

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное учреждение
высшего профессионального образования
Казанский (Приволжский) федеральный университет
Институт психологии и образования
Кафедра психологии

М.В. Федоренко

СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ:
лекции, примеры, задачи, методики

учебно-методическое пособие
для студентов ВУЗов педагогических специальностей

Казань 2014

УДК. 159.96

ББК 88.4

Рекомендовано к печати решением кафедры психологии ИПО КФУ 14 апреля 2014г., протокол заседания кафедры №8.

Рецензент Фахрутдинова Л.Р. – доктор психологических наук, профессор кафедры психологии Института психологии и образования Казанского (Приволжского) федерального университета

Специальная психология: лекции, примеры, задачи, методики. Автор-составитель кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии ИПО КФУ **М.В. Федоренко** - учебно-методическое пособие для студентов ВУЗов педагогических специальностей. – Казань: КФУ, 2014. – 128с.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов педагогических специальностей и направлено на формирование у них базовых представлений о методологических основах и структуре специальной психологии как самостоятельной отрасли психологической науки.

СОДЕРЖАНИЕ

Лекция 1. СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ КАК НАУКА. НОРМАЛЬНОЕ И АНОМАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

Понятие о специальной психологии как о разделе психологической науки.....	6
Основные категории специальной психологии.....	7

Лекция 2. ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ПРОБЛЕМЫ ШКОЛЬНОЙ НЕУСПЕВАЕМОСТИ

Проблемы школьной неуспеваемости в теории и практике обучения.....	8
Задержка психического развития: понятие, причины, типология....	9
Особенности психики детей с задержкой психического развития..	13

Лекция 3. ШКОЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ

Определение школьной дезадаптации.....	14
Причины школьной дезадаптации.....	15
Проявления школьной дезадаптации.....	17

Лекция 4. АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА

Характер и черты личности.....	18
--------------------------------	----

Акцентуации характера как крайний вариант нормы.....	19
Типы акцентуаций характера подростков по А.Е. Личко.....	23
Развитие и трансформации акцентуаций характера.....	25

Лекция 5. ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, ОСЛОЖНЯЮЩИЕ СОЦИАЛЬНУЮ АДАПТАЦИЮ ШКОЛЬНИКОВ

Предпосылки дезадаптивного поведения в школьном возрасте.....	27
Личностные особенности поведения младших школьников и детей предпубертатного возраста, осложняющие их социальную адаптацию.....	29

Лекция 6. АКСЕЛЕРАЦИЯ И ОДАРЕННОСТЬ, ИХ РОЛЬ В СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Акселерация и ретардация.....	31
Общие и специальные способности.....	33
Одаренные дети и особенности их социальной адаптации.....	35

Лекция 7. ПСИХОЛОГИЯ И РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Представления о личности.....	37
Расстройства личности.....	46
Патохарактерологические реакции.....	67
Психопатология мышления и речи.....	75
Виды психопатологии мышления и речи.....	82
Нарушения связности процессов мышления.....	90

ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ.....	92
Ответы на психолого-педагогические задачи.....	96
НЕКОТОРЫЕ МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ	
Патопсихологическая диагностика нарушений мышления	109
Патопсихологическая диагностика нарушений памяти.....	114
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	127

Лекция 1. СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ КАК НАУКА: НОРМАЛЬНОЕ И АНОМАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

Понятие о специальной психологии как о разделе психологической науки

Специальная психология изучает психофизиологические особенности аномальных детей, закономерности их воспитания и обучения. Специальной психологией называется раздел психологической науки о закономерностях развития, воспитания, обучения и подготовки к социальной адаптации и реабилитации различных категорий детей с проблемами в развитии. Предметом исследования специальной психологии как отрасли научного познания являются дети с проблемами в развитии и проблемы их обучения и воспитания. Цели и задачи воспитания аномального ребенка определяются общими принципами психологии и педагогики - подготовка к активной общественно-полезной жизни, формирование гражданских качеств, но реализуются они в доступном объеме методами и средствами, соответствующими степени и структуре дефекта.

К аномальным (от греч. *anomalos* - неправильный) относятся дети, у которых физические или психические отклонения приводят к нарушению общего развития. Дефект (лат. *defectus* - недостаток) одной из функций нарушает развитие ребенка только при определенных обстоятельствах. Наличие того или иного дефекта еще не предопределяет аномального развития. Потеря слуха на

одно ухо или поражение зрения на один глаз не обязательно ведет к дефекту развития, поскольку в этих случаях сохраняется возможность воспринимать звуковые и зрительные сигналы. Дефекты такого рода не нарушают общения с окружающими, не мешают овладению учебным материалом и обучению в массовой школе. Следовательно, эти дефекты не являются причиной аномального развития. Дефект у взрослого человека, достигшего определенного уровня общего развития, не может привести к отклонениям, так как его психическое развитие проходило в нормальных условиях. Таким образом, аномальными считаются дети с нарушением психического развития вследствие дефекта и нуждающиеся в специальном обучении и воспитании.

Основные категории специальной психологии

К основным категориям аномальных детей относятся: дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие); с нарушением зрения (слепые, слабовидящие); с тяжелыми нарушениями речи (логопаты); с нарушениями интеллектуального развития (умственно отсталые, дети с задержкой психического развития); с комплексными нарушениями психофизического развития (слепоглухонемые, слепые умственно отсталые, глухие умственно отсталые и др.); с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Существуют и другие группы детей с нарушениями и отклонениями в развитии, например дети с психопатическими формами поведения; дети, которые не могут адаптироваться в

школе, страдающие школьными неврозами. Особую группу детей, требующую к себе особого внимания психологов и педагогов, составляют одаренные дети. Обучение и воспитание аномальных детей, включение их в общественную жизнь и производственную деятельность - сложная социальная и педагогическая проблема. Характер нарушения физического и умственного развития ребенка оказывает влияние на весь ход и конечный результат развития его познавательной деятельности. Образовательный уровень аномальных детей резко различен. Один из них могут овладеть лишь элементарными общеобразовательными знаниями, другие имеют в этом отношении неограниченные возможности.

Лекция 2. ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ПРОБЛЕМЫ ШКОЛЬНОЙ НЕУСПЕВАЕМОСТИ

Проблемы школьной неуспеваемости в теории и практике обучения

В настоящее время в образовательных учреждениях России происходит становление педагогической системы коррекционно - развивающего обучения детей, испытывающих трудности в освоении учебных программ, в адаптации к школе и социальному окружению. Среди детей, поступающих в первый класс, свыше 60% относятся к категории риска школьной, соматической и психофизической дезадаптации. Из них около 35% составляют те, у кого еще в младших группах детского сада были обнаружены

очевидные расстройства нервно-психической сферы. Напряженный режим школьной жизни приводит к резкому ухудшению соматического и психоневрологического здоровья ослабленного ребенка.

Задержка психического развития: понятие, причины, типология

Задержка психического развития - это понятие, которое говорит не о стойком и, по существу, необратимом психическом недоразвитии, а о замедлении его темпа, которое чаще обнаруживается при поступлении в школу и выражается в недостаточности общего запаса знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной целенаправленности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости в интеллектуальной деятельности. В этиологии задержки психического развития играют роль конституциональные факторы, хронические соматические заболевания, длительные неблагоприятные условия воспитания и главным образом органическая недостаточность нервной системы. При систематике задержки психического развития Т. А. Власова и М. С. Певзнер различают две ее основные формы: 1) задержку психического развития, обусловленную психическим и психофизическим инфантилизмом (неосложненным и осложненным недоразвитием познавательной деятельности и речи, где основное место занимает недоразвитие эмоционально-волевой сферы), и 2) задержку

психического развития, обусловленную длительными астеническими и церебрастеническими состояниями. К. С. Лебединская, исходя из этиологического принципа, различает четыре основных варианта задержки психического развития:

1) задержку психического развития конституционального происхождения;

2) задержку психического развития соматогенного происхождения;

3) задержку психического развития психогенного происхождения;

4) задержку психического развития церебрально-органического генеза.

В клинико-психологической структуре каждого из перечисленных вариантов задержки психического развития имеется специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы. При задержке психического развития конституционного происхождения, инфантильности психики часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики. Эмоциональная сфера этих детей как бы находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более младшего возраста: с яркостью и живостью эмоций, преобладанием эмоциональных реакций в поведении игровых интересов, внушаемости и недостаточной самостоятельности. Эти дети неутомимы в игре, в которой проявляют много творчества и выдумки и в то же время быстро пресыщаются интеллектуальной

деятельностью. Поэтому в первом классе школы у них иногда возникают трудности, связанные как с малой направленностью на длительную интеллектуальную деятельность (на занятиях они предпочитают играть), так и неумением подчиняться правилам дисциплины. Эта "гармоничность" психического облика иногда нарушается в школьном и взрослом возрасте, так как незрелость эмоциональной сферы затрудняет социальную адаптацию. Неблагоприятные условия жизни могут способствовать патологическому формированию личности по неустойчивому типу. Нередки случаи аналогичного сомато-психического инфантилизма в семье; непатологический уровень психических особенностей свидетельствует о преимущественно конституциональном генезе этой формы задержки психического развития. Однако такая "инфантильная" конституция может быть сформирована и в результате негрубых, большей частью обменно-трофических заболеваний, перенесенных на первом году жизни. При так называемой соматогенной задержке психического развития эмоциональная незрелость обусловлена длительными, нередко хроническими заболеваниями, пороками развития сердца и т.д. Хроническая физическая и психическая астения тормозят развитие активных форм деятельности, способствуют формированию таких черт личности, как робость, боязливость, неуверенность в их силах. Эти же свойства в значительной степени обуславливаются созданием для больного или физически ослабленного ребенка режима ограничений и запретов. Таким образом, к явлениям, обусловленным болезнью, добавляется искусственная

инфантилизация, вызванная условиями гиперопеки. Задержка психического развития психогенного происхождения связана с неблагоприятными условиями воспитания. Социальный генез этой аномалии развития не исключает ее патологического характера. Как известно, при раннем возникновении и длительном действии психотравмирующего фактора могут возникнуть стойкие сдвиги нервно-психической сферы ребенка, обуславливающие патологическое развитие его личности. Так, в условиях безнадзорности может формироваться патологическое развитие личности с задержкой психического развития по типу психической неустойчивости: неумением тормозить свои эмоции и желания, импульсивностью, отсутствием чувства долга и ответственности. В условиях гиперопеки психогенная задержка эмоционального развития проявляется в формировании эгоцентрических установок, неспособности к волевому усилию, труду. В психотравмирующих условиях воспитания, преобладают жестокость либо грубая авторитарность нередко формируется невротическое развитие личности, при котором задержка психического развития будет проявляться в отсутствии инициативы и самостоятельности, робости, боязливости. Задержка психического развития церебрально-органического генеза имеет наибольшую значимость для специальной психологии ввиду выраженности проявлений и частой необходимости специальных мер психолого-педагогической коррекции. Причины церебрально-органических форм задержки психического развития (патология беременности и родов, инфекции, интоксикации, травмы нервной системы в первые годы

жизни), как видно, в определенной мере сходны с причинами олигофрении. Это сходство определяется органическим поражением центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза. Пойдет ли речь о выраженном и необратимом психическом недоразвитии в виде олигофрении либо только о замедлении темпа психического созревания будет зависеть в первую очередь от массивности поражения.

Особенности психики детей с задержкой психического развития

Особенности клинико-психологической картины органического инфантилизма в значительной мере связаны с преобладающим фоном настроения. У детей с повышенным эйфорическим настроением преобладают импульсивность и психомоторная расторможенность, внешне имитирующие детскую жизнерадостность и непосредственность. Характерна неспособность к волевому усилию и систематической деятельности. На уроках эти дети непоседливы, не подчиняются требованиям дисциплины, в ответ на замечания дают обещание исправиться, но тут же об этом забывают. В беседе открыто и легко высказывают отрицательное отношение к учебе, не смущаясь, говорят, что учиться неинтересно и трудно, что они хотели гулять или играть. Для детей с преобладанием пониженного настроения характерна склонность к робости, боязливости страхам. Этот эмоциональный фон, а также всегда сопутствующие

церебрастенические расстройства препятствуют формированию активности, инициативы, самостоятельности. И у этих детей преобладают игровые интересы. Они с трудом привыкают к школе и детскому коллективу, однако, на уроках ведут себя более правильно. Поэтому к врачу они нападают не в связи с нарушениями дисциплины, а из-за трудностей обучения. Нередко они тяжело переживают школьную несостоятельность. Возникающие невротические образования еще более тормозят развитие их самостоятельности, активности и личности в целом. Таковы основные проявления церебрально-органического инфантилизма.

Лекция 3. ШКОЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ

Определение школьной дезадаптации

Для большей части детей начало обучения в школе во многих отношениях представляет собой стрессовую ситуацию, так как ведет к кардинальным изменениям в жизни ребенка. Дети, испытывающие трудности в выполнении школьных требований, составляют так называемую *"группу риска"* возникновения *школьной дезадаптации*. Школьная дезадаптация - это социально-психологический процесс отклонений в развитии способностей ребенка к успешному овладению знаниями и умениями, навыками активного общения и взаимодействия в продуктивной коллективной учебной деятельности, т.е. это нарушение системы

отношений ребенка с собой, с другими и с миром.

В формировании и развитии школьной дезадаптации играют роль социально-средовые, психологические и медицинские факторы. Изначальную причину дезадаптации надо искать в соматическом и психическом здоровье ребенка, то есть в органическом состоянии ЦНС, нейробиологических закономерностях формирования мозговых систем. Это надо делать не только когда ребенок приходит в школу, но и в дошкольном возрасте. Очень сложно разделить генетические и социальные факторы риска, но изначально в основе возникновения дезадаптации в любых ее проявлениях лежит биологическая предропределенность, которая проявляется в особенностях онтогенетического развития ребенка. Но это практически не учитывается ни в программах дошкольного образования, ни в программах школьного обучения. Поэтому медики, физиологи и палеологи открыто заявляют о том, что здоровье детей ухудшается.

Причины школьной дезадаптации

Наиболее распространенной причиной школьной дезадаптации являются минимальные мозговые дисфункции. В настоящее время минимальные мозговые дисфункции рассматриваются как особые формы дизонтогенеза, характеризующиеся возрастной незрелостью отдельных высших психических функций и их дисгармоничным развитием. При минимальных мозговых дисфункциях наблюдается задержка в

темпах развития тех или иных функциональных систем мозга, обеспечивающих такие сложные интегративные функции, как поведение, речь, внимание, память, восприятие и другие виды высшей психической деятельности. По общему интеллектуальному развитию дети с минимальными мозговыми дисфункциями находятся на уровне нормы или в отдельных случаях субнормы, но при этом испытывают значительные трудности в школьном обучении. Вследствие дефицитности отдельных высших психических функций, минимальные мозговые дисфункции проявляются в виде нарушений формирования навыков письма (дисграфия), чтения (дислексия), счета (дискалькулия). Лишь в единичных случаях дисграфия, дислексия и дискалькулия проявляются в изолированном, "чистом" виде, значительно чаще их признаки сочетаются между собой, а также с нарушениями развития устной речи. Среди детей с минимальными мозговыми дисфункциями выделяются учащиеся с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ). Этот синдром характеризуется несвойственными для нормальных возрастных показателей избыточной двигательной активностью, дефектами концентрации внимания, отвлекаемостью, импульсивностью поведения, проблемами во взаимоотношениях с окружающими и трудностями в обучении. Вместе с тем дети с СДВГ часто выделяются своей неловкостью, неуклюжестью, которые часто обозначаются как минимальная статико-локомоторная недостаточность. Второй по распространенности причиной школьной дезадаптации являются неврозы и невротические

реакции. Ведущей причиной невротических страхов, различных форм навязчивостей, сомато-вегетативных нарушений, истеро-невротических состояний являются острые или хронические психотравмирующие ситуации, неблагоприятная обстановка в семье, неправильные подходы к воспитанию ребенка, а также трудности во взаимоотношениях с педагогом и одноклассниками. Важным предрасполагающим фактором к формированию неврозов и невротических реакций могут служить личностные особенности детей, в частности тревожно-мнительные черты, повышенная истощаемость, склонность к страхам, демонстративному поведению. В категорию школьников - "дезадаптантов" попадают дети, имеющие определенные отклонения в психосоматическом развитии, которое характеризуется следующими признаками: 1. Отмечаются отклонения в соматическом здоровье детей. 2. Фиксируется недостаточный уровень социальной и психолого-педагогической готовности учащихся к учебному процессу в школе. 3. Наблюдается несформированность психологических и психофизиологических предпосылок к направленной учебной деятельности учащихся.

Проявления школьной дезадаптации

Обычно рассматриваются 3 основных типа проявлений школьной дезадаптации: 1) неуспешность в обучении по программам, выражающаяся в хронической неуспеваемости, а также в недостаточности и отрывочности общеобразовательных

сведений без системных знаний и учебных навыков (*когнитивный компонент школьной дезадаптации*);

2) постоянные нарушения эмоционально-личностного отношения к отдельным предметам, обучению в целом, педагогам, а также к перспективам, связанным с учебой (*эмоционально-оценочный, личностный компонент школьной дезадаптации*);

3) систематически повторяющиеся нарушения поведения в процессе обучения и в школьной среде (*поведенческий компонент школьной дезадаптации*). У большинства детей, имеющих школьную дезадаптацию, довольно часто могут быть прослежены все 3 приведенных компонента. Однако преобладание среди проявлений школьной дезадаптации того или иного компонента зависит, с одной стороны, от возраста и этапа личностного развития, а с другой - от причин, лежащих в основе формирования школьной дезадаптации.

