 17. вулкан - землетрясение 18. минута - час 19. школа - ученик 20. задача - решение 21. колос - зерно 22. еда - обжорство 23. художник - картина 24. поезд - рельсы 25. море - вода 26. колбаса - мясо 27. океан - капля 28. магазин - продавец 29. море - река 30. часы - время 31. война - мир 32. человек - западня 33. глухой - зрение | печка? (тепло) вечер? \_\_\_\_\_\_\_ кукла? \_\_\_\_\_\_\_ рыбак? \_\_\_\_\_\_\_ сытый? \_\_\_\_\_\_\_ дом? \_\_\_\_\_\_\_ апрель? \_\_\_\_\_\_\_ теплый? \_\_\_\_\_\_\_ конфета? \_\_\_\_\_\_\_ жара? \_\_\_\_\_\_\_ черепаха? \_\_\_\_\_\_\_ лес? \_\_\_\_\_\_\_ близорукий? \_\_\_\_\_\_\_ одежда? \_\_\_\_\_\_\_ молчание? \_\_\_\_\_\_\_ лев? \_\_\_\_\_\_\_ ухо? \_\_\_\_\_\_\_ река? \_\_\_\_\_\_\_ час? \_\_\_\_\_\_\_ больница\_\_\_\_\_\_\_ вопрос\_\_\_\_\_\_\_ соты\_\_\_\_\_\_\_ вино\_\_\_\_\_\_\_ писатель\_\_\_\_\_\_\_ автомобиль\_\_\_\_\_\_\_ небо\_\_\_\_\_\_\_ сыр\_\_\_\_\_\_\_ толпа\_\_\_\_\_\_\_ библиотека\_\_\_\_\_\_\_ площадь\_\_\_\_\_\_\_ градусник\_\_\_\_\_\_\_ буря\_\_\_\_\_\_\_ муха\_\_\_\_\_\_\_ слепой \_\_\_\_\_\_\_ |

Форма протокола.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Номер задачи | Ответ | Объяснение |
| ххх | ххх | ххх |

***Бланк №3***

**Методика «Соотношение пословиц, метафор и фраз»**, форма протокола.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Пословицы или метафоры | Подобранные фразы | Объяснение больного |
| ххх | ххх | ххх |

***Бланк №4***

**Методика «Заучивания 10 слов»**, форма протокола.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № повторений | лес | хлеб | окно | стул | вода | брат | кони | игла | гриб | мед | Кол-во слов | Добавочные слова | Примечание |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Через час |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Бланк №5***

**Методика «Пиктограмма»**, форма протокола.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заданные слова | Рисунок | Объяснение | Воспроизведение |
| ххх | ххх | ххх | ххх |

***Бланк №6***

**Методика «Сравнения понятий».**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. утро-вечер 2. корова-лошадь 3. летчик-танкист 4. лыжи-коньки 5. трамвай-автобус 6. озеро-река 7. река-птица 8. дождь-снег 9. поезд-самолет 10. ось-оса 11. обман-ошибка 12. стакан-петух 13. маленькая девочка - большая кукла 14. ботинок-карандаш 15. яблоко-вишня | 16. ворона-воробей 17. волк-луна 18. молоко-вода 19. ветер-соль 20. золото-серебро 21. сани-телега 22. очки-деньги 23. воробей-курица 24. кошка-яблоко 25. вечер-утро 26. дуб-береза 27. голод-жажда 28. сказка-песня 29. корзина-сова 30. картина-портрет |

Форма протокола

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Названные понятия | Объяснение испытуемого | |
|  | Сходство | Различие |
| ххх | ххх | ххх |

***Бланк №7***

**Методика «Воспроизведение рассказов».**

Басня.

Прослышала как-то галка, что голубей хорошо кормят. Перекрасилась она в белый цвет и полетела к голубям. Голуби приняли её, накормили, напоили. Галка наелась вдоволь, но не выдержала и закричала по-своему, по-галочьи. Голуби прогнали её.