Лекция 4. АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА

Характер и черты личности

Характер - это совокупность устойчивых черт личности, определяющих отношение человека к людям, к выполняемой работе. Характер проявляется в деятельности и общении (как и темперамент) и включает в себя то, что придает поведению человека специфический, характерный для него оттенок (отсюда название "характер"). Характер человека - это то, что определяет

его значимые поступки, а не случайные реакции на те или иные стимулы или сложившиеся обстоятельства. Поступок человека с характером почти всегда сознателен и обдуман, может быть объяснен и оправдан, по крайней мере, с позиций действующего лица. Говоря о характере, мы обычно вкладываем в представление о нем способность вести себя самостоятельно, последовательно, независимо обстоятельств, проявляя свою волю и настойчивость, целеустремленность и упорство. Бесхарактерный человек в этом смысле - тот, кто не проявляет подобные качества ни в деятельности, ни в общении, плывет по течению, зависим от обстоятельств управляется ими. Все типологии человеческих характеров исходили из ряда идей. Основные из них следующие:

1. Характер человека формируется довольно рано в онтогенезе и на протяжении остальной его жизни проявляет себя как более или менее устойчивый.

2. Те сочетания личностных черт, которые входят в характер человека, не являются случайными. Они образуют четко различимые, позволяющие выявлять и строить типологию характеров. 3. Большая часть людей в соответствии с этой типологией может быть разделена на группы.

Акцентуации характера как крайний вариант нормы

Акцентуация характера, по А.Е. Личко,- это чрезмерное усиление отдельных черт характера, при котором наблюдаются не выходящие за пределы нормы отклонения в психологии и

поведении человека, граничащие с патологией. Такие акцентуации как временные состояния психики чаще всего наблюдаются в подростковом и раннем юношеском возрасте. Знание типа акцентуации характера важно при составлении психотерапевтических программ в целях наиболее, эффективного использования разных видов психотерапии (индивидуальной или групповой, дискуссионной, директивной и др.).

Тип акцентуации указывает на слабые места характера и тем самым позволяет предвидеть факторы, способные вызвать психогенные реакции, ведущие к дезадаптации, - тем самым открываются перспективы для психопрофилактики. В зависимости от степени выраженности выделяют две степени акцентуации характера: явная и скрытая. Явная акцентуация. Эта степень акцентуации относится к крайним вариантам нормы. Она отличается наличием довольно постоянных черт определенного типа характера. В подростковом возрасте особенности характера часто заостряются, а при действии психогенных факторов, адресующихся к "месту наименьшего сопротивления", могут наступать временные нарушения адаптации, отклонения в поведении. При взрослении особенности характера остаются достаточно выраженными, но компенсируются и обычно не мешают адаптации. Скрытая акцентуация. Эта степень, видимо, должна быть отнесена не к крайним, а к обычным вариантам нормы. В обыденных, привычных условиях, черты определенного типа характера выражены слабо или не проявляются совсем. Однако черты этого типа могут ярко, порой неожиданно, выявиться

под влиянием тех ситуаций и психических травм, которые предъявляют повышенные требования к "месту наименьшего сопротивления".

Типы акцентуаций характера подростков по А.Е. Личко

Несмотря на редкость чистых типов и преобладание смешанных форм, различают следующие основные типы акцентуаций характеров:

1) *лабильный* - резкая смена настроения в зависимости от ситуации;

2) *циклоидный* - склонность к резкой смене настроения в зависимости от внешней ситуации;

3) *астенический* - тревожность, нерешительность, быстрая утомляемость, раздражительность, склонность к депрессии;

4) *боязливый* (сензитивный) тип - робость, стеснительность, повышенная впечатлительность, тенденция испытывать чувство неполноценности;

5) *психастенический* - высокая тревожность, мнительность, нерешительность, склонность к самоанализу, постоянным сомнениям и рассуждательству, тенденция к образованию ритуальных действий;

6) *шизоидный* - отгороженность, замкнутость, трудности в установлении контактов (см. экстраверсия - интроверсия), эмоциональная холодность, проявляющаяся в отсутствии

сострадания (см. симпатия) недостаток интуиции в процессе общения;

7) *застревающий* (параноидный) - повышенная раздражительность, стойкость отрицательных аффектов, болезненная обидчивость, подозрительность, повышенное честолюбие;

8) *эпилептоидный* - недостаточная управляемость, импульсивность поведения, нетерпимость, склонность к злобно-тоскливому настроению с накапливающейся агрессией, проявляющейся в виде приступов ярости и гнева (иногда с элементами жестокости), конфликтность, вязкость мышления, чрезмерная обстоятельность речи, педантичность;

9) *демонстративный* (истероидный) - выраженная тенденция к вытеснению неприятных для субъекта фактов и событий, к лживости, фантазированию и притворству, используемым для привлечения к себе внимания, характеризуемая отсутствием угрызений совести, авантюристичностью, тщеславием, "бегством в болезнь" при неудовлетворенной потребности в признании;

10) *гипертимный* - постоянно приподнятое настроение, жажда деятельности с тенденцией разбрасываться, не доводить дело до конца, повышенная словоохотливость (скачка мыслей);

11) *дистимный*, напротив, преобладание пониженного настроения чрезвычайная серьезность, ответственность, сосредоточенность на мрачных и печальных сторонах жизни, склонность к депрессии, недостаточная активность;

12) *неустойчивый* (экстравертированный) тип - склонность

легко поддаваться влиянию окружающих, постоянный поиск новых впечатлений, компаний, умение легко устанавливать контакты, носящие, однако, поверхностный характер;

13) *конформный* - чрезмерная подчиненность и зависимость от мнения других, недостаток критичности и инициативности, склонность к консерватизму.

Развитие и трансформации акцентуаций характера

В развитии акцентуаций характера можно выделить две группы динамических изменений:

Первая группа - это преходящие, транзиторные изменения. Они по форме те же, что и при психопатиях.

1) острые аффективные реакции:

а) *Интрапунитивные реакции* представляют собой разряд аффекта путем аутоагрессии - нанесение себе повреждений, покушение на самоубийство, учинение себе вреда разными способами (отчаянные безрассудные поступки с неизбежными неприятными последствиями для себя, порча ценных личных вещей и т.п.). Наиболее часто этот вид реакций встречается при двух, казалось бы, диаметрально противоположных по складу типах акцентуаций сензитивной и эпилептоидной.

б) *Экстрапунитивные реакции* подразумевают разряд аффекта путем агрессии на окружающее - нападение на обидчиков или "вымещение злобы" на случайных лицах или попавших под руку предметах. Наиболее часто этот вид реакции можно видеть при

гипертимной, лабильной и эпилептоидной акцентуациях.

в) *Иммунитивная реакция* проявляется в том, что аффект разряжается путем безрассудного бегства из аффектогенной ситуации, хотя это бегство никак эту ситуацию не исправляет, а часто даже усугубляет. Этот вид реакции чаще встречается при неустойчивой, а также при шизоидной акцентуациях.

г) *Демонстративные реакции*, когда аффект разряжается в "спектакль", в разыгрывание бурных сцен, в изображение попыток самоубийства и т. п. Этот вид реакций весьма характерен для истероидной акцентуации, но может встречаться и при эпилептоидной и при лабильной.

2) преходящие психоподобные нарушения поведения ("пубертатные поведенческие кризы").

а) *делинквентность*, т.е. в проступки и мелкие правонарушения, достигающие наказуемого в судебном порядке криминала;

б) *токсикоманическое поведение*, т. е. в стремление получить состояние опьянения, эйфории или пережить иные необычные ощущения путем употребления алкоголя или других дурманящих средств;

в) *побеги из дома*, и бродяжничество;

г) *транзиторные сексуальные девиации* (ранней половой жизни, преходящего подросткового гомосексуализма и др.).

3) развитие на фоне акцентуаций характера разнообразных психогенных психических расстройств - неврозов, реактивных депрессий и т.п. Но в данном случае дело уже не ограничивается

"динамикой акцентуаций"; происходит переход на качественно иной уровень - развитие болезни.

Ко второй группе динамических изменений при акцентуациях характера принадлежат его относительно стойкие изменения. Они могут быть нескольких типов:

1. Переход "явной" акцентуации в скрытую, латентную. Под влиянием повзреления и накопления жизненного опыта акцентуированные черты характера сглаживаются, компенсируются.

2. Формирование на почве акцентуаций характера под действием благоприятных условий среды психопатических развитий, достигающих уровня среды патологии ("краевые психопатии", по О.В. Кербикову). Для этого обычно бывает необходимо сочетанное действие нескольких факторов: - наличие изначальной акцентуации характера, - неблагоприятные условия среды должны быть такими, чтобы адресоваться именно к "месту наименьшего сопротивления" данного типа акцентуации, - их действие должно быть достаточно продолжительным и, главное, оно должно упасть на критический для формирования данного типа акцентуации возраст.

3. Трансформация типов акцентуаций характера является одним из кардинальных явлений в их возрастной динамике. Суть этих трансформаций состоит обычно в присоединении черт близкого, совместимого с прежним, типа и даже в том, что черты последнего становятся доминирующими. Наоборот, в случаях изначальном смешанных типов черты одного из них могут настолько

выходить на первый план, что полностью заслоняют черты другого.

Трансформация типов возможна только по определенным закономерностям - только в сторону совместных типов. Никогда не приходилось видеть превращения гипертимного типа в шизоидный, лабильного - в эпилептоидный или наслоения черт неустойчивого типа на психастеническую или сензитивную основу.

Мощным трансформирующим фактором являются продолжительные неблагоприятные социально-психологические влияния в подростковом возрасте, т. е. в период становления большинства типов характера. К ним прежде всего относятся разные виды неправильного воспитания. Можно указать на следующие из них:

1) гипопротекция, достигающая в крайней степени безнадзорности;

2) особый вид гипопротекции, описанный А. А. Вдовиченко под названием потворствующая гипопротекция, когда родители предоставляют подростка самому себе, фактически не заботясь о его поведении, но при начинающихся проступках и даже правонарушениях всячески его выгораживают, отводя все обвинения, стремятся любыми способами освободить от наказаний и т. п.;

3) доминирующая гиперпротекция ("гиперопека");

4) потворствующая гиперпротекция, в крайней степени достигающая воспитания "кумира семьи";

5) эмоциональное отвержение, в крайних случаях достигающее степени третирования и унижения (воспитание по типу "Золушки");

- б) воспитание в условиях жестоких взаимоотношений;
- 7) в условиях повышенной моральной ответственности;
- 8) в условиях "культа болезней".

Лекция 5. ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, ОСЛОЖНЯЮЩИЕ СОЦИАЛЬНУЮ АДАПТАЦИЮ ШКОЛЬНИКОВ

Предпосылки дезадаптивного поведения в школьном возрасте

Для понимания характера и причин дезадаптации подростков с различными нервно-психическими нарушениями необходимо знать не только клинические признаки определенных вариантов психических расстройств, но и те функционально-динамические предпосылки, которые определяют возникновение этих расстройств. В ходе исследований выявлены признаки в эмоциональной, двигательной, познавательной сфере, поведении и личности в целом, которые могли бы на различных этапах психического формирования ребенка еще до подросткового возраста служить показателями для установления дезадаптации поведения в подростковом возрасте. В дошкольном возрасте факторами риска патологического подросткового криза представляются следующие проявления:

- выраженная психомоторная расторможенность, трудность выработки у ребенка тормозных реакций и запретов, адекватных возрасту форм поведения: трудность организации поведения даже в

пределах подвижных игр;

- такие особенности личностной незрелости, как склонность к косметической лжи, примитивным вымыслам, используемым для наиболее легкого выхода из затруднительных и конфликтных ситуаций;

- повышенная внушаемость неправильным формам поведения, отражающая реакции имитации отклонений поведения сверстников, более старших детей, либо взрослых;

- инфантильные истероидные проявления с двигательными разрядами, громким и настойчивым плачем и криком;

- импульсивность поведения, эмоциональная заражаемость, вспыльчивость, обуславливающие ссоры и драки, возникающие по незначительному поводу;- реакции упрямого неподчинения и негативизма с озлобленностью, агрессией в ответ на наказание, замечания, запреты;

- энурез, побеги, как реакция активного протеста.

В младшем школьном возрасте неблагоприятными в плане социальной адаптации являются следующие факторы:

- сочетание низкой познавательной активности и личностной незрелости, диссоциирующее с возрастающими требованиями к социальному статусу школьника;

- повышенная сенсорная жажда в виде стремления к острым ощущениям и безумным влечениям;

- акцентуация компонентов влечения: интерес к ситуациям, включающим агрессию, жестокость;

- наличие как немотивированных колебаний настроения, так и

конфликтности, взрывчатости и драчливости в ответ на незначительные требования, либо запреты;

- отрицательное отношение к занятиям, эпизодические прогулы отдельных "неинтересных" уроков; побеги из дома при угрозе наказаний как отражение защитных реакций отказа, характерных для незрелых личностей;

- гиперкомпенсаторные реакции со стремлением обратить на себя внимание отрицательными формами поведения в школе: грубостью, невыполнением требованием учителя, злобными шалостями;

- выявление к концу обучения в начальных классах массовой школы стойких пробелов в знаниях по основным разделам программы;

- физическая невозможность усвоения дальнейших разделов программы за счет, как слабых интеллектуальных предпосылок, так и отсутствия интереса к учебе, общественно полезному труду;

- нарастающее тяготение к асоциальным формам поведения (мелкие кражи, раннее пристрастие к курению, выманивание денег, жвачки, значков, сигарет, первые попытки знакомства с алкоголем) под влиянием подростков или более старших приятелей;

Личностные особенности поведения младших школьников и детей предпубертатного возраста, осложняющие их социальную адаптацию

Среди психических особенностей препубертатного возраста,

значимых для возникновения патологического подросткового криза, выделяются следующие:- сохранение инфантильности суждений, крайняя зависимость от ситуации с неспособностью активно воздействовать на нее, склонность ухода от трудных ситуаций, слабость реакции на порицание. Невыраженность собственных волевых установок, слабость функций самоконтроля и саморегуляции как проявление несформированности основных предпосылок пубертатного возраста;

- некорректируемость поведения, обусловленная сочетанием инфантильности с аффективной возбудимостью, импульсивностью;

- раннее проявление влечений при интенсификации, либо раннее м возникновении полового метаморфоза, повышенный интерес к сексуальным проблемам: у девочек

- истериформная окраска поведения, связанная с сексуальностью, у мальчиков - склонность к алкоголизации, агрессии, бродяжничеству;- переориентация интересов на внешкольное окружение.

Все приведенные выше данные позволяют выделить факторы риска в отношении патологических форм поведения в подростковом возрасте:

- стойкость инфантильных черт личности, преобладание черт незрелости над тенденцией возрастного развития;

- выраженность энцефалопатических расстройств, психической неустойчивости, аффективной возбудимости, расторможенности влечений;

- асинхрония психофизического развития в виде

дисгармонической ретардации и акселерации;

- неблагоприятные средовые условия, специфически патогенные для определенного варианта нарушений поведения;
- раннее возникновение микросоциальной и педагогической запущенности.

Лекция 6. АКСЕЛЕРАЦИЯ И ОДАРЕННОСТЬ, ИХ РОЛЬ В СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Акселерация и ретардация

Акселерация - явление ускорения физического развития детей и подростков в современных условиях. Данные сравнительно - антропометрических исследований в разных странах свидетельствуют о значительных сдвигах в структуре физического развития детей и подростков в сравнении с ранее жившими сверстниками. Акселерация общесоматического развития детей объясняется разными причинами: изменившаяся структура питания, улучшение гигиенических условий, увеличившийся поток информации, социокультурные факторы и т.д. Акселерация физического развития влияет на изменение темпов и характера полового созревания. По данным физиологических и медицинских исследований, начало полового созревания у современных подростков сдвинулось на 1 --2 года.

Б.Г. Ананьев указывал, что становление психических свойств также происходит неравномерно. Гетерохронность личностного

формирования накладывается на гетерохронность созревания индивида и усиливает общий эффект разновременности основных состояний человека. Среди критериев угрожаемости патологического криза большое место занимает асинхрония соматического развития, варианты которой тесно связаны с типом расстройств поведения:

- диссоциация между истинным, более старшим возрастом и психофизической ретардацией (замедлением);
- диссоциация между усиленным физическим ростом и задержкой психического и полового созревания;
- диссоциация между акселерацией физического и полового созревания и ЗПР.

Неблагоприятен вариант дисгармонической акселерации, который характеризуется не снижением возраста начала полового созревания, а резким ускорением его темпа. Отклонения темпа полового созревания имеют определенные половые различия: у мальчиков чаще - его ретардация, у девочек - дисгармоничная акселерация. Проявления асинхронии вызывают неправильную ориентацию взрослых в отношении требований, предъявляемым детям. Это касается как ретардации, когда родители ориентируются на более старший - паспортный, а не на биологический, психофизический возраст ребенка, так и акселерации, когда, несмотря на психическую инфантильность ребенка, к нему нередко предъявляются требования более "взрослые", чем это соответствует даже его истинному возрасту.

Общие и специальные способности

Одной из задач психологической теории является определение сущности способностей, закономерностей их развития и появления, а также путей их формирования. Существует специальная область дифференциальной психологии, исследующая индивидуально-психологические различия людей. Проблема способностей может быть рассмотрена как особое, индивидуализирующее психическое явление. Специальные способности представляют собой своеобразную форму проявления общих родовых человеческих качеств в данных конкретных социальных условиях. В психологической литературе специальным способностям посвящен ряд работ. Работы Б.М. Теплова о музыкальных способностях, К.К. Платонова - о летных способностях, В.И. Киреенко об изобразительных способностях, Л.И. Уманского об организаторских способностях, В.А. Крутецкого о математических способностях. Рассмотрим некоторые из них. Б.М. Теплов пришел к выводу, что для осуществления данного вида деятельности необходима музыкальность, под которой он понимает комплекс специфических, свойственных только музыкальной деятельности способностей. Основными способностями, составляющими музыкальность, по Б.М. Теплову, являются:

- 1) музыкальный слух в его двух компонентах - звуковысотном и ладовом;
- 2) музыкально-репродуктивная способность (способность к слуховому представлению);

3) музыкально-ритмическое чувство.

Л.И. Уманский, изучая способности к организаторской деятельности, пришел к выводу, что можно выделить 18 типичных качеств, свойств личности, которые присущи способным организаторам:

- 1) способность "заряжать" своей энергией других людей, активизировать их;
- 2) практически-психологический ум;
- 3) способность понимать психологию людей и верно на нее реагировать;
- 4) критичность;
- 5) психологический такт;
- 6) общий уровень развития;
- 7) инициативность;
- 8) требовательность к другим людям;
- 9) склонность к организаторской деятельности;
- 10) практичность;
- 11) самостоятельность;
- 12) наблюдательность;
- 13) самообладание, выдержка;
- 14) общительность;
- 15) настойчивость;
- 16) личная активность;
- 17) работоспособность;
- 18) организованность.

Автор считает, что для осуществления организаторской

деятельности необходимо единство этих качеств. Изучение структур способностей к конкретным видам общественно полезной деятельности идет по линии пересечения более частных способностей, совокупность которых, по мнению авторов и составляет способность к тому или иному конкретному виду деятельности.

Одаренные дети и особенности их социальной адаптации

Одаренные дети - дети, обнаруживающие общую или специальную одаренность (к музыке, рисованию, технике и т.д.). Одаренность диагностируют по темпу умственного развития. Раньше других можно обнаружить художественную одаренность детей, в области науки быстрее всего проявляется одаренность к математике. Нередки случаи расхождения между общим умственным развитием ребенка и выраженностью более специальных способностей. Становление индивидуально-психологических особенностей зависит от врожденных задатков, окружающей среды и от характера деятельности. Особенности психического развития ярко проявляются в одаренности, успешности. Итак, один ребенок сразу запоминает длинное стихотворение, другой - легко складывает в уме пятизначные числа, третий - высказывает мысли, достойные философа. Родители и учителя довольно часто наблюдают проявления ранних и ярких способностей, быстрый темп усвоения знаний, неистощимость в занятиях любимым делом. Детская и школьная одаренность

неоднократно становилась предметом дискуссий ученых и учителей. На одном из таких обсуждений А.В. Петровский отмечал, что одаренность детей была всегда, но на фоне научно-технических достижений, интеллектуального, художественного и физического развития блеск "вундеркиндов" как бы потускнел, но яркие проявления детской одаренности по-прежнему существуют. А.В. Петровский подчеркивал, что, как правило, такие дети легко переносят ускоренное, бурное развитие своих способностей, и, объясняется это тем, что на решение задач, стоящих перед ними они затрачивают меньше сил. И еще нельзя забывать о положительных эмоциях от успеха, чем прекрасно компенсирует энергетические затраты. И еще в чем выразилась озабоченность А.В. Петровского - поддерживая проявления ярких способностей, нельзя упускать из виду формирование личности. Н. Лейтес, который больше исследовал одаренных интеллектуалов, отмечая, что истоки этого феномена надо искать в возможностях детства. У каждого нормального ребенка обязательно бывают периоды, когда он делает, казалось бы, необычайные успехи. Так, отмечает Н. Лейтес, что все малыши очень чутки к иностранным языкам. Для детства характерна также удивительная сила воображения. К сожалению, по мере взросления большинство одаренных детей позволяют догнать себя в развитии. Но бывает, что столь необычный жизненный старт как бы продолжается в больших успехах и достижениях. Н. Лейтес подчеркивал, что надо стремиться, чтобы каждый ребенок проявил себя как можно ярче в раннем детстве. Н. Лейтес заметил одно важное обстоятельство в

развитии одаренности, выделяя как бы рубеж между неодаренностью и одаренностью - потребность реализовать себя. Он обращал внимание на то, что побудительная сила такой потребности отличает истинно одаренного и талантливое, и что это важно поощрять. Л. Венгер, участвуя в дискуссии, в развитии одаренности многое связывал с возможностями формирования личности каждого ребенка, а генетическую предопределенность видел только в темпах усвоения умений, знаний. Изучение одаренности имеет длительную историю и, тем не менее, терминология еще не вполне установилась и имеет несколько различных значений. Указывая на одаренность человека, говорят о наследственных предпосылках, о высоком уровне умственного развития и многих других особенностях. воспользуемся термином "одаренность" в наиболее употребительном его значении, имея в виду высокий уровень развития способностей, любых - общих и специальных. У некоторых детей и взрослых уровень способностей значительно отличается от среднего. Их называют очень способными и одаренными.

Лекция 7. ПСИХОЛОГИЯ И РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Представления о личности

Личность—совокупность психических свойств, включающая динамические тенденции, особенности темперамента и аффективности, способности, характер и определяющая

направление деятельности, индивидуальные возможности и поведение (Рубинштейн, 1946).

Динамические тенденции личности. Это ее потребности, интересы, склонности, идеалы и ценности, а также установки. Потребности—«нужда» организма в том, без чего нормальное его функционирование невозможно. У человека существует сложное и иерархически организованное единство различных потребностей, как врожденных (потребности в пище, безопасности и др.), так и приобретенных (потребность в труде, общении, интеллектуальные и эстетические потребности и др.). Момент зарождения или актуализации той или иной потребности субъективно определяется как неясное, смутное, беспредметное состояние внутреннего напряжения — влечение; с момента осознания объекта потребности оно становится стремлением. Интересы — состояние сосредоточенности на объекте потребности, желание ближе познакомиться с ним, глубже его понять. Склонность — направленность на определенный вид занятий, потребность в каком-либо определенном виде деятельности. Поведение человека во многом определяется имеющимися у него представлениями о долге, обязанностях, о нравственных нормах или, другими словами, идеалами личности. Личностные ценности — представления об объектах или видах деятельности, связанных с удовлетворением основных потребностей и смыслом жизни индивида. Установка — состояние мобилизованности, готовности к какому-либо виду деятельности, отражающее упрочившееся отношение человека к существующим проблемам и явлениям действительности. Весьма

существенным компонентом личности являются способности. Различают общую способность и специализированные ее виды. Первая представляет собой ту степень продуктивности, которую субъект обнаруживает в процессе обучения и приобретения навыков в целом. Специальные виды одаренности являются формой выражения общей способности, получившей преимущественное развитие в том или ином направлении.

Темперамент. Характеристика силы и подвижности основных нервных процессов: возбуждения и торможения. Темперамент выражается такими психологическими свойствами, как впечатлительность и импульсивность. Впечатлительность — это глубина и прочность следов внешних воздействий на психику. Импульсивность характеризует ту степень легкости, с какой возникающие побуждения к деятельности реализуются в поведенческие акты. К числу важнейших сторон личности относятся также врожденные особенности аффективной сферы, влияющие на интенсивность, продолжительность и общую направленность эмоциональных реакций и колебаний настроения.

Характер. Сложившиеся и упрочившиеся навыки поведения, то, что определяет постоянство и конкретный характер поступков в той или иной ситуации («характер»—«чеканка»). В характере, таким образом, находят внешнее, практическое выражение потребности, интересы, идеалы и другие стороны личности.

Структура личности может быть представлена в виде иерархически построенной системы ряда уровней (свойств, качеств): биологического, индивидуально-психологического,

социально-психологического и духовного. Биологический уровень представлен врожденными и формирующими в первые месяцы жизни после рождения качествами, такими, как типы телесной конституции, психомоторики и психосоматического реагирования; влечения, темперамент, задатки, общее отношение к себе и внешнему миру (экстраверсия или интроверсия), аффективная установка, эмпатия, активность, контактность и способность к формированию привязанностей. Индивидуально-психологический уровень характеризуют особенности инструментальных психологических функций: внимания, памяти, мышления и т. д. Социально-психологический уровень образован из качеств, отражающих влияние социальных структур на человека: лидерство, конформность, способность к сотрудничеству, партнерству, ролевое поведение. Высший, духовный уровень образуют представления человека о ценностях и идеалах, стремление к самоактуализации, смыслу жизни. Каждому уровню свойствен определенный тип преобладающей мотивации. Биологический — определяется врожденными динамическими тенденциями; индивидуально-психологический — эгоцентрическими, то есть направленными на самого себя; социально-психологический — социальными потребностями, отражающими интересы той или иной группы; духовный — стремлениями к реализации собственных представлений о ценностях, а в субъективном плане — осуществлению высших ценностей жизни. У конкретного человека каждая из упомянутых инстанций личности может определять направленность его поведения. Деятельность

нижележащих уровней личности по принципу иерархии находится под контролем любой из вышерасположенных, если она является источником мотивации.

Индивидуальное развитие проходит ряд этапов, каждому из которых соответствует доминирование в это время одного из упомянутых уровней организации личности. В момент рождения и короткое время после него (первые месяцы жизни) — это биологический этап, преформированный генетическими программами. На втором этапе личностного развития (до 10—11 лет) преобладает эгоцентрическая структура функционирования личности. Ее развитие определяется не только врожденными, но и внешними, в первую очередь семейными влияниями. Третьим является этап развития социальных качеств и решающее значение приобретает воздействие социальных структур, в которые включена личность. Он завершается к 18—20 годам. Последним является этап созревания сущностных, духовных инстанций личности. В основном, этот этап завершается к 40—45 годам жизни, когда человек достигает вершины развития и обретает, наконец, свое подлинное лицо (или становится ясно, что ничего такого у него нет и уже никогда не будет). В этот период основное значение в развитии имеет внутренняя работа над осмыслением жизни и от самого человека зависит, кем он в конце концов станет, здесь он действительно создает себя сам.

Индивидуальное развитие может завершиться на любом из промежуточных этапов, так что постоянно существует риск задержки развития и формирования в том или ином отношении

незрелой личности. При психическом заболевании этот процесс нередко протекает в обратном порядке, приводя тем самым к последовательной регрессии личности. Старение личности, по-видимому, также может быть описано в терминах регрессии. Регрессия личности возможна в любом возрасте. В детской психопатологии специально выделяется класс клинических явлений, объединяемых понятием «регрессивные синдромы» (в возрасте от 1 до 7 лет). Это утрата навыков ходьбы, речи, опрятности, утрата коммуникативных элементов речи, мутизм, появление эхо-синдрома Вернике (эхолалия, эхокинезия, эхомимия), атетоидные и стереотипные движения. У взрослых пациентов это появление в психическом облике черт ювенилизма, детскости, что считается особенно характерным для шизофрении. Регресс может быть очень глубоким, «эстолько, что больные становятся крайне неряшливыми, неопрятными, запущенными — симптом Диогена. Некоторые пациенты собирают всякий хлам, превращая свои квартиры в свалки — симптом Плюшкина. В психологическом плане регрессия — способ защиты личности от непосильных для нее внешних требований. Пациент не справляется с трудностями жизни из-за недостатка психической энергии, необходимой для сложно организованного поведения. В связи с этим он «плывет по течению» — симптом дрейфа, считающийся характерным признаком шизофрении. Аналогичное явление наблюдается, однако, и при других заболеваниях (алкоголизм, наркомании, органические процессы).

Весьма сложней является проблема типологии личности. Анализ противоречивой литературы на эту тему позволяет выявить следующую закономерность. Существуют разные системы типов личности, каждая из которых претендует на универсальность, но фактически все они ориентированы лишь на какой-то один из упомянутых уровней или инстанций личностной структуры. Так, типологии, основанные на учете особенностей сложения тела (Кречмер, Шелдон), гормональной конституции (Брегман), темперамента (Павлов), апеллируют к органическому слою личности. Личностные типы К. Юнга —экстраверты и интроверты — построены на базе первичных психологических свойств, а система И. П. Павлова — художественный, мыслительный и средний типы — психологических качеств. Классификация К. Леонгарда основана на разных критериях, вернее на их смешении, отчего она выглядит противоречивой. Тем не менее она адресована, в основном, эгоцентрическому уровню личности. Система «жизненных форм» Э. Шпрангера принимает во внимание лишь духовные ориентации личности. Типология соматических профилей личности Данбар акцентирует внимание на психологических и социальных свойствах личности, имеющих, как предполагается, непосредственное отношение к особенностям психосоматического реагирования.

Попыток интегрировать столь разные подходы к разграничению типов личности до сих пор, кажется, никто не предпринимал и трудно представить себе тот руководящий принцип, на основе которого их можно бы осуществить.

И, наконец, еще очень важным является вопрос о формулировании критериев здоровой, нормальной и незрелой или «невротической» личности. Примечательно, что этот вопрос возник лишь в рамках гуманистического направления психологии личности. И это не случайно, как нам кажется, потому, что в других направлениях психологии личность представляется изначально ущербной, поскольку рассматривается без того главного качества, который отличает собственно человека от «голой обезьяны» или общественного, говорящего животного — его духовного ядра, ответственности и свободы, его стремления к осмысленной жизни.

Наиболее полное определение того, что представляет собой здоровая, зрелая личность, принадлежит, на наш взгляд, А. Маслоу. Характерными чертами самоосуществляющейся личности автор считает следующие:

— действенное (эффективное) восприятие реальности и уверенная ориентировка в ней;

— согласие со своим собственным «Я», с другими индивидуумами и природой;

— спонтанность, как способность ценить искусство, веселое времяпрепровождение, способность к активной целеустремленности. Зрелая личность не угнетена условиями и умеет испытывать высшие переживания;

— способность решать те или иные задачи, погружаться в проблемы, не занимаясь при этом собой;

— внутренняя свобода. Нуждаясь в уединении, человек, обладающий внутренней свободой, склонен к дружбе и выявляет в

достаточной степени свои привязанности, которые при этом не назойливы и не содержат в себе собственнических тенденций;

— относительная независимость от культурных условностей и условностей своей среды (лесть или критика не коверкает их основной линии жизни и развития);

— постоянная свежесть оценок;

— неограниченность умственного горизонта и искренний интерес к «последней сущности вещей» — фактор религиозной зрелости;

— социальное чувство (расположенность к другим, сочувствие к близким);

— способность устанавливать необычайно тесные, глубокие личные связи избирательного характера, то есть способность уважать каждое человеческое существо потому, что он человеческий индивид;

— этическая определенность — четкое различие справедливости и несправедливости в повседневной жизни;

— понимание юмора (невраждебное отношение к юмору);,

— продуктивность, способность накладывать индивидуальную печать на свои дела.

Невротической личности, следовательно, свойственны противоположные черты, из которых можно упомянуть отсутствие реализма, индивидуальности, тенденции к саморазвитию, социальные и личные проблемы, обусловленные сосредоточенностью на себе, дезинтеграцию.

Кроме того, невротическую личность отличает система психологической защиты, которая стоит на пути реалистического восприятия окружающего и оценки собственного «Я». Из двух возможностей — изменить себя и ситуацию или сохранить иллюзорные представления о себе, невротик предпочитает последнее. В отечественной психологии и психиатрии невротические личности принято разграничивать на акцентуированные и психопатические. Описания тех и других сходны, четких критериев отличия между ними нет.

Расстройства личности

Психопатические состояния. Характеризуются глубокими, тотальными и стойкими нарушениями структуры личности («дисгармония личности»), клинически выражающимися неправильными, неадекватными реакциями и поступками («бред поступков») в ответ на различные требования жизни, нарушениями поведения и адаптации в социальной среде при наличии формально сохранных мнестико-интеллектуальных функций.

Общепринятой типологии психопатических состояний не существует из-за их богатства и многообразия. Ниже представлены краткие описания наиболее часто встречающихся психопатических и психопатоподобных состояний, основывающиеся на принципе выделения ведущих, облигатных для соответствующей психопатической личности характерологических черт.

Эксплозивный (взрывчатый) тип психопатической личности. Характеризуется повышенной аффективной возбудимостью, чрезмерной силой эмоциональных реакций и крайней импульсивностью. Можно определить это как склонность к состояниям физиологического и патологического аффекта. По различным, порой незначительным поводам возникают бурные аффективные разряды с резким двигательным возбуждением, аффективным сужением сознания и нередко в сопровождении разрушительных либо агрессивных действий, направленных на окружающих или на самого себя — «это лица, которые сотрясают по очереди семью, школу, армию и, наконец, работу». Им свойственны также мрачность, угрюмость, периодически возникающие непродолжительные дисфории, жестокость, неуступчивость. Активные, энергичные, они неспособны вместе с тем к длительной целенаправленной деятельности и подолгу не удерживаются на работе, чему препятствуют, кроме того, неизбежные конфликты. Типичными являются расторможенность, чрезмерная сила и напряженность влечений, нередко склонность к рискованным предприятиям, перверсиям, сексуальным эксцессам, вследствие чего криминальный анамнез и деструктивное влияние уголовной среды нередко дополняют их биографию и психический облик. Данный тип психопатии чаще имеет органическую природу.