Полетела галка к своим, но и свои её не приняли.

Вопрос:

В чем мораль басни?

Форма протокола сплошная.

**Приложение 2**

***Бланк №1.***

**Методика «Исключение 4-го лишнего»** (предметный вариант).

. Испытуемый Ц. (паран. ф. ш.) объединяет в одну группу ножницы, катушку, трубку - «все они имеют сквозные отверстия, а наперсток имеет лишь входное отверстие». Он же объединяет весы, очки, и часы и исключает термометр - «по принципу общности отношений деталей. Весы при воздействиях факторов внешней среды могут колебаться, у очков можно передвигать ушки, а часы имеют заводной механизм».

. Испытуемый К. (прост. ф. ш.) обобщает зонтик, пистолет и барабан как предметы издающие звук, и исключает фуражку, т.к. она звука не издает.

. Испытуемый И. (прост. ф. ш.) правильно исключая курительную трубку, говорит: «Когда человек шьет ему это надо, а курить…, но можно шить и курить. Нет, наперсток лишний, без него можно обойтись».

. Испытуемый М. (прост ф. ш.) исключая предметы, выделяет в одной из задач «барабан», т.к. «зонт, наган и фуражка являются средством защиты»

. Испытуемый Т. (прост. ф. ш.) правильно исключает «ногу» - часть человеческого тела, а обувь объединяет как «средства передвижения, т.к. в ней ходят».

. Испытуемый К-х (паран. ф. ш., высш. обр., врач) объединяет в одну группу солнце, керосиновую лампу и свечу и исключает электрическую лампочку. При этом он рассуждает следующим образом: «Электрическая лампочка слишком пахнет цивилизацией. Цивилизация убила все, что оставалось в человеке хорошего. Вообще-то нет надобности исключать ни один из этих предметов, но, руководствуясь подтекстом, я исключил электрическую лампочку. Кроме того в ней нет очевидности горения, накала нити. Иначе были бы какие-нибудь лучи подрисованы. Таким образом, здесь могут быть два плана: первый - субъективно-индивидуальный, а второй - обусловленный необходимостью конкретного ответа на прямой вопрос».

. Испытуемый Р-в (прост. ф. ш.) задачу, требующую обобщения измерительных приборов, решает так: «Здесь могут быть три плана. Первый план - я исключаю очки. При этом руководствуюсь нежеланием слепоты духовной. Очки - это символическая согласованность, свидетельствующая о слепоте. Второй план - при рассмотрении с позиций человеческой необходимости использования в быту - нужны все четыре предмета. Есть и третий план - все эти предметы, кроме весов, являются более единичными, цельными по своей природе».

. Испытуемый Г-в (паран. ф. ш.) одно и то же задание решает двояко: «Можно объединить монету, карманные часы и будильник и выделить настенные часы, т.к. они граненой формы. А можно выделить монету - это все часы по производству, а это деньги. Если по форме - то первое решение, а по производству - второе». С помощью экспериментатора выбирает правильное решение.

. Испытуемый Ц-в (паран. ф. ш.) объединяет часы и монету, объясняя, что стоимость есть у каждого предмета.

Испытуемый П. (прост. ф. ш.) объединяет «обувь» и исключает «ногу», объясняя это так: «нога потребляет их, а ботинки нужны для того, чтобы ноге не было больно».

Испытуемый С. (паран. ф. ш.) исключает солнце и объединяет керосиновую лампу, свечу и электрическую лампочку, объясняя так: «Солнце - это звезда, а все остальное не звезды».

Испытуемый К. (прост. ф. ш.) объединяет «весы, термометр, часы», исключает «очки», при этом объясняя: «Очки отделю, не люблю очков, мне нравится пенсне, как у Чехова».