Истерический тип психопатической личности. Его характеризует прежде всего потребность находиться в центре всеобщего внимания, «жажда признания», и очевидное несоответствие между чрезмерной претенциозностью, желанием

выделиться среди окружающих и действительными, явно недостаточными для этого ограниченными возможностями. Это люди неглубокие, поверхностные, неорганизованные, лишённые твердых и реалистических взглядов на жизнь, гармонической и адекватной системы личностных ценностей. Поведение их обращает внимание театральностью, ходульностью, экстравагантностью, непостоянством, отсутствием простоты и искренности. О таких говорят, что они стремятся выглядеть гораздо значительнее, чем являются на самом деле, пережить больше, чем они в состоянии пережить, что скорее они «хотят казаться, а не быть». Истерикам свойственны также завистливость, скандальность, лживость, отсутствие прочных привязанностей, неспособность разграничивать действительность и вымысел, эксцентричность в манерах, одежде, вкусах и увлечениях, нарциссизм и склонность к реакциям бегства в болезнь, которая превращается в подобие щита, отражающего непосильные для них требования жизни. Формирование истерической психопатии в значительной, если не определяющей мере связано с неблагоприятными семейными условиями (воспитание кумира, любимчика).

Астенический тип психопатической личности. Этот тип отличает неспособность к длительному физическому, эмоциональному и интеллектуальному напряжению, повышенная утомляемость, истощаемость, недостаток выносливости. Как правило, наблюдается неуверенность в своих силах, боязливость, малодушие, конфузливость. Характерна обостренная

впечатлительность, чрезмерная хрупкость, повышенная ранимость. Астеникам, вместе с тем, присуще чувство уязвленного самолюбия и связанные с ним раздражительность, а также частое появление депрессивных реакций, отражающих сознание собственной несостоятельности. Чувство неполноценности имеет в своей основе несоответствие между высоким уровнем притязаний (желаемых достижений) и низким уровнем ожидания (адресованных к себе требований). Нередко психопатические личности данного типа обращают на себя внимание постоянной озабоченностью своим здоровьем, склонностью к ипохондрическим и фобическим реакциям, возникающим даже при незначительном недомогании. Упомянутые особенности личности астеников иногда могут маскироваться такими вторичными компенсаторными образованиями, как заносчивость, развязность, напускная суровость, подчеркнутая независимость, связанными с активацией механизмов психологической защиты. Компенсация может быть избыточной и порождать проблемы в межличностных отношениях (гиперкомпенсация). Генезис астенической психопатии скорее связан с органическими причинами.

Психастенический тип психопатической личности. Он характеризуется постоянно повышенным уровнем тревожности — «как бы чего не вышло», — крайней нерешительностью, мнительностью, бесконечными сомнениями в правильности своих наблюдений, выводов, решений и поступков, никогда не покидающим беспокойством за благополучный исход любого дела. Склонность к преувеличению действительно имеющихся

трудностей и проблем («из мухи делать слона»), опасениям и тревожным предчувствиям позволяет называть психастеников людьми, «вся жизнь которых является героическим примером неустанной и бесплодной борьбы с самим собой». Психастенический склад личности часто способствует формированию и фиксации невротических расстройств, в клинической картине которых преобладают разнообразные навязчивости. Компенсаторными характерологическими особенностями нередко становятся утрированный педантизм, мелочная исполнительность, скрупулезное точное следование различным требованиям и предписаниям, категоричность и бескомпромиссность в вопросах морали и этики, мечтательность. В этом находят выражение различные защитные стратегии, в частности, отрицание реальности, идентификация. Происхождение психастенической психопатии связано в первую очередь с врожденными факторами.

Аутистический или шизоидный тип психопатической личности. Он характеризуется признаками врожденной эмоциональной недостаточности, выражающейся слабой откликаемостью, холодностью, сниженной потребностью в контактах и узким кругом привязанностей. Шизоиды могут «любить человечество», но редко проявляют глубокие и непосредственные чувства к кому-либо из окружающих людей. Интересы оторваны от реальной повседневной действительности, нередко однобоки, странны и непонятны, взгляды, суждения и оценки зачастую очень далеки от общепринятых, оригинальны,

необычны. Шизоиды — это интроверты с изначально присущей им недоверчивостью к внешнему миру, боязнью нового, дистанцированием от всего непривычного для себя, с трудностями присвоения. Интравертированность позднее обрывает склонностью к спекулятивным умозрительным схемам, через призму которых шизоиды воспринимают и оценивают реальный мир. Это можно сравнить с интеллектуализацией— механизмом психологической защиты, скрывающем ощущение уязвимости и неуверенности в себе посредством отвлеченных рассуждений. Частой особенностью шизоидной личности является своеобразная диссоциация между рафинированной интеллигентностью, утонченностью и явлениями моторного недоразвития — шизоиды большей частью неловки, неуклюжи, угловаты, их движениям недостает естественности, плавности, непринужденности, мимика лишена живости и ограничена набором стандартных выражений, голос мало модулирован, плохо вырабатываются мануальные навыки. Вместе с тем корковая моторика может быть развита нормально и даже превосходно — среди шизоидов встречаются одаренные скрипачи, пианисты, высококвалифицированные мастера ручного труда. Наблюдается также несоответствие между тонкой, обычно избирательной эмоциональной чувствительностью, сенситивностью и аффективной тупостью, «деревянностью», холодностью. Вообще шизоиды— люди крайних чувств и эмоций: они либо восхищаются, либо ненавидят. Отмеченная полярность аффективной жизни шизоидов, — так называемая психоэстетическая пропорция, — лежит, по мнению Е. Кречмера, в

основе шизоидного темперамента. Шизоидам свойственны, кроме того, упрямство, ригидность, бескомпромиссность, неспособность к эмпатическому сопереживанию.

Психопатия шизоидного склада обусловлена конституциональными факторами, хотя эта ее трактовка не может быть принята без оговорок.

В детской психопатологии глубокая шизоидизация личности рассматривается в рамках синдромов раннего детского аутизма (Каган, 1981; Козырев, 1985). Важнейшими проявлениями детского аутизма считают обеднение эмоциональной сферы (аффективная блокада), ослабление привязанностей, стремление ребенка к уединению, страх всего нового (неофобия), боязнь всякого рода перемен в привычной обстановке (феномен тождества), медленное формирование чувства собственности, то есть присвоения или включения в сферу принадлежности к «Я» различных объектов (аналог деперсонализации). Типичны некоторые особенности моторного развития (неловкость, необычный характер поз и движений, стереотипно повторяющиеся причудливые движения). Дети предпочитают странные игры, задают заумные вопросы. Так, девочка вырезает из книг картинки, играет только ими. Или раскладывает книги по всему полу и играет над ними конструктором. Часто играет пальцами: указательный изображает голову воображаемого персонажа, а два соседних — его руки. Играет одна, запирает двери, никого к себе не впускает и при этом очень громко разговаривает, кричит. Аутичные дети играют посудой, обувью, пуговицами, банками, железками и прочими

вещами. Используют и игрушки, но редко, а иногда очень привязаны к ним. Так, мальчик не расстается с плюшевой собачкой, берет её в школу, в постель, ставит на телевизор, когда его смотрит, гуляет и делает с ней уроки. Часты игровые перевоплощения. Так, в течение месяца девочка просит не называть ее по имени, считая себя Изаурой. Или представляет себя конем, при этом скачет, подражает его ржанию, отказывается говорить. Некоторые дети не любят своего имени, не отзываются, когда их зовут по имени, сердятся, просят звать другим именем. Встречаются различные нарушения речи (неологизмы, эхолалия, фонографизмы, речевые стереотипии, задержка коммуникативной функций речи, сочетание взрослых форм и лепетной речи, антипатия или, напротив, непонятное предпочтение по отношению к отдельным фонемам и словам). Возникают проблемы с использованием личных местоимений, разграничением живых объектов от неодушевленных, половой идентификацией. Дети не склонны подражать близким, не повторяют в играх наблюдаемые в жизни семьи ситуации. Выявляются различные нарушения вегетативной регуляции, сна, аппетита, аллергические реакции, избирательное отношение к пище. Аутистические тенденции иногда прослеживаются с первых месяцев жизни. Так, дети неохотно берут грудь и скоро от нее отказываются. Не реагируют на нежное обращение, но успокаиваются, когда им причиняют боль. Не тянутся «на ручки», а когда их берут, не обнаруживают признаков «комплекса оживления» — радости, улыбки, лепета, прекращения плача. Отсутствует «феномен постуральной адаптации» — удобной

позы, которую ребенок принимает, когда его берут на руки. Дети не гонятся за родителями, иногда как бы не замечают их присутствия, либо, напротив, не отпускают их ни на шаг от себя.

Различают несколько вариантов синдрома раннего детского аутизма. Синдром Аспергера имеет главную отличительную особенность в том, что речевое и интеллектуальное развитие детей идет опережающими темпами при относительном или абсолютном отставании эмоционального и моторного развития. Встречается преимущественно у мальчиков. В прогностическом плане наиболее вероятным считается переход синдрома Аспергера в аутистическую (шизоидную) психопатию. Синдром Каннера отличается замедленным развитием речи и интеллекта и относительным опережением двигательного развития. Синдром Каннера связывают с шизоидной психопатией, шизофренией, умственной отсталостью. Психогенный аутизм формируется в условиях эмоциональной депривации в первые три года жизни (разобщение с матерью, многократная смена воспитателей). Может сопровождаться задержанным умственным развитием. Органически аутизм связывают с экзогенно-органическими повреждениями головного мозга в раннем постнатальном периоде индивидуального развития помимо аутистических тенденций проявляется замедлением интеллектуального развития и симптомами резидуально-органической патологии центральной нервной системы.

Неустойчивый тип психопатической личности. Характеризуется, главным образом, тем, что поведение такой личности целиком определяется разного рода случайными,

сиюминутными обстоятельствами и влиянием окружающих. Как правило, это очень общительные, открытые, доверчивые и простодушные натуры, любители всякого рода развлечений и удовольствий, с типичной для них повышенной жаждой внешних впечатлений, очень внушаемые и податливые, лишенные устойчивых интересов и склонностей, самостоятельности, последовательности и определенности, не принимающие жесткой регламентации своей жизни, полностью зависимые от окружающих, бесхарактерные — «субмиссивные», конформные. Социальная адаптация в какой-то степени возможна при условии жесткого внешнего контроля. Чаще это не удается — неустойчивые психопаты спиваются, становятся бродягами, орудием в руках антисоциальных лиц, наркоманами, проститутками. Генезис неустойчивой психопатии скорее связан с вседозволенным и эгалитарным стилем семейного воспитания.

Попутно отметим некоторые формы семейного контроля, поскольку это имеет непосредственное отношение к формированию психопатической личности (главным образом краевой психопатии):

— аутокритический — родители не интересуются внутренним миром ребенка, его проблемами, не знают и не желают считаться с его желаниями, принуждая действовать в соответствии с собственными представлениями о том, что нужно делать в той или иной ситуации;

— авторитарный — родители знают о намерениях ребенка, но подавляют их, заставляя действовать в конечном счете по своему усмотрению;

— демократический — родители знают и уважают мнение детей, обсуждают их проблемы, избегают осуждения, морализирования и принуждения. Ограничения в условиях такой свободы носят разумный характер;

— эгалитарный — дети ведут себя в семье на равных со взрослыми, имеют право не принимать точки зрения родителей и действовать без должных ограничений со стороны взрослых;

— вседозволенный — дети предоставлены сами себе, контроль со стороны родителей практически отсутствует,

— изнеживающий — ребенок (обычно единственный или последний) воспитывается в атмосфере любования, восхваления, безотказного удовлетворения всех его прихотей, то есть в роли «принца». Тем самым культивируется нарциссизм, самообожание, эгоцентризм;

— амбивалентный — родители исповедуют прямо противоположные воспитательные доктрины, предъявляют противоречивые требования, дают исключаящие одна другую оценки его поступкам, постоянно спорят между собой, причем нередко в присутствии детей.

Параноический тип психопатической личности. Определяется прежде всего склонностью к формированию доминирующих идей и сверхценных образований, основным содержанием которых являются представления о собственной исключительности и элитарности. Характерны эгоцентрическая узость мышления, взглядов, оценок и интересов, тенденция к стойкой фиксации на определенных идеях, большая аффективная заряженность

значимых переживаний, стеничность и упорство в достижении поставленных целей. Параноики высокомерны, чванливы, бездушны, им менее всего свойственна готовность к самоограничению и проявлению подлинного альтруизма. Их отличают также недоброжелательное отношение к окружающим, недоверчивость, подозрительность, неблагодарность. Свою враждебность проецируют на окружающих, усматривая в их действиях недобрые намерения. Они не способны ни любить, ни прощать, чего нельзя сказать об их умении мстить, расчетливо и жестоко, беззастенчиво прикрываясь самыми благими целями. Дежурным, почти стоячим оборотом их речи является «справедливость». Сами они, разумеется, борцы за эту справедливость. Их нередко притягивает общественная карьера, где вполне раскрываются мрачные стороны их личности, привлекает борьба за власть, интриги, заговоры, некоторые виды профессий, где они чувствуют себя незаменимыми людьми. Обычно это «правдоискатели», патологические ревнивцы, сутяги, «непризнанные гении», тираны, реформаторы, фанатики или лица, для душевной жизни которых характерны «комплексы постыдной этической недостаточности», и мучающиеся от того, что их пороки могут быть или уже стали известны окружающим.

Аффективный тип психопатической личности. Гипотимики или дистимики отличаются преимущественно подавленным фоном настроения с пониженной способностью радоваться и веселиться, пессимистическим мировосприятием, легкостью появления чувства вины и угрызений совести; это также тихие, незаметные и

покорные, безукоризненно честные, порядочные и добросовестные, неуверенные, сомневающиеся и тяжело переживающие неудачи люди. Гипертимики, напротив, обладают приподнятым настроением, повышенным самочувствием и чрезмерной активностью, им свойственны жажда наслаждений, прожектерство, неусидчивость, болтливость. Аффективно лабильные психопатические личности характеризуются отсутствием душевного равновесия, постоянными и резкими колебаниями настроения по различным поводам. Беспрестанная смена мнений, оценок, намерений, неизменно сопутствующая сдвигам настроения, действует изматывающе, порождает тягостное ощущение внутренней нестабильности, тревогу и неуверенность.

Гебоидный синдром. Относится к психопатоподобным синдромам, приближается, скорее, к шизоидной психопатии (такому ее варианту, как бесчувственная шизоидия). Проявляется патологическим заострением эмоционально-волевых особенностей, которые характеризуют первую фазу пубертатного криза. Наблюдаются утрата позитивных интересов и склонностей, расторможенность и инверсия влечений, эмоциональная холодность, оппозиционное отношение к общепринятым стандартам поведения и моральным принципам, склонность к асоциальному и делинквентному («совершающему проступки») образу жизни. Данный психопатоподобный синдром встречается при психических заболеваниях в подростковом возрасте.

Псевдология — патологическая лживость. Это склонность к мистификации, систематическому обману окружающих, разного

рода махинациям, аферам и авантюрам. Это лгуны, жулики, мошенники, плуты, шулеры, проходимцы, попрошайки и вымогатели разного достоинства, превосходно описанные в отечественной литературе (Чичиков, Г. Распутин, О. Бендер). Нередко обладают блестящими способностями и внушают партнерам невольное уважение. Н. С. Лесков рассказывает об англичанине, который (прочитав «Мертвые души» Н. В. Гоголя) был потрясен находчивостью Чичикова, — «Эти русские непобедимы, — заключил неожиданно иноземец — нельзя победить народ, в котором есть такие жулики». Одним из клинических вариантов патологической лживости является синдром Мюнхгаузена, выражающийся лишенным мотивов выгоды стремлением вводить в заблуждение окружающих и прежде всего врачей относительно состояния своего здоровья. Обман достигается сочинением драматических анамнезов болезни, искусной симуляцией различных патологических состояний, имитацией геморрагии, кожных заболеваний, непроходимости кишечника, припадков и др., наносящих очевидный ущерб здоровью. В зависимости, от объекта имитации различают несколько разновидностей синдрома Мюнхгаузена: кожный, геморрагический, гастроинтестинальный и т. п.

Синдром Агасфера — особенность поведения больных наркоманией, связанная со стремлением получить доступ к наркотическим препаратам. С указанной целью больные пытаются симулировать различные патологические состояния, болевые синдромы, являющиеся показаниями к назначению наркотических

средств, и с этой же целью кочуют из одного стационара в другой, нигде подолгу не задерживаясь из опасений оказаться изобличенными во лжи.

Термин «психопатическая личность» в связи с негативной оценочной характеристикой в настоящее время, похоже, дискредитирован. Вместо него предлагается (МКБ-10) более нейтральное обозначение «специфические расстройства личности». Критерии последнего адекватны предложенным ранее П. Б. Ганнушкиным. Во многом совпадает и типология аномальных личностей, если не считать некоторых отличий в группировках и терминологии. Согласно МКБ-10, различаются: параноидное, шизоидное, эмоционально-неустойчивое, истерическое, ананкастное (обсессивно-компульсивное), тревожное (уклоняющееся), зависимое, а также «другие», «неуточненные» и «смешанные» расстройства личности.

Параноидное расстройство личности характеризуют:

- чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам;
- высокомерие, злопамятность, повышенная самооценка;
- подозрительность, склонность оценивать нейтральное поведение окружающих как недружественное, враждебное;
- морально-этический эгоцентризм;
- склонность к ревности;
- тенденция усматривать тайные мотивы враждебности окружающих там, где в действительности таковых не существует. К данному типу аномальной личности относят фанатиков, экспансивных и сенситивных параноиков, сутяг.

Шизоидное расстройство личности отличают:

- эмоциональная холодность, неспособность испытывать удовольствие, любить, проявлять теплые чувства;
- нечувствительность к оценкам окружающих и социальной регламентации поведения;
- повышенная склонность к интроспекции, фантазиям, умозрительным построениям;
- отчуждение от людей, общества, склонность к уединенной деятельности;
- отсутствие близких людей, дружеских и доверительных связей (или существование лишь одной такой связи), а также нежелание иметь такие связи.

Диссоциальное расстройство личности характеризуют:

- бессердечие, жестокость, безответственное и пренебрежительное отношение к существующим в данной культурной среде стандартам приемлемого поведения;
- неспособность завязывать и поддерживать межличностные контакты;
- интолерантность к ситуациям фрустрации, brutальные проявления агрессии;
- отсутствие чувства вины, неспособность извлекать уроки из негативного опыта, в частности, наказания;
- наличие «непробиваемых» барьеров психологической защиты в виде тенденции обвинять других и оправдывать себя.

К данному типу личности относят «социопатов», аморальных, асоциальных и антисоциальных индивидуумов, психопатическое расстройство личности.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности характеризуют:

- неустойчивое настроение;
- тенденция действовать импульсивно, без учета контекста ситуации и возможных последствий поступков;
- неспособность планировать и прогнозировать развитие событий;
- значительное снижение эмоционального контроля;
- склонность к неконтролируемым агрессивным действиям.

В рамках данного типа аномальной личности рассматривают собственно импульсивный тип (эксплозивное и агрессивное расстройство личности) и пограничный тип личности. Последнему свойственны хроническое чувство опустошенности и нарушения идентификации «Я». Связанная с этим склонность к эмоциональным кризисам выражается актами аутоагрессии, суицидальными угрозами, аутодеструктивным поведением. В. Франкл усматривает в этом проявления «ноогенного невроза», связанного с экзистенциальной фрустрацией.

Истерическое расстройство личности характеризуют:

- аффектация, преувеличение и наигранное выражение чувств;
- повышенная внушаемость и самовнушаемость, негативизм, упрямство;

- стремление обольщать окружающих и повышенное внимание к своей внешности;
- повышенная активность, имеющая целью быть в центре внимания окружающих;
- поверхностность и неустойчивость эмоциональности;
- манипулятивное поведение в разнообразных ролях («больных», «несчастных», «беспомощных», «соблазнитель» и т.п.).

Ананкастное расстройство личности отличают:

- чрезмерная осторожность, мнительность;
- приверженность к неукоснительному выполнению установленных правил, инструкций, норм, порядка, педантичное следование социальным условностям;
- перфекционизм, стремление к совершенству, избыточная мотивация поведения;
- приоритет добросовестного исполнения обязанностей в ущерб удовольствию и межличностным связям;
- авторитарность, стремление все контролировать, ограничение свободы действий других, которые, по мнению пациента, должны все делать в точности так, как он сам;
- склонность к навязчивым мыслям и влечениям. Тревожное расстройство личности характеризуют:
- постоянное общее чувство напряженности и мрачные предчувствия;
- снижение самооценки, касающееся социальных, внутренних и внешних качеств собственной личности;

— болезненно острая реакция в ответ на критику или неприятие в социальных ситуациях;

— уклонение от межличностных контактов, если нет гарантии понравиться;

— боязливость, избегание риска, сужение жизненного круга из-за потребности в физической безопасности; — проблемы самоактуализации, связанные с механизмом самореализующегося пророчества», то есть с ожиданием неудач, критики, отвержения.

Зависимое расстройство личности характеризуют:

— неспособность самостоятельно принимать решения, выражать требования и защищать свои интересы;

— страх оказаться неспособным к самостоятельной жизни, быть предоставленным самому себе;

— повышенная потребность в советах, поддержке, помощи;

— отсутствие ясных представлений, касающихся самоидентичности, жизнь «по чужим рецептам».

К данному типу относят астеническую, неадекватную, а также пассивную и «пораженческую» личности.

В особую группу «других специфических расстройств личности» включают эксцентрических «безудержных», инфантильных, пассивно-агрессивных личностей, а также «психоневротическое расстройство личности».

Сравнение описания и типологии аномальных личностей по МКБ-10 с отечественной не показывает очевидных преимуществ первой перед второй. Более того, МКБ-10 исключает такие традиционные типы расстройств личности, как тимопатические,

эпилептоидные. Она, как и другие типологии, основана скорее на эмпирических подходах к разграничению типов личности. При этом акцент делается на биологических причинах формирования аномальной личности без учета того факта, что развитие личности связано также с семейными, социально-психологическими, культурными и духовными влияниями.

От «специфических расстройств личности» отличают «хроническое изменение личности после переживания катастрофы». Примерами стресса катастрофы могут быть пребывание в концентрационных лагерях, положение в блокаде, плену или в качестве заложника с постоянными ожиданиями быть убитым, инсценирование смертной казни, казни близких людей, стихийные бедствия, пытки и т. п. Индивидуальная уязвимость в отношении подобных стрессов не имеет основного значения, так как упомянутые или подобные им ситуации выходят за рамки того, что способен перенести человек.

Хроническим изменениям личности после переживания катастроф может предшествовать фаза манифестного посттравматического расстройства (психоза). Собственно изменения личности являются хроническими, длящимися минимум два года, выражаются стойкими нарушениями адаптации и разрывом межличностных связей. Паттерн изменений личности после катастроф включает:

- враждебное или недоверчивое отношение к миру;
- социальную отгороженность;
- переживание опустошенности и безнадежности;

- ощущение существования «на грани» с постоянным ожиданием угрозы и повторения катастрофы;
- отчужденность.

В дополнение к описанным ранее реакциям личности на болезнь упомянем о пока что малодифференцированном «хроническом изменении личности после психической болезни», наблюдающемся после окончания душевной болезни, в частности, шизофрении. Его характеризуют следующие клинические признаки:

- чрезмерная зависимость и требовательное отношение к другим;
- убежденность в наличии такой степени внутренней измененности, которая делает неспособным формировать и поддерживать тесные и доверительные отношения в личностном и социальном плане;
- аспонтанность, снижение интересов к занятиями досугу;
- ипохондричность, постоянные жалобы на болезнь;
- неустойчивое и дисфорическое настроение;
- значительное снижение в социальном и трудовом функционировании в сравнении с преморбидным периодом.

Хроническое изменение личности после психической болезни может быть установлено спустя два года и более после окончания болезни, если оно не связано с обширным повреждением или болезнью мозга. Вероятно, подобные изменения личности возникают также после тяжелых, инвалидизирующих соматических заболеваний.

Патохарактерологические реакции.

Патохарактерологическими реакциями называют психогенно-обусловленные отклонения поведения детей и подростков, приводящие к нарушениям социальной адаптации и сопровождающиеся выраженными невротическими расстройствами (сна, активности, настроения, соматовегетативной регуляции и т. п.) (Ковалев, 1979). От характерологических (ситуационных), то есть считающихся адекватными, патохарактерологические реакции отличаются тем, что неправильные поступки становятся привычными, стереотипными, плохо корригируются и сочетаются с невротическими явлениями. Основной причиной патохарактерологических реакций считают чрезмерные в том или ином отношении требования авторитарных родителей и педагогов (например, хорошо учиться, когда ребенок испытывает в этом серьезные затруднения; правильно говорить, если существует дефект речи; беспрекословно подчиняться, в то время как здоровым детям свойственна спонтанность и стремление к самостоятельности и т. п.). Кроме того, их появлению способствуют неблагоприятная психологическая и духовная атмосфера, препятствующая нормальному развитию личности, резидуально-органическая недостаточность головного мозга, соматическое неблагополучие, стандартизация воспитательных подходов.

Различают реакции протеста, отказа, компенсации, эмансипации, группирования, дисморфореакции, рефлексииореакции.

Реакции протеста или оппозиции проявляются непослушанием, дерзостью, агрессией, псевдоперверсным поведением, то есть стремлением досадить кому-нибудь косвенным путем, например, кражей вещей, оговорами, мучительством животных, принадлежащим объектам антипатии, актами вандализма — активные формы протеста. Пассивные реакции протеста проявляются отказами от еды, уходами из дома и школы, мутизмом, суицидальными действиями, актами рвоты, энуреза (ночного, реже — дневного пускания мочи) и энкопреза (недержанием кала). Реакциями отказа называют состояния подавленности со страхами нового, замкнутостью, аспонтанностью и подавлением желаний и стремлений, а также «бездумным» характером ответов. Описаны у детей в сиротских приютах. Реакции компенсации, как проявление активности механизмов психологической защиты, свойственны детям с комплексом неполноценности. Это фантазирование, мелкие кражи, компенсаторные игры, бравада, хвастливость. Реакции эмансипации сходны с активными формами протеста, наблюдаются у подростков. Проявляются подчеркнутым игнорированием требований взрослых, стремлением действовать наперекор существующим ограничениям и нормам. Реакции группирования, в норме свойственны детям и подросткам, в рамках отклоняющегося поведения проявляются отождествлением с антисоциальными и

асоциальными группами: панками, гопниками, люберами, хиппи, наркоманическими, делинквентными, многими другими группами. Дистморфореакции — нестойкие и поверхностные, не нарушающие адаптации проявления недовольства своим внешним видом. Рефлексиореакции — преходящие и в целом не выходящие за рамки нормы состояния обеспокоенности, предметом которых являются внутренние, психологические процессы.

Патохарактерологические реакции, если не устраняются их причины, могут сохраняться на протяжении ряда лет. Существует опасность развития стойких нарушений структуры личности и формирования краевой психопатии.

Синдромы инфантилизма. Инфантилизм — задержка личностного развития на более ранней возрастной ступени. Неясность понятия в первую очередь касается критериев, на основе которых определяется нормальный уровень зрелости личности в различные периоды жизни. Очевидно, что незрелой личностью может быть в любом возрасте и нужны, следовательно, дифференцированные критерии для каждого возрастного периода. Кроме того, существует множество причин инфантилизма (заболевания, органические повреждения головного мозга, конституциональные, социальные факторы), так что клиническая его структура весьма неоднородна. Инфантилизмом (вторичным) называют также регрессию личности, наступившую вследствие болезни. Различают несколько форм инфантилизма (Вроно, 1973).

Простой или гармонический инфантилизм характеризуется сочетанием физической и личностной незрелости, причем, в

структуре последней, преобладает недоразвитие эмоционально-волевых функций (снижение уровня мотивации поведения, несамостоятельность, внушаемость, эмоциональная нестабильность, неадекватная самооценка).

Дисгармонический инфантилизм проявляется незрелостью психологических функций при нормальном или даже ускоренном физическом развитии. В крайних своих проявлениях идентичен психопатическому складу личности, однако степень незрелости может колебаться в широком диапазоне.

Органический инфантилизм наблюдается на фоне органической недостаточности головного мозга и сочетается с проявлениями психоорганического синдрома, включая интеллектуальную недостаточность. Не имеет четко обозначенных границ, отделяющих его от олигофрении.

Инфантилизм, связанный с эндокринной патологией, сочетается с проявлениями психоэндокринного синдрома. Так, гипогенитализму присущи снижение активности, эмоциональная лабильность, несамостоятельность, задержка моторного развития, чувство неполноценности и различные защитные стратегии (склонность к общим рассуждениям, хвастовство). Детей с гипофизарным субнанизмом отличает необычная рассудительность («маленькие старички»), циклотимоподобные колебания настроения, аутизация, а также неустойчивость поведения, повышенная внушаемость.

Инфантилизму, возникающему под влиянием изнеживающего воспитания («кумиры семьи»), свойственны нарциссизм,

претенциозность, капризность, неспособность к усилиям, ориентация на внешнюю оценку, гипертрофированное представление о своем социальном «Я».

Проявление инфантилизма с годами могут сглаживаться, но они часто сохраняются у так называемых примитивных личностей, акцентуантов или позже оцениваются как признаки психопатической личности.

Динамика психопатии. Психопатии не относятся к числу прогрессивных психических заболеваний со свойственными последним началом в определенном возрасте, этапностью течения, закономерной сменой клинических проявлений, типичными исходами в дефект. Вместе с тем установлено, что психопатии не являются также стационарными, застывшими аномалиями структуры личности. Многочисленными исследованиями, и это в первую очередь относится к трудам отечественных авторов, показано, что психопатические личности, вообще отличающиеся высокой ранимостью к влиянию психогенных, ситуационных, соматогенных и биологических (возрастные кризы, генеративные циклы, менструации) факторов, обнаруживают различные формы клинической динамики. Принято разграничивать два типа динамики психопатий: возрастную или эволютивную и патологическую.

Эволютивная динамика психопатий тесно связана с возрастной эволюцией. Периоды возрастных кризов (пубертатный, инволюционный) являются наиболее опасными в плане декомпенсации аномалий личности. Наблюдающееся при этом

усиление, заострение психопатических черт сочетается с нарушениями личности, привнесенными собственно возрастными (в первую очередь эндокринными) влияниями. Так, в первой фазе пубертатного криза (11 —15 лет) на первый план выступают лабильность настроения и неуравновешенность поведения, бурные аффективные реакции, оппозиционное отношение к близким, повышенная ранимость; во второй фазе криза (16—20 лет) превалируют односторонние, сверхценные интересы и увлечения, явления метафизической интоксикации, обострение рефлексии, максимализм в оценках и требованиях, повышенное внимание к своим психологическим и физическим данным. В периоде возрастной инволюции наблюдаются состояния декомпенсации с аффективными нарушениями (пессимизм, неуверенность в себе, тревога), истерическими, ипохондрическими явлениями, сутяжными тенденциями. Старение особенно много проблем ставит перед личностями, не достигшими подлинной духовной зрелости, и главной из них является экзистенциальная фрустрация — внутренняя пустота, скука, одиночество, разочарование, страхи, сожаления о прошлом. Начиная с 20—25 лет у большинства психопатических личностей, особенно при наличии благоприятных обстоятельств жизни, наступает смягчение характерологических аномалий, становится возможной достаточная компенсация и социальная адаптация.

Патологическая динамика психопатии проявляется различными по тяжести и длительности состояниями декомпенсации, выходящими за рамки усиления

характерологических особенностей и часто приближающимся к психотическому уровню нарушений. Возможны разнообразные психотические расстройства. К проявлениям патологической динамики относятся: спонтанные (аутохтонные) фазы, патологические реакции и развития личности (Ганнушкин, 1993).

Фазы или приступы возникают у психопатических личностей без видимых причин. Клинически обнаруживаются аффективными сдвигами (депрессии, дисфории) различной степени выраженности и продолжительности, по завершении которых наступает возврат к состоянию, бывшему до начала приступа. Природа психопатических фаз не может считаться окончательно установленной? клиническая картина их может быть сходной с невротами, эндогенными колебаниями настроения, состояниями типа эндореактивной дистимии Вайтбрехта, депрессии истощения Кильхгольца, вегетативной депрессии Лемке, депрессии почвы Шнейдера.

К патологическим реакциям относятся шоковые реакции, психопатические реакции и затяжные реактивные состояния. Шоковые реакции («психозы ужаса») — наиболее острые формы реактивных психозов, проявляющиеся спутанностью сознания, хаотическим психомоторным возбуждением либо двигательной заторможенностью вплоть до полного оцепенения, острыми эндокринными и вегетативными нарушениями, а также амнезией на время психоза. Психопатические реакции — ситуационно обусловленные и, как правило, непродолжительные состояния резкого усиления облигатных либо факультативных аномальных

черт личности. Реактивные состояния — патологические реакции с психотической или невротической симптоматикой, возникающие в ответ на воздействие психических травм или неблагоприятной ситуации, нередко продолжительные, затяжные.

Патологическое развитие личности — стойкое усиление манифестных, факультативных или латентных аномальных черт психопатической личности, возникающее в ответ на длительные неблагоприятные взаимоотношения с внешним миром. В психологическом плане патологическое развитие личности представляет собой усиление свойственных ранее либо до того скрытых эгоцентрических тенденций поведения. Это ревность, нарциссизм, накопительство, враждебность, обеспокоенность своим душевным комфортом, личным благополучием, здоровьем, состоянием половых функций, социальным престижем и внешностью. Любая из этих тенденций может получить развитие в зависимости от конкретности фрустрирующей ситуации. Примерами наиболее часто встречающихся клинических вариантов патологического развития личности являются сутяжно-паранойяльное, ипохондрическое, депрессивное, другие его виды. Некоторыми авторами патологическое развитие личности подразделяется на конституциональное или психопатическое (то есть обусловленное внутренним предрасположением) и психогенное или постреактивное (возникающее после реактивных состояний или связанное преимущественно с длительными и тяжелыми психотравмирующими ситуациями). Существуют и другие формы патологического развития личности: невротическое

(то есть находящееся в связи с длительно протекающим неврозом), патохарактерологическое (в виде стойкой фиксации патохарактерологических реакций), ананкастическое (с появлением и персистированием навязчивостей). Описывают также постреактивное развитие личности, наблюдающееся вслед за реактивным психозом. Дело, по-видимому, не только в факте самого психоза, а скорее в том, что психическая травма (например, потеря) лишила человека важнейших ценностей, и образовавшийся вакуум ему не удастся заполнить ничем другим. Так, после психогенной депрессии от потери близких людей больной может не оправиться всю свою последующую жизнь, воспринимать ее и все окружающее лишенным смысла, постепенно сужая сферу социальной активности и замыкаясь на себе — депрессивное развитие личности. В связи с перенесенным психическим заболеванием и психопатоподобными изменениями личности могут наблюдаться постпроцессуальные развития личности, например, истеро-ипохондрическое, параноическое и др. Патологической динамике личности могут способствовать и негрубо протекающие болезненные процессы.

Психопатология мышления и речи

Мышление — надчувственная форма отражения объективной реальности в виде целенаправленного, опосредованного и обобщенного познания связей и отношений вещей. Мышление возникает в процессе общественно-производственной деятельности

и протекает преимущественно в форме понятий и категорий, в которых закреплён и обобщён социально-исторический опыт человечества. Опираясь на чувственное познание, мышление преобразует его, позволяя получить знания о таких свойствах и отношениях объектов, которые недоступны ощущению и восприятию. Тем самым оно неизмеримо расширяет познавательные возможности человека, повышает его интеллект, позволяя проникать в закономерности природы, общества и самого мышления.