Испытуемый К. (паран. ф. ш.) объединяет «кепку, барабан, пистолет», исключает «зонт», объясняя, что зонт может быть у каждого человека, а остальные предметы не обязательно иметь каждому.

***Бланк №2.***

**Сравнение понятий.**

Испытуемый Р. (паран. ф. Иш.), сравнивая два понятия «луну» и «чернильницу», говорит: «Оба эти предмета в себе что-то содержат. Луна что-то содержит и чернильница. Обе круглые. И обе с отверстиями: в чернильнице - горлышко, на луне - кратеры. Еще сходство - луна светит, и если в чернильницу положить чернила и писать, то они тоже светят. Грамотность - свет. А различие - луну нельзя положить на стол, а чернильницу можно где угодно держать».

Испытуемый Г. (паран. ф. ш.), сравнивая понятия «утро - вечер», говорит: «Общее у них то, что они текут плавно, а различаются цветом: утро - светло, а вечер - темно»; сравнивая понятия «золото - серебро», объясняет: «Это все металл, но различный по цвету: золото - желтое, а серебро - серебряное»; сравнивая понятия «ворона - курица», объясняет: «Это птицы, а различие в размерах, курица больше вороны».

Испытуемый К. (прост. ф. ш.) сравнивая понятия «ворона - курица», объясняет: «Это птицы, но разница в том, что от вороны никакой пользы нет, а курица несет яйца, большая польза от нее человеку»; сравнивая понятия «вода - молоко», говорит: « Все это можно пить, но молоко - это еда, а вода - это просто попить, одной водой сыт не будешь».

Испытуемый И. (паран. ф. ш.) сравнивает понятия «дождь и снег» следующим образом: «Снег - это микроны, которые могут быть заморозками, а дождь состоит из воды, но они могут находится в тесном сотрудничестве».

Испытуемый Л. (прост. ф. ш.) сравнивает понятия «дождь и снег» так: «Дождь - это капли водяные, а снег - это снег, а вода есть вода, это ведь совершенно разные вещи Хотя снег идет, и дождь идет, снег падает, и вода падает ».

Испытуемый Г.(паран. ф. ш.) сравнивает понятия «ботинок - карандаш»: «Это все принадлежности необходимые человеку для жизни в современном обществе, раньше - то люди ходили босиком и писать не умели, а разница в том, что обувь мягкая, делается из кожи, что бы удобно было ходить, а карандаш твердый, чтобы удобно писать было».

Испытуемый У. (прост. ф. ш.) сравнивает понятия «лыжи - коньки»: «Это всё зимние вещи, для снега, летом нужен велосипед, лыжи из дерева, а коньки из железа».

Испытуемый Ф. (прост. ф. ш.) сравнивает понятия «ворона - воробей»: «Оба начинаются на букву «в», но «ворона» - женского рода, а «воробей» - мужского».

Испытуемый Ц. (паран. ф. ш.) сравнивает понятия «поезд - самолет»: «Это транспорт, но на поезде гораздо дольше добираться, чем на самолете».

Испытуемый Н. (прост. ф. ш.) сравнивает понятия «стакан - петух»: «Общее здесь то, что оба слова мужского рода, а разница в том, что из стакана пьют, а петух кукарекает».

Испытуемый Л. (паран. ф. ш.) сравнивает понятия «корова - лошадь»: «Эти животные парнокопытные, но корова как правило домашнее животное, а вот лошадь может быть не только домашним животным, но и диким».

***Бланк №3.***

**Объяснение пословиц и метафор.**

Испытуемый С. (прост. ф. ш.) на вопрос, что значит «не все то золото, что блестит», ответил: «Это кому что нравится - вот стоят на окне цветы - вам они нравятся…».

Испытуемый К. (паран. ф. ш.) объясняет пословицу «Цыплят по осени считают» так: «Весной цыплята вылупляются, к лету они подрастают, хозяева их выпускают на поляну, там они щиплют травку, находят разных букашек, короче откармливаются к осени, а хозяева считают прибыль».