Наглядно-действенное мышление. Наиболее важные его особенности составляют направленность на конкретные, воспринимаемые в данный момент предметы, и проявление в виде определенных действий с этими предметами. Данный вид мышления представляет собой «первичный», наиболее ранний вид интеллектуальной деятельности, не связанный с речью. Как указывает С.Л.Рубинштейн (1946), интеллектуальная деятельность формируется сначала в плане действия. По мнению Б.М.Теплова (1965), крупнейшим приобретением материалистической психологии является установление того факта, что и в филогенезе, и в онтогенезе генетически первой ступенью мышления может быть только наглядно-действенное мышление.

У высших приматов и детей в возрасте до двух лет данный вид мыслительной деятельности обозначается также как «сенсомоторное мышление» или, по выражению И.П.Павлова,— «ручное мышление». На этапе сенсомоторного мышления характер действия, которыми оно выражается, определяется кругом

доступных манипуляциям предметов. Так, в опытах В. Келлера шимпанзе пытается достать подвешенный на большой высоте плод с помощью ящиков, устанавливая их один на другой, либо, когда их нет, вскакивает на плечи экспериментатора, или, если на глаза попадает палка, сбивает плод ею. Не только вид действия, но и сам акт наглядно-действенного мышления становится возможным таким образом лишь с появлением в поле зрения того или иного предмета. В поведении и игровой деятельности детей раннего возраста основные особенности сенсомоторного мышления проявляются достаточно отчетливо, хотя и не вполне тождественно с «практическим интеллектом» приматов. Проявление наглядно-действенного мышления можно встретить и у взрослого человека. Например, в отношении предметов, о которых нет знания и опыта. Индивидуум в этих условиях действует наугад, «на ощупь», пытаясь методом проб и ошибок установить свойства объектов и существующие между ними отношения. Существуют и зрелые формы ручного мышления. Его уровень определяется сложностью манипуляторных навыков. Как указывает Л.Леви-Брюль, несмотря на мистическую оторванность мышления, «первобытные люди» представили массу доказательств поразительной ловкости, находчивости, изобретательности и удивительного мастерства в охоте, рыболовстве, искусстве. В раскопках эпохи неолита обнаружены каменные изделия, отличающиеся необыкновенным изяществом и совершенством форм, удивительным, казалось бы, знанием природы камня. Но тщетно было бы искать здесь знание. Это был многовековой опыт практического умения.

Наглядно-действенное мышление у детей осуществляется без участия речи, хотя зачатки речи на этом этапе развития интеллекта уже имеются. Мышление и речь имеют разные генетические корни, и их развитие идет по различным линиям, независимо друг от друга (Выготский, 1934). В возрасте около двух лет линии развития мышления и речи перекрещиваются, совпадают и дают начало совершенно новой форме поведения, столь характерной для человека. Ребенок в эту пору делает величайшее открытие в своей жизни — он открывает, что каждая вещь имеет свое имя (Штерн, 1922). С момента открытия символической функции речи он начинает активно расширять свой словарный запас, который скачкообразно увеличивается, спрашивает о каждой новой вещи: как это называется. Мышление с этого момента становится речевым, а речь — интеллектуальной. Вместе с тем речь не приобретает еще функции общения, она, по выражению Ж.Пиаже, является эгоцентрической. Как указывает Л.С.Выготский (1934), это речь внутренняя по своей психологической функции и внешняя по своей структуре, и она самым непосредственным образом обслуживает мышление ребенка. Из ранней детской речи берут начало две линии дальнейшего ее развития. Одна приводит к формированию внешней, коммуникативной речи, а другая — развитию внутренней речи или вербального мышления.

Ж.Пиаже различает три вида эгоцентрической речи: эхолалию, монолог и коллективный монолог. При эхолалии ребенок повторяет слова окружающих, причем может делать это несколько раз подряд, иногда коверкая слова, нанизывая сходные по созвучию

выражения. Эхолалии принадлежит роль простой игры. Монолог является речевым сопровождением собственных действий, намерений, ребенок разговаривает наедине с собой. Нередко вслух называются предметы, воспринимаемые в данный момент. При коллективном монологе ребенок говорит в присутствии собеседников, ни к кому конкретно, однако, не обращаясь, он громко говорит для себя перед другими. Эгоцентрическая речь встречается иногда у взрослых, имеющих привычку разговаривать вслух наедине с собой. Наряду с эгоцентрической, у детей существует и социализированная речь в виде вопросов, ответов, критики, приказаний, просьб и угроз, передаваемой информации, но все же до шести-семи лет дети больше говорят для себя и о себе, чем взрослые.

Наглядно-образное мышление. Данная форма мышления доминирует в дошкольном и раннем школьном возрасте. Мышление опирается здесь на чувственные образы воспринятых объектов. Ребенок думает только о том, что он наблюдает в данный момент. Пытаясь, к примеру, погасить свет, из двух стульев он выбирает тот, с которого достанет выключатель. Ребенок постарше сможет вспомнить и отыскать стул, с которого он это уже делал. На уровне наглядно-образного мышления становятся доступными действия с образами восприятия: сравнение, группирование. Во внимание при этом принимаются наиболее яркие внешние свойства объектов. Например, группирование предметов производится по признаку цвета, а не по назначению или скрытым качествам.

Данный вид мышления хорошо развит у взрослых людей с практическим складом ума — руководителей, менеджеров и представителей других операторных профессий, которым свойственно принимать решения в ходе непосредственного наблюдения за объектами своей деятельности, в ситуации «здесь и теперь». Как считает Б.М.Теплов, ум государственного деятеля, политика или полководца не является чем-то более элементарным, по сравнению с умом ученого, теоретика, и нет оснований считать работу практического ума более простой, чем работу ума теоретического.

Наглядно-образное мышление может нарушаться при чувственном бреде (бредe восприятия).

Образное мышление. Главной особенностью образного мышления является недостаточное развитие способности усваивать и использовать понятия, отличающиеся высокой степенью обобщения и абстрагирования. Место понятий занимают природные образы, объекты и явления в их ситуационных отношениях. Другими словами, вместо отвлеченных образное мышление предпочитает иметь дело с собирательными и конкретными понятиями. Отношения между образами строятся не по законам логики — преобладают «ситуационные связи», всякий раз меняющиеся в зависимости от конкретных обстоятельств или эмоционального отношения к происходящему. Понимание логических отношений и отвлеченных понятий страдает, особенно если они не иллюстрируются простыми и наглядными примерами. Скрытый, глубокий смысл явлений не формулируется, рассказы о

происшедшем пространны и наполнены массой излишних подробностей.

Специфическим вариантом образного является мышление художественное. Его своеобразие состоит в том, что глубинное чувство, не всегда ясно осознаваемое, выражается посредством конкретных образов действительности или особой системы символов. Подчас очень серьезные мысли излагаются в виде аллегорий, метафор, иных приемов иносказания. Примером художественного мышления могут служить также пословицы, поговорки, притчи. В этих простых и доступных формах переплавлены мудрость и представления о непреходящих ценностях жизни.

Отвлеченное или теоретическое мышление. Основными его особенностями являются: строгое соблюдение принципа реальности, то есть направленность на познание объективной действительности и последовательное применение достоверных критериев истины; использование общих и абстрактных понятий, отношения между которыми строятся в соответствии с законами логики; доминирование объективных ценностей и сведение роли субъективного в мышлении до минимума — Платон мне друг, но истина дороже. Познавательная деятельность мотивируется исключительно поисками объективной истины, а не выгоды, удовольствия или пользы — «истина светит сама для себя». Примером наиболее развитой формы отвлеченного мышления может служить научное мышление.

Приоритет в разграничении теоретического и практического мышления принадлежит Аристотелю. «Теоретический ум не мыслит ничего относящегося к действию и не говорит о том, чего следует избегать и чего надо домогаться. Для решения практических задач нужна другая способность».

В описании упомянутых форм мышления отражена их реалистическая ориентация, направленность на внешний, объективный мир. Различие между ними состоит лишь в форме, в которой осуществляется мыслительный процесс,— действие, образ, представление, понятие.

Виды психопатологии мышления и речи

Общепринятой классификацией чрезвычайно разнообразных нарушений мыслительной деятельности не существует. Так, В.В.Зейгарник (1962) выделяет три вида патологии мышления: нарушения операционной стороны, расстройства динамики, а также мотивационного компонента мышления.

Нарушения динамики мышления. Характеризуются расстройствами темпа, ритма и произвольного характера мыслительной деятельности. Различают ускорение, заторможение, тугоподвижность мышления, закупорки и обрывы мысли, ментизм, а также нарушения, выражающиеся речевыми итерациями.

Ускорение мышления (тахифрения). Характеризуется облегченным возникновением и быстрой сменой мыслей, воспоминаний, представлений, увеличением их общего числа в

единицу времени. Субъективно переживается как интеллектуальный подъем, обострение воображения, особая ясность мыслей. Одновременно с этим часто наблюдается ускоренная, громкая речь, повышенная говорливость. Похоже, больные утрачивают способность думать про себя, преобладают внешние формы речевой активности. Речь все более приближается к монологу. При легком ускорении течения ассоциаций может возрастать творческая активность и интеллектуальная продуктивность в целом. По мере дальнейшего нарастания темпа мышления качество умственной деятельности ухудшается. Внимание становится поверхностным, отвлекаемым. Вначале преобладает «внутренняя» отвлекаемость в виде увеличения числа побочных ассоциаций и воспоминаний, затем все более заметной становится «внешняя» отвлекаемость, при которой внимание легко отклоняется случайно оказавшимися в поле зрения объектами. Преобладают образные представления над абстрактными идеями. Логические отношения подменяются ситуативными, а также механическими ассоциациями по сходству, смежности, контрасту.

Заторможенность мышления (брадифрения). Проявляется затрудненным образованием мыслей, воспоминаний, представлений, уменьшением общего их числа, односторонностью и скудостью содержания. Внешне выражается долгими паузами между вопросами врача и ответами пациента, причем последние обычно односложны и неполны. Сами пациенты не задают много вопросов, инертны. Субъективно переживается «чувство отупения, торможения, неясности в голове, ощущение преграды, пустоты,

обеднения мысли». Падает мыслительная инициатива, страдает воображение, планирование, снижается способность интегрировать разнообразные суждения, мысли выражаются с трудом, медленно подбираются нужные слова и выражения. Заторможение мышления наблюдается при депрессии.

Тугоподвижность мышления (торпидность, вязкость). Замедление темпа мыслительных процессов в виде затруднений в переходе от одной мысли к другой или с одной темы на другую, повторяемости, топтании на месте, вследствие длительной фиксации предшествующих ассоциаций, их инертности, прилипчивости. Торпидными становятся также речь, и действия. Обычно сопровождается снижением уровня мышления, обеднением речи (олигофазия, упрощение или громоздкость грамматических структур, обилие неточностей, а также слов, не несущих смысловой нагрузки). Наблюдается при эпилептическом слабоумии.

Закупорка мышления (шперрунг) — эпизодически возникающие состояния блокады мыслительной деятельности, полного ее прекращения. Больные во время беседы внезапно прерываются, умолкают, спустя некоторое время (обычно секунды, минуты) возобновляют рассказ, иногда с того же, на чем остановились. Субъективно ощущается «пустота в голове, провал, перерыв, закупорка мыслей». Могут появляться отдельные мысли, которые тут же «тают», не складываясь во что-либо определенное. При чтении в это время не узнаются слова, плохо понимается значение длинных фраз — «слышу, что говорят, но не понимаю, не доходит смысл». Приостанавливается не только мышление,

нарушается также способность представлять, реагировать и действовать. Забывается, что и как надо было делать, зачем понадобился перед тем тот или иной предмет, каково его назначение. Узнавание предметов как будто сохраняется. Больные беспомощно топчутся на одном месте, бесцельно перебирают или перекладывают предметы, могут произносить одни и те же слова, фразы. Сознание обычно не нарушается, воспоминания об этих состояниях сохраняются. Однако нет оснований утверждать, что блокада психической деятельности не может быть тотальной и захватывать также активность сознания. Вот как описывает состояние пациент: «Не понимаю, где нахожусь, с кем, что это я, нет мыслей, чувств». Подобные эпизоды длятся несколько секунд, не сопровождаются утратой сознания, но в них выявляется расстройство самосознания в виде блокады чувства «Я». Эпизоды закупорки мысли исчезают внезапно, как и появились. Наблюдаются при шизофрении, могут быть выявлены уже в начале болезни.

Обрыв мысли. Состояние, напоминающее шперрунг. Переживается как беспричинное внезапное исчезновение нужной мысли, потеря нити рассуждений, забывается, о чем хотелось сказать и что было сказано перед этим. Способность мыслить, реагировать, действовать при этом не утрачивается. Потерянная мысль может вернуться сразу же, но иногда ее не бывает часами, сутками, после чего она столь же неожиданно появляется в сознании. Попытки пациентов вспомнить забытое оказываются безуспешными. Иногда они говорят, что мысли «отнимают,

воруют». Обрыв мысли представляет собой ранний, не столь тотальный прототип шперрунга. Часто встречаются внешне сходные, но по существу отличающиеся от обрыва мысли нарушения. Так, при астенических состояниях пациенты постоянно отмечают потерю мыслей. Как правило, это бывает во время беседы. Обычно выясняется, что больные при этом отвлеклись побочными соображениями, случайно о чем-то вспомнили, что-то постороннее привлекло их внимание или их кто-то перебил. Почти всегда им удается вспомнить забытую мысль. Досадуя, они стараются контролировать себя, более цепко держать мысль, а когда это не удается, пытаются маскировать неудачи.

Шперрунги и обрывы мысли, равно как и другие проявления психического автоматизма нельзя считать прерогативой шизофрении. Быть может и реже, но они встречаются также при экзогенно-органических психозах.

Ментизм (мантизм). Непроизвольное, насильственное течение нецеленаправленного потока мыслей, воспоминаний, желаний, представлений различного, обычно плохо запоминающегося содержания — «Ералаш в голове, тысяча мыслей, летит, не запоминается». Содержание мыслей может расцениваться больным как странное, нелепое, им обычно не свойственное. Непроизвольный характер мышления, свойственный ментизму, нередко связывается больными с внешним воздействием на их психику: «Голова все время под напряжением, мозг не отключается, не отдыхает, думается все время, и днем, и ночью. Кажется, кто-то думает за меня. Было ощущение, будто мысли

наводили гипнозом. Мыслей много, они разные, не запоминаются». Ментизм может быть образным, в виде калейдоскопически быстро сменяющихся бессвязных представлений или воспоминаний разного содержания. У депрессивных больных могут возникать беспрерывно наплывающие мысли, яркие образы, созвучные подавленному фону настроения: мысли о смерти, гибели близких, несчастиях, сценах самоубийства, собственных похорон. Больных часто пугает «завораживающее» действие возникающих мыслей и образов, их привлекательность, возможность того, что они могут осуществиться. Поток мыслей депрессивного содержания обозначают термином «депрессивный ментизм». Явления ментизма свойственны также астеническим, невротическим состояниям, наблюдаются у пациентов с последствиями травматического поражения головного мозга.

Речевые итерации (стереотипии, словесные тики) выражаются произвольным, часто многократным повторением слов или фраз, произнесенными как самим больным, так и окружающими. Повторение бывает спонтанным или выявляется в ответах на вопросы.

К речевым итерациям относятся палилалия, вербигерация, персеверации, возвращающиеся выражения, эхолалия, а также письменные ее варианты — палиграфия и эхография (Критчли, 1974).

Палилалия, впервые описанная Brissaud, заключается в произвольном повторении пациентом два раза или более последнего слова, фразы или предложения, сказанных им самим.

Так, после ответа на вопрос о сегодняшнем числе (ответ: «Не знаю — численника нет»), выражение «численника нет» повторяется без перерыва несколько раз подряд. Больной правильно перечислил дни недели, а затем, не останавливаясь, повторяет сказанное еще дважды. Данный феномен называют «симптомом граммофонной пластинки» Майер-Гросса или «стоячими оборотами речи» (некоторые авторы не относят его к проявлениям палилалии, ограничивая последнюю многократным повторением лишь одного слова). От палилалии следует отличать палилогию — индивидуальную особенность некоторых ораторов умышленно повторять слова или фразы с целью смыслового подчеркивания.

Вербигерация — повторение бессмысленных выражений, коверкание или нелепое нанизывание слов и звуков. Так, больной на протяжении нескольких часов выкрикивает одну и ту же фразу: «Солнце с мясом не играют!». Или говорит: «Ах, так, вах, чвах, брах, тух, жух...». Речевые стереотипии этого рода характерны для шизофрении, встречаются при кататоническом возбуждении. При тревожной депрессии, сопровождающейся двигательным и речевым возбуждением, наблюдается вербигерация в виде многократного повторения восклицаний отчаяния: «Погибаю, спасите меня!.. Боже мой, что теперь делать!..».

Персеверации — застревание ответов на вопросы. Сообщив свою фамилию, на последующие вопросы (касающиеся возраста, адреса) больной продолжает называть фамилию. Персеверации наблюдаются при поражении сенсорного центра Вернике, встречаются при оглушенности сознания.

Эхолалия — непроизвольное повторение в неизменном виде или с некоторыми вариациями речи (слов, отдельных фраз) окружающих. Иногда повторяется последнее услышанное слово — митигированная эхолалия. Эхолалия может быть отставленной. Так, ребенок в точности воспроизводит фрагменты услышанной взрослой речи некоторое время спустя — фонографизмы. Эхолалия наблюдается при кататонии в рамках шизофрении, кататоноподобных состояниях, сенильной деменции, других атрофических процессах, при синдроме Каннера, регрессивных синдромах в детском возрасте.

Полиграфия — вариант письменной речевой итерации. Так, в письме больного на четырех страницах повторяется одно и то же бессмысленное выражение: «фе-те-тере фе-те-те». Точно также может повторяться множество раз бессмысленный рисунок.

Эхография — письменное копирование текста, предложенного в качестве образца, но не для списания. Эхография может проявляться повторением в письме речи окружающих. Так, в ответ на просьбу написать свое имя, больной полностью воспроизводит текст предложенного задания.

Логоклония — спастическое многократное повторение отдельных слогов произносимого слова. Логоклония, распространяющаяся с начальных слогов слов на промежуточные и затем конечные, считается характерной для болезни Альцгеймера. Логоклония встречается также при болезни Пика, при органических психозах и процессах.

Нарушения связности процессов мышления

Разорванность мышления. Характеризуется распадом логического строя речи с сохранением способности составлять грамматически правильные фразы и предложения. Разорванность мышления может проявляться монологом, когда больной наедине с собой или в присутствии кого-либо говорит безостановочно долго и бессмысленно. При этом не обращается внимания на реакцию собеседника, на то, понимает ли он сказанное, слушает ли вообще. В отличие от сенсорной афазии понимание речи окружающих не нарушено. Не страдает также понимание назначения предметов, до известной степени сохраняется способность к целенаправленной предметной деятельности — процессы наглядно-действенного мышления протекают на удовлетворительном уровне. Разорванность мышления может наблюдаться в письменной речи.

Разорванность мышления является характерным признаком шизофрении.

Инкогеренция (бессвязность мышления). Проявляется распадом логической структуры мышления и грамматического строя речи одновременно. Речь состоит из бессвязного набора отдельных слов, в основном, имен существительных, которые могут рифмоваться.

Нарушения логического мышления. Выражаются расстройствами операционной стороны мышления и, в первую очередь, операций конкретизирования, обобщения и абстрагирования. При этом возникают следующие нарушения:

резонерство, формализм, патологическая обстоятельность мышления, неясное и паралогическое мышление.

Резонерство (тангенциальное мышление). Основными его признаками являются склонность к общим рассуждениям и неспособность принимать во внимание конкретные факты и обстоятельства. Пациент пассивно следует формальным аспектам значения слов, упуская из виду то важное обстоятельство, что размышления нужны не сами по себе, но что они — инструмент для достижения определенной цели, формирования конечного вывода, правильность которого может и должна быть доказана. В связи с этим рассуждения приобретают характер беспочвенных, беспредметных и не приводящих к определенному конкретному выводу словесных построений. Резонерство может проявляться по-разному. Компенсаторное резонерство не выходит за рамки банальной, хотя и претенциозной риторики, вращающейся вокруг простых и очевидных истин. Таковы, например, пространные и патетические разглагольствования о важности и полезности нормальных человеческих взаимоотношений, принадлежащие большей частью психопатическим личностям, гневные и напыщенные противоалкогольные тирады больных алкоголизмом, дежурные рассуждения о морали, правах и справедливости сутяг, ханжей и склочников. Резонерство этого рода может встречаться на определенных этапах психического развития, например, в период пубертатного криза, когда стремление к самоутверждению, самостоятельному осмыслению происходящего не подкрепляется должными знаниями и опытом жизни. Наблюдается у людей,

которым хочется сказать нечто особенно значительное, но сообщить, в сущности, нечего.

Паралогическое мышление характеризуется односторонним, предвзятым направлением мыслительной деятельности, в ходе которой принимаются во внимание лишь отдельные факты или случайные стороны явлений, соответствующие доминирующей установке. Все, что ей противоречит, отбрасывается как неверное либо не замечается вовсе.

ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

1. Как можно справиться с агрессивностью Милы

К психологу обратилась учительница второго класса с жалобой на ученицу, девочку 8 лет. По ее словам, Мила (так звали девочку) в школу ходит нехотя, учится плохо, недисциплинирована, на уроках постоянно отвлекается, не слушает учителя. Когда надоедают занятия, может встать и ходить по классу. На переменах чрезмерно подвижна, часто дерется, бывает агрессивна. Ярко выраженных интересов или склонностей нет. В классе занимает лидирующее положение, в совместных играх любит командовать. Из-за низкой успеваемости и неадекватного поведения Милы учительница и завуч начальных классов рекомендовали ее матери обратиться к психологу, однако та этого не сделала. Ребенок из неполной семьи, отца никогда не видела. Мать занята решением своих проблем, и специально вопросами воспитания дочери не занимается. По отношению ко взрослым, которые пытаются ее

"воспитывать", девочка проявляет бурные негативные реакции, грубит и огрызается. Предложите свое развернутое решение проблемы.

2. Миша стал плохим учеником, чтобы его заметили

Миша Н. 7 лет, детский сад не посещал, при поступлении в школу, по словам матери (педагога по образованию), хотел учиться, был хорошо подготовлен. Первое полугодие проучился нормально, однако учительница часто делала замечания - отвлекается на уроках, невнимателен и т. д. Миша, мальчик достаточно воспитанный, вдруг стал огрызаться, иногда грубить учительнице. Мать не придавала сначала этому большого значения. Но поведение Миши постепенно ухудшалось. После того, как учительница назвала его при всем классе "идиотом", мальчик набросился на нее. Разбор в кабинете директора только усугубил конфликт, ребенок окончательно замкнулся, отказывался ходить в школу. Мать все-таки отводила его в школу, и он либо безучастно сидел на уроках, либо вел себя вызывающе: мог ходить по классу, укусил девочку, которая обзывала его, сидел под партой, когда учительница ругала мальчика, в диктанте перед каждым словом написал приставку "не", диктант не сдал учителю и т.д. Ко всем взрослым стал относиться с недоверием, отказывался разговаривать с ними, наблюдался частичный аутизм. Мать, обеспокоенная поведением сына, решила по совету педагогов отвести его к психиатру. Мальчик, когда понял, куда его привела мать, стал кричать: "Я

не больной!" - после чего замкнулся окончательно, стал вялым, апатичным. Посещение любого кабинета (и в школе, и в поликлинике), вид любого врача, учителя вызывал у ребенка бурную реакцию протеста, он бился в истерике и кричал, что он нормальный. Категорически отказывался ходить в школу. Как бы Вы действовали, если бы были на месте психолога, которому нужно решить эту проблему?

3. Почему Олечка не хочет ходить в школу?

К школьному психологу обратилась мать первоклассницы Оли, которая почти каждое утро перед школой жаловалась на головную боль, боли в животе. Иногда у девочки наблюдалась рвота, повышалась температура. Естественно, что в такие дни девочка оставалась дома. Мать удивляло то, что через несколько часов все симптомы проходили, и вызывать врача было бессмысленно. Родители верили, что дочь по утрам не симулирует, однако объяснить причину этого явления были не в состоянии. Психолог подробно расспросил мать о том, как росла, развивалась девочка, о ее характере, о том, как относятся к ней взрослые и дети. Подробно побеседовал он и с учительницей Оли, понаблюдал за поведением девочки на уроках, переменах. В результате бесед выяснилось, что Оля детский сад не посещала, была "домашним", к тому же единственным ребенком в семье. Общительна только с теми, кого знает уже давно. К новым контактам относится настороженно. По словам матери, очень хотела учиться в школе, на все вопросы при поступлении в школу отвечала

правильно. Учительница относится к ней хорошо, с пониманием, дети в классе ее не дразнят. Родители были уверены, что с обучением в школе у Оли проблем не будет. Вызывало волнение только то, что она может переутомляться, девочка астеничная. Чаще всего Оля отказывалась ходить в школу по понедельникам или в конце недели. В те дни, когда у нее не было повышения температуры, родители все-таки отводили ее в школу, хотя случалось так, что во время первого урока девочка плакала, потом успокаивалась и на следующих уроках вела себя нормально. По мнению учительницы, Оля очень ранимая, неуверенная в себе, плаксивая. На уроках часто грызет ногти. Плачет из-за любого пустяка. Например, не успела переписать что-то с доски - сразу слезы, вместо того, чтобы поднять руку и спросить. Все письменные работы выполняет на "5". Материал усваивает, чувствуется, что ей это интересно. Данные наблюдения подтверждают мнения учителя и родителей: действительно, девочка застенчивая, тревожная, поднимает руку, чтобы ответить, только если уверена, говорит тихо, чувствуется желание понравиться учителю. Когда мать провожает дочь в школу, Оля долго не отпускает ее, держит за руку, плачет, в класс входит со слезами, просит, чтобы ее отвели обратно домой. На переменах стоит одна, чаще всего у окна, смотрит, когда придет мать. Проанализировав эти данные, сформулируйте основные задачи психодиагностической работы и подберите необходимые методы.

ОТВЕТЫ НА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

1. Как можно справиться с агрессивностью Милы

Приступая к работе, психолог ставит перед собой следующие вопросы: Какие задачи стоят перед ним в связи с работой над этим случаем?

Какие сведения о девочке необходимо выяснить, чтобы получить достаточно полную картину случая?

Как построить беседу с матерью девочки?

Какие вопросы ей надо задать?

Как построить психологическое обследование ученицы?

Какие диагностические методы использовать?

Психологический диагноз и прогноз.

Как может строиться коррекционная работа с девочкой (основные цели, направления коррекции, содержание ее психологической и педагогической части, используемые психологические и педагогические методы).

Какие рекомендации следует дать учителям, работающим с девочкой?

Какие рекомендации могут быть даны матери Милы?

Работая над случаем, психолог последовательно отвечает на эти вопросы.

1. При работе с девочкой должны быть решены две основные задачи:

а) сделать так, чтобы она ходила в школу с удовольствием, т.е.

повысить ее познавательную мотивацию;

б) постараться, чтобы Мила не проявляла агрессивную реакцию на взрослых и сверстников.

2. Чтобы получить сведения о девочке, необходимо:

а) поговорить с матерью девочки;

б) понаблюдать за Милой на уроках учительницы, обратившейся с жалобами, и на уроках, которые ведут другие учителя, а также на переменах для того, чтобы понять причины описанного поведения девочки;

в) проанализировать поведение Милы со сверстниками, выяснить, чем определяется ее лидирующее положение в классе, как к этому относятся ее одноклассники; обратить особое внимание на поведение Милы в играх, определить, в чем проявляется ее желание командовать и насколько успешно оно реализуется;

г) получить сведения о состоянии здоровья девочки.

3. При беседе с матерью необходимо выяснить, желанный ли Мила ребенок, как проходили роды, не было ли отклонений развития в дошкольный период. Постараться выяснить у мамы, в чем она видит причину низкой успеваемости и агрессивности дочери, какой видит свою дочь сейчас и какой хотела бы видеть в будущем.

4. Психологическое обследование может строиться в двух направлениях: исследование интеллектуальной сферы (методика - тест Векслера) для выявления причин неуспеваемости и изучение эмоциональной сферы для выявления характеристик и причин агрессивного поведения (методики - детский тест Розенцвейга,

Детский апперцептивный тест, ассоциативный тест, наблюдения).

5. Уровень интеллектуального развития, особенности памяти, внимания соответствуют возрастной норме. Поэтому неуспеваемость Милы связана с низким культурным уровнем семьи, недостаточной подготовкой к школе и отсутствием своевременной помощи со стороны школы. Основная причина неуспеваемости - педагогическая запущенность.

Агрессивность и недисциплинированность Милы носят ярко выраженный защитный характер. Причина их в том, что девочка из-за слабой подготовки к школе и отсутствия помощи дома с самого начала оказалась в положении плохой ученицы и не могла удовлетворить ярко выраженные потребности в самоутверждении и лидерстве.

Прогноз: при осуществлении необходимой педагогической коррекции может сравнительно быстро догнать класс, психологическая помощь, ориентированная на удовлетворение ведущих потребностей девочки, также может быть эффективной. Если же такой работы проведено не будет, в ближайшее время девочка может начать прогуливать школу, ее поведение и успеваемость резко ухудшатся, она будет искать группу, в которой можно было бы удовлетворить ее потребности в лидерстве и самоутверждении вне школы.

6. Цели коррекции:

а) преодолеть отставание Милы в учебе;

б) развить у нее чувство собственного достоинства и уважения к другим людям;

в) развить навыки общения Милы со взрослыми и сверстниками.

Педагогическая часть коррекции:

а) дополнительные занятия,

б) знакомство Милы с культурой общения;

в) обеспечение условий для удовлетворения потребностей Милы в самоутверждении и лидерстве социально-оправданными способами.

Психологическая часть коррекции:

а) развитие интересов, формирование познавательной мотивации через выявление сферы относительной успешности (в связи с тем, что у девочки уже сложилось отрицательное отношение к учению, первоначально такая мотивация должна развиваться вне учебной ситуации);

б) расширение репертуара общения, умения сочетать роль "командира" и "подчиненного";

в) Психологическая коррекция должна осуществляться в групповой форме. Ученицу следует подключить к группе сверстников, имеющих подобные проблемы.

7. Учителям можно рекомендовать обращать внимание на позитивные сдвиги в учении, поведении Милы, даже если эти сдвиги минимальны. Негативные формы ее поведения необходимо последовательно пресекать, однако делать это следует спокойно, четко объясняя девочке, что она неправильно делает. Следует обращать внимание девочки на то, как ее поведение отражается на других людях, раскрывать ей переживания других людей.

Дополнительные занятия должны быть построены таким образом, чтобы ликвидировать пробелы в знаниях, образовавшиеся не только в школьный, но и в дошкольный период.

8. Маме можно рекомендовать уделять девочке больше внимания, чаще говорить и показывать, что она ее любит, чаще разговаривать с Милой, выслушивать ее, разговаривать с ней, обсуждать ее успехи и провалы. Одновременно девочку следует больше заинтересовать домашними делами, предъявлять ей более четкие и однозначные требования.

2. Миша стал плохим учеником, чтобы его заметили

Этот случай интересен тем, что психолог не мог начать сразу работу с ребенком, так как мальчик отказывался даже просто побеседовать с ним. Поэтому на первоначальном этапе вся коррекционная работа строилась опосредованно, через родителей и педагогов. По мнению учителей, которые обучали Мишу, мальчик очень импульсивный, ранимый, не способный контролировать себя, а классный руководитель считала его умственно отсталым, не способным обучаться в нормальной школе. Из рассказа матери следует, что Миша до поступления в школу развивался нормально, детский сад не посещал. Семья полная. У Миши есть младшая сестра, которую он очень любит. В семье так сложилось, что мать более привязана к сыну, а отец - к дочери. По ее словам, отец очень редко занимался сыном, даже в такой критический момент, когда возник конфликт в школе, он не счел нужным обращать на это внимание, считал, что учителя и мать все усложняют. Таким образом, мужского влияния в семье мальчик не испытывал. Мать -

женщина очень тревожная, при этом педантичная, старалась привить сыну прежде всего послушание, аккуратность, доброту, честность, предъявляла достаточно высокие требования к успеваемости мальчика. Ребенок, очень ранимый и впечатлительный, старался выполнять все требования матери и учителей, чтобы соответствовать образцу "хорошего ученика", который он создал под влиянием значимых взрослых. Для Миши, по всей вероятности, школа являлась в первую очередь местом для утверждения своего Я, т.е. познавательные мотивы для него были на втором плане. Прежде всего ему необходимо было показать, что он "хороший ученик", даже не такой, как все, лучше других, а следовательно, заслуживает особого внимания. Однако, придя в первый класс, Миша столкнулся с тем, что он один из тридцати. Первое время он учился и очень старался в надежде, что его выделят в классе, однако для учительницы он был такой же, как все. И тогда прилежный и воспитанный мальчик находит единственный способ обратить на себя внимание - начинает вести себя вызывающе. В конечном итоге Миша добился своего: им заинтересовались все: и одноклассники, и учителя, и администрация школы. Он понял, что будучи "плохим учеником", легче быть заметным в классе. Но, безусловно, ребенок не ожидал, что это может закончиться посещением кабинета психиатра. Здесь уже произошел срыв. Анализ поведения Миши позволил выявить причины дезадаптивного поведения мальчика: неправильное воспитание в семье: отвергающее со стороны отца, гиперсоциальное со стороны матери. Компенсаторные

характерологические особенности личности ребенка как результат неправильного воспитания. При таком сочетании типов воспитания ребенку свойственны эгоцентризм и аффективность (это первичные личностные образования). Они приводят к претенциозности, с одной стороны, и неуверенности в себе - с другой. И, наконец, третичными личностными образованиями могут быть лживость, стимуляция, театральность, демонстративность. Эти характерологические особенности являются неадекватной формой разрешения внутреннего конфликта. К сожалению, учителя и родители обращают внимание на ребенка лишь тогда, когда оно вызывает уже беспокойство, как правило, - только на уровне третичных образований.

Непонимание учителем данной ситуации. Как известно, учитель в начальной школе является значимым взрослым для учеников, его понимание и авторитет оказывают огромное влияние на формирование взаимоотношений в классе. В этом случае мы столкнулись с ситуацией неприятия учителем, тогда как именно этот ученик нуждался в особом, доброжелательном подходе. Для Миши необходимы постоянное одобрение и поддержка, а учителю казалось, что похвала может повредить ребенку. Очень скупой на похвалы учитель оказался очень щедрым на замечания. Сверстники также сыграли определенную роль в формировании патохарактерологических черт характера Миши. Среди одноклассников он чувствовал себя неуверенно, одиноко. Таким образом, из-за ряда причин у Миши сформировалась невротическая реакция на те трудности, с которыми он столкнулся в школе. Что

же делать, можно ли помочь мальчику? Прежде всего следует оставить ребенка в покое, и начальные этапы психокоррекционной работы проводить с родителями ребенка. Родителям необходимо увидеть в собственном ребенке самостоятельную личность, принять его таким, какой он есть. Для изменения родительской позиции можно провести сравнительный анализ сочинений "Портрет моего ребенка", "Каким я хочу видеть сына в будущем", "Я как родитель" (А.С. Спиваковская, 1988).