Испытуемый Ц. (паран. ф. ш.) пословицу «Лучше меньше, да лучше » объясняет так: «Здесь одна мысль - нужно делать всё хорошо».

Испытуемый У. (прост. ф. ш.) пословицу «Куй железо пока горячо» объясняет так: «Железо можно ковать только горячим, из горячего железа можно делать самые различные изделия, но если оно остыло, то из него уже ничего не сделаешь».

Испытуемый С. (прост. ф. ш.) пословицу «Не всё то золото, что блестит» объяснил так: «Конечно, не только золото блестит, посмотрите в солнечную погоду вокруг, всё кругом блестит и сверкает: любая стекляшка глаза слепит. А золото просто так и не валяется, оно ископаемое».

Испытуемый Б. (паран. ф. ш.) метафору «ядовитый человек» объяснил так: «Это человек, у которого очень сильный иммунитет, он может ничем не болеть, т.к. в его организме находится такой яд, который способен убивать любые вирусы. У других людей иммунитет ослаблен, они часто болеют, и им специально впрыскивают яд, чтобы уничтожить вирусы».

Испытуемый Г. (прост. ф. ш.) метафору «глухая ночь» объясняет с неудержимым смехом: «Это когда соседи загуляют до утра, можно заткнуть уши ватой и ничего не слышно, как глухой, и можешь спокойно спать».

***Бланк №4.***

**Пиктограмма.**

Испытуемый Т. (прост. ф. ш.). Пиктограмма состоит главным образом из штрихов и черточек: развитие - извилистые линии, справедливость -параллельные, счастье - завитушка, болезнь - такая же завитушка книзу и так далее.

Испытуемый Р. (прост. ф. ш.). При составлении пиктограммы ассоциации были конкретными, но не связанными по содержанию, «пустыми». К слову «развитие» - вишни, т. к. «смотришь на вишни и развиваешься»; к словам «теплый ветер» - платье, т. к. «если бы было пальто, то это означало бы холодный ветер»; к слову «справедливость» - портфель, так как «справедливость - это человек к чему-то стремится, у него ясные мысли…»; к слову «разлука» - стол, т.к. «я сижу за столом один со своими мыслями»; к слову «сомнение» - забор, т. к. «сомнение - это значит незнание - человек валяется под забором - он без всяких знаний валяется - если б не было забора, то он бы знал, забор - препятствие».

Испытуемый Г-ов (прост. ф. ш.) на заданное слово «справедливость» рисует солнце и объясняет: «Все могут ходить под солнцем»; на слово «счастье» - «+» - «счастье всегда положительно»; на слово «болезнь» - «пунктирная линия» - «не все гладко»; на слово «дружба» - «=» - «откровенная искренность»; на слово «печаль» - «-» - «печаль об утерянном»; на слово «обман» - «мужчина» - «это вор».

Испытуемый Ц. (паран. ф. ш.) к слову «справедливость» рисует две ровные линии и объясняет: «Это борьба равных».

Испытуемый К.(паран ф. ш.) к слову «справедливость» рисует окружность с точкой в центре и объясняет: «Здесь все точки на окружности равно удалены от центра».

Испытуемый С. (прост. ф. ш.) к слову «счастье» рисует две вертикальные линии и объясняет: «Полнота счастья вдвоем»; к слову «болезнь» - пунктирная линия - «разрывы в памяти или в мозге»; к слову «дружба» - книга - «в книгах часто пишут о настоящей дружбе, хотя в жизни не так часто она бывает».

Испытуемый К-х (паран. ф. ш.) к слову «сомнение» рисует спираль - «сомнения никогда не кончаются, прибывают в процессе развития».

Испытуемый З. (прост. ф. ш.) к слову «надежда» рисует скамейку и объясняет: «Когда надеются, то обязательно ждут. Стоя ждать неудобно»; к слову «разлука» - забор - «Стена - символ одиночества».

Испытуемый В. (прост. ф. ш.) к слову «печаль» рисует мусорное ведро, объясняя это так: «Мусорное ведро - это как ненужная личность, бесполезность его существования»; к слову «болезнь» рисует две перпендикулярных друг другу линии и рассуждает: «Это надгробный камень, но на кресте еще нет перекладины, если дорисовать ее, это будет уже символ смерти».

Испытуемый Н. (прост. ф. ш.) к слову «любовь» рисует три вертикальных линии и объясняет: «Цифра три олицетворяет любовь без противоречий. Когда в семье есть ребенок, то он исключает противоречия».

Испытуемый У. (паран. ф. ш.) к слову «справедливость» рисует треугольник, а под ним заштрихованный квадрат - «Победа над чем-то противоположным. В борьбе добро справедливо побеждает зло, поэтому белый треугольник находится над черным квадратом».

Испытуемый Ф. (прост. ф. ш.) к понятию «тяжелая работа» рисует «-» при этом говорит: «Момент тяжести всегда сплощивает, приводит в горизонтальное положение».

Испытуемый О. (прост. ф. ш.) к понятию «веселый праздник» рисует две вертикальные линии и объясняет: «Когда вдвоем, то весело, когда один, то грустно».

***Бланк №5.***

**Исследование самооценки.**

Испытуемый К. (прост. ф. ш.) отмечает свое место выше самой верхней точки линии и лишь по четвертой линии (счастье) ставит себе черточку в самом низу линии, объясняя, что «счастливые люди - творцы, созидатели», а ему мешают, он ничего не может создать.

Испытуемый Г. (прост. ф. ш.) выбирает 4 самые крайние оценки: он считает себя самым здоровым, самым умным, самым общительным и самым несчастливым. «Счастливые люди, - объясняет он, - это те, кто умеет хорошо устраиваться в жизни, а мне всегда не везет».

Испытуемый И. (прост. ф. ш.) оценивает себя как самого больного, самого глупого, самого замкнутого и самого несчастного.

Испытуемый У. (паран. ф. ш.) находясь в состоянии эйфории оценивает себя как самого умного, самого здорового, самого счастливого и самого общительного.

**Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.**

Испытуемый Р. считает себя совершенно здоровым, работоспособным, охотно, даже азартно выполняет экспериментальные задания, потому что ему они кажутся занятными, но настоящего личностного отношения к факту проверки его умственных способностей у испытуемого не выявляется. Некритично, с удовольствием принимает похвалу экспериментатора, не замечая, что похвала не заслужена, так как в большинстве заданий испытуемый обнаруживает несостоятельность.

Инструкции к новым видам деятельности улавливает легко, работает довольно быстро. Может понять довольно сложные абстрактные логические связи, а иногда устанавливает их самостоятельно.

Легко переключается, подхватывает помощь, подсказку, может исправлять допущенные ошибки. Однако самостоятельные рассуждения испытуемого отличаются непоследовательностью, обилием пропущенных звеньев, соскальзываниями, приводящими к разноплановости, растекаемости и нелепости суждений.

Множество побочных, идущих в разных направлениях ассоциаций не только усложняют и загромождают ход рассуждений испытуемого, но и вовсе отвлекают его от заданной темы.

Понимает переносный смысл пословицы, но, пытаясь объяснить, отходит от ее логического смысла

Лучше запоминает отдельные слова (5,7,7,7,9, спустя час - 8), но хуже воспроизводит пиктограмму.

Таким образом, на первый план при исследовании выступили элементы эмоциональной неадекватности (эмоции живые, но хаотичные) и элементы разноплановости и растекаемости мышления (при живой сообразительности), актуализация латентных признаков при обобщении и сравнении понятий, склонность к резонерству, нарушение ассоциативного компонента мышления на фоне легкой дефицитарности мнестических функций и процесса абстрагирования.