Рефлексивный анализ собственных методов воспитания, систем запретов, которые предъявляются ребенку, помогает понять причины отклонений поведения детей. Родители начинают осознавать, что они очень часто требуют от детей того, что те заведомо (в силу возрастных, конституциональных, психологических особенностей) не могут выполнить. Так, в описываемом случае от задумчивого, мечтательного, флегматичного мальчика родители ожидали полного и беспрекословного подчинения любым авторитетам, требовали, чтобы он вел себя так, чтобы "им не пришлось краснеть за него". Эта привычная фраза, стереотипная и для педагогов, и для родителей, раскрывает сущность воспитательного подхода, где главное - покой воспитателя, родителя. Важно, чтобы тебя не осудили окружающие, а каково при этом ребенку, совершенно опускается. Кажется, что если окружающим хорошо, если он удобен для них, то непременно будет хорошо и ребенку тоже.

3. Почему Олечка не хочет ходить в школу?

На первоначальном этапе необходимо выяснить причину

боязни школы, природу соматических реакций по утрам, перед посещением школы. Для диагностики можно использовать методы наблюдения, беседы, различные проективные методики (составить рассказ по картинкам на школьные темы; придумать сказку, используя при этом четыре ключевых слова: учитель, ученик, парта, отметка; закончить предложения). На основании материала, полученного в обследовании, формулируются следующие задачи коррекционной работы: - снизить значимость школы; - сформировать навыки общения со взрослыми и со сверстниками; - снять страхи, опасения, напряженность, связанные с посещением школы. Работа должна проводиться совместно с родителями и педагогом. Родителям необходимо рекомендовать менее строго относиться к поведению дочери, во время утренних недомоганий перед школой проявлять терпение и понимание. Рекомендации учителю заключаются в следующем: дать несложное общественное поручение, требующее каждодневного посещения школы, позволить родителям присутствовать на первом уроке. Непосредственно психологическая коррекция поведения девочки осуществляется в ходе индивидуальных бесед и групповых занятий, которые направлены на решение вышеназванных задач. Так, на занятиях, где среди участников группы было много неуспевающих, но при этом эмоционально благополучных детей, Оля могла убедиться, насколько веселы и беспечны школьники, несмотря на свою низкую успеваемость и несоответствие требованиям школы. В играх-драматизациях на школьные темы, в которых сюжет сочиняли сами дети, Оле должны отводиться

активные роли: учительницы или благополучных учениц. Принятие на себя роли учительницы, например, поможет ей снизить значимость авторитета педагога, преодолеть страх и скованность перед учителем. Снятию страхов, напряженности, связанных с посещением школы, могут помочь рисунки на темы: "Школа", "Урок", "На прогулке", "Моя семья" с дальнейшим их обсуждением. Кроме того, можно использовать прием символизации страхов и опасений с помощью пиктограмм (например, знаками изобразить такие понятия, как радость, грусть, веселый урок, добрая учительница, страшная школа, болезнь, злая учительница, тревога), который, актуализируя эти страхи, даст девочке возможность в определенной степени сделать для нее понятной причины напряжения, волнений, а также в определенной степени отреагировать на страхи и опасения. Таким образом при работе с данным случаем психолог, основываясь на представлении В.Н. Мясищева о том, что не конкретная патогенная ситуация приводит к невротическому расстройству, а отношение личности к этой ситуации, должен пытаться прежде всего изменить это отношение путем снижения значимости ситуации. Сильный страх, боязнь не оправдать ожидания окружающих был у девочки вызван внутренним конфликтом между ее собственными представлениями о своих возможностях и требованиях, предъявляемых окружающими. Поэтому вся коррекционная работа была направлена на разрешение этого конфликта. Различные соматические нарушения являлись следствием астенизации, и поэтому их можно рассматривать как вторичные признаки невротизации личности. Разрешение

основного внутреннего конфликта дало возможность полностью исключить у девочки невротические реакции в форме соматических нарушений.

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Патопсихологическая диагностика нарушений мышления

Патопсихологическое исследование и анализ нарушений мышления зачастую является важным параметром в диагностическом процессе.

Это связано с тем, что многие расстройства мышления, в частности, шизофренического спектра, более явно проявляются в момент психологического обследования, чем при интервьюировании пациента. Это относится к таким симптомам как: соскальзывание, разорванность, разноплановость мышления, опора на латентные признаки и др.

Основными методами исследования мышления являются тесты на классификацию, исключение, силлогизмы, аналогии, обобщение, ассоциативный эксперимент, проблема Эверье, пиктограмма.

Методика классификации понятий включает в себя предложение испытуемому классифицировать карточки с изображением животных, растений и предметов. Предлагается разложить карточки на группы так, чтобы они содержали однородные предметы и

могли быть названы обобщающим словом. Затем в случае необходимости предлагается укрупнить группы.

Оценивается:

1. число этапов, затраченных на окончательную классификацию предметов (должно получиться три группы животные, цветы, неодушевленные предметы);
2. принципы классификации.

Заключения отражают количество этапов классификации, а также особенности мышления испытуемых.

Конкретное мышление — определяется в случаях, когда испытуемый объединяет предметы в конкретные ситуационные группы (например, пальто со шкафом “потому, что пальто висит в шкафу”)

Склонность к детализации — определяется в случаях, когда испытуемый выделяет дробные группы (например, “одежда домашняя и одежда на выход”, “корнеплоды и некорнеплоды”).

Опора в мышлении на латентные признаки — определяет в случаях, когда в классификации делается упор на малоактуальных, скрытых признаков понятий (например, в одну группу объединяются автобус и медведь потому, что оба “склонны к плавному началу движения”).

На основании методики классификации понятий возможно подтверждение клинически выявляемых специфических для определенных групп психических заболеваний расстройств мышления. Так, конкретность мышления может подтверждать наличие органически обусловленных психических расстройств, склонность к излишней детализации — эпилептический характер ассоциатив-

ных нарушений, опора мышления на латентные признаки — на нарушения мышления шизофренического спектра.

Методики на исключение, обобщение понятий, выделение существенных признаков, анализ отношений понятий (анalogии) применяются с целью определения особенностей мышления лиц, с различной психической патологией а также тех, которые ложатся в основу интеллектуальных способностей.

Для оценки способности разграничивать разнородные понятия используется методика исключение понятий. Испытуемому предлагается из четырех предметов или из пяти слов исключить один предмет или слово, которые не подходят к остальным, сходным родовым понятием. Анализ методики сходен с методикой классификации понятий.

Стимульный материал к методике исключение понятий

Дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий. Смелый, храбрый, отважный, алой, решительный. Василий, Федор, Семен, Иванов, Порфирий. Молоко, сливки, сыр, сало, сметана. Скоро, быстро, поспешно, постепенно, торопливо. Глубокий, высокий, светлый, низкий, мелкий. Лист, почка, кора, дерево, сук. Дом, сарай, изба, хижина, здание. Береза, сосна, дерево, дуб, ель. Темный, светлый, голубой, ясный, тусклый. Гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога. Неудача, крах, провал, поражение, волнение. Молоток, гвоздь, клещи, топор, долото. Минута, секунда, час, вечер, сутки. Грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение. Успех, победа, удача, спокойствие, выигрыш.

Методика выделения существенных признаков позволяет судить о качестве понимания испытуемым главных и второстепенных признаков предметов и явлений. Процедура ее заключается в отборе испытуемым двух слов (признаков) предмета или явления, расположенных в скобке и относящихся к понятию, расположенному за скобками.

Стимульный материал к методике выделения существенных признаков

1. Сад (растения, садовник, собака, забор, земля).
2. Сарай (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).
3. Деление (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).
4. Кольцо (диаметр, алмаз, проба, округлость, печать)
5. Игра (карты, игроки, штрафы, наказания, правила)
6. Куб (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).

Одним из наиболее информативных для оценки качественной специфики мышления относится ассоциативный эксперимент.

Испытуемому предлагается привести первую пришедшую на ум ассоциацию на стимульные слова.

АССОЦИАТИВНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

хлеб _____
лампа . _____
пение _____
колесо _____
красота _____
война _____
воздух _____
развитие _____
звонок _____

пещера _____
бесконечность _____
луна _____
брат _____
лечение _____
топор _____
падение _____
обман _____
голова _____
сомнение _____
игра _____
цель _____
глубина _____
народ _____
трава _____
ссора _____
жестокость _____
бабочка _____
поиск _____
печаль _____
совесть _____

Регистрируются:

1. латентный период;
2. качественные характеристики ответов. Выделяют общеконкретные, индивидуально-конкретные, абстрактные, ориентировочные, созвучные, экстрасигнальные, междоментные, персеверирующие, эхололические и атактические ответы.

Особенности мышления больных шизофренией, как правило, включают атактические (трава-гвоздь) или созвучные (народ-урод) реакции. Это обусловлено особенностями расстройств мышлений при шизофрении, в частности, ассоциациями по созвучию — рифмованием слов.

Методика Эббингауза сходна с ассоциативным экспериментом и позволяет оценить стройность и продуктивность мышления. Пациенту предлагается заполнить пробелы в рассказе:

“Стал дед очень стар. Ноги у него не..., глаза не..., уши не..., зубов не стало. И когда он ел, у него текло изо Сын и невестка перестали его за... сажать и давали ему... за печкой. Снесли ему раз обедать в..., он хотел ее подвинуть, да уронил на..., чашка и Стали тут... бранить старика за то, что он им все в... портит и ... бьет”

Для оценки целенаправленности мышления используется **проблема Эверье**. Испытуемому предлагается проанализировать следующий отрывок текста:

“Существуют различные взгляды на ценность жизни. Одни считают ее благом, другие — злом. Было бы правильнее держаться середины, потому что, с одной стороны, жизнь приносит нам меньше счастья, чем мы желали бы сами себе, с другой стороны, — ниспосылаемые нам несчастья всегда меньше того несчастья, которого нам желают в душе другие люди. Вот это-то равновесие и делает жизнь вполне выносимый, вернее, до известной степени справедливой”

Наиболее ярко особенности нарушений мышления могут быть выявлены с помощью **анализа пиктограмм**, которые позволяют судить о характере ассоциаций испытуемого. В этом проективном тесте оценивается:

1) техника исполнения рисунка (величина, завершенность, их обрамление, подчеркивание, наличие уточняющих линий, отличия

и сходство рисунков, относящихся к различным понятиям); 2) расположение рисунков на листе; 3) принцип, положенный в основу ассоциативного ряда для запоминания; 4) степень оригинальности или стандартности.

Заключения по тесту отражают особенности ассоциативной деятельности и выражаются следующими типичными словосочетаниями:

Преобладание стандартных образов — в случаях, когда рисунки совпадают с теми, которые использует большинство лиц данной культуры (например, изображение флагов, шаров, елок для запоминания понятия “веселый праздник”).

Преобладание атрибутивных образов — в случаях, когда при изображении заданных понятий используется принцип принадлежности к чему-либо, т.е. доминируют рисунки, отражающие предметы или явления, являющиеся неотъемлемой частью заданного понятия (например, изображение тяжестей, ассоциирующихся с “тяжелой работой”).

Преобладание конкретных образов — в случаях, когда рисунки содержат предметы или явления, непосредственно связанные с заданной ситуацией (например, лежащий в постели человек при изображении понятия “болезнь”).

Преобладание метафор — в случаях, когда при изображении заданного понятия используются конкретные образы, прямо с ним не связанные и использующие абстрагирование (например, туча, закрывающая солнце при изображении “болезни”).

Преобладание персонифицированных и индивидуальных значимых образов — в случаях, когда при изображении заданных понятий используются индивидуально-значимые образы (например, ребенок на понятие “счастье”).

Преобладание органической графики — в случаях, когда в рисунках преобладает незавершенность линий в тех образах, которые требуют завершенности (к примеру, круг), повторное или неоднократное проведение линий.

Грубая органическая графика — в случаях, когда доминируют макрографические образы, отмечается подчеркивание, обрамление рисунков, чрезмерная стереотипия рисунков.

Стереотипия человеческими фигурами — в случаях, когда в рисунках преобладает изображение человеческих фигур.

Преобладание геометрических фигур — в случаях, когда понятия изображаются преимущественно геометрическими фигурами.

Считается, что при психической норме в пиктограмме преобладают конкретные, атрибутивные, стандартные упорядоченные образы.

При органических поражениях головного мозга — чрезмерная стереотипия, упорядоченность, аккуратность в изображениях и четкое нумерование рисунков, их низкая дифференцированность, незавершенность линий, подчеркивание, обрамление изображений. При шизофрении доминируют абстрактные образы, возможна стереотипия, но не за счет человеческих фигур, буквенное изображение и геометрические фигур, а также атипичное (несимметричное, негармоничное) расположение рисунков на листе.

Патопсихологическая диагностика нарушений памяти

Существует множество специальных методик для исследования памяти, разработанных как в общей психологии, так и в области прикладной психологии. Исследование памяти имеет важное значение и в патопсихологии, так как разные по своей структуре расстройства памяти наблюдаются при многих психических заболеваниях, особенно обусловленных органическим поражением головного мозга. Особенности нарушений памяти могут помочь патопсихологу не только высказать предположение о характере заболевания, его нозологической принадлежности, но и о стадии течения патологического процесса.

Результаты, получаемые с помощью этих методик, свидетельствуют не только о состоянии функции памяти. В пробах на память отражаются состояние активного внимания, явления повышенной истощаемости психических процессов. Осуществление мнестической функции зависит и от течения мыслительных процессов. Особенно велика роль мышления в методах исследования опосредованного запоминания. На функцию запоминания существенное влияние оказывает состояние аффективно-волевой сферы больного.

Однако, несмотря на вышесказанное, преимущественное назначение методик, о которых будет идти речь в настоящем разделе,— это исследование памяти. Из многочисленных когда-

либо предлагавшихся способов исследования памяти отобраны наиболее простые по своему осуществлению, не требующие для проведения опыта специальной аппаратуры и в то же время позволяющие патопсихологу достаточно полно судить о характере имеющихся у больного мнестических нарушений.

Пробы на запоминание.

Пробы на запоминание искусственных (несмысловых) звукосочетаний. Обследуемому зачитывают 10 двухсложных звукосочетаний («ролам», «вакар», «сига» и т.п.) и просят повторить те, которые он запомнил, безразлично в каком порядке. Затем исследующий повторно зачитывает эти звукосочетания. Здоровые обследуемые полностью их воспроизводят после 5—7 повторений.

Проба на запоминание 10 слов. При этом обследуемому зачитывают 10 двухсложных слов. Подбирать заучиваемые слова следует так, чтобы между ними трудно было установить какие-нибудь смысловые отношения. Если это не предусмотреть, обследуемый может облегчить для себя задание, используя мнемотехнические приемы.

Обычно здоровые обследуемые воспроизводят 10 слов уже после 3—4 повторений (иногда, при тренированной памяти — после 2 повторений). Через 20—30 мин обследуемого просят повторить запомнившиеся ему слова. В случаях, где ослабление памяти определяется клинически, это проделывают раньше, через 10—15 мин. В этом промежутке желательно избегать заданий,

связанных с запоминанием словесного материала, можно провести исследование таблицами Шульте, корректурную пробу и т. д.

Отмечаются следующие показатели:

- 1) количество воспроизведенных слов;
- 2).количественную динамику воспроизведенных слов (кривая произвольного запоминания).

По результатам данного теста возможны следующие заключения о характеристиках памяти испытуемого:

Непосредственное запоминание не нарушено — в случаях, когда испытуемый непосредственно после зачитывания ему десяти слов воспроизводит в четырех-пяти попытках не менее 7 слов.

Непосредственное запоминание нарушено — в случаях, когда испытуемый непосредственно после зачитывания ему десяти слов воспроизводит менее 7 слов. Чем меньшее количество слов удается испытуемому воспроизвести, тем более выраженными признаются нарушения непосредственного запоминания.

Долговременная память не нарушена — в случаях, когда через час без предварительного предупреждения испытуемый воспроизводит не менее 7 слов, предназначавшихся для запоминания.

Долговременная память снижена — в случаях, когда через час без предварительного предупреждения испытуемый воспроизводит менее 7 слов, предназначавшихся для запоминания.

Представляет интерес сопоставление результатов пробы на запоминание с «уровнем притязаний» обследуемого (А. Р. Лурия, 1962). «Уровень притязаний» зависит от оценки больным своих

возможностей, от результатов, достигнутых в предшествующем опыте. С этой целью обследуемого перед каждым очередным повторением спрашивают, сколько слов он берется запомнить. Сопоставление «уровня притязаний» с реальными результатами позволяет судить в некоторой степени об оценке больным своего состояния. Так, при органических поражениях головного мозга, когда страдает рассудительное отношение больного к своему состоянию, «уровень притязаний» значительно превышает достигнутые результаты.

Результаты пробы на запоминание могут быть отображены графически. По кривой запоминания удобно анализировать особенности заучивания. При истощаемости мнестической функции кривая запоминания носит зигзагообразный характер.

Проба на запоминание выявляет и наличие сужения объема внимания. В этих случаях обследуемый в следующем повторении, называя новые слова, уже не воспроизводит слов, фигурировавших в предыдущем туре. При этом суммарные результаты после каждого повторения мало отличаются.

Проба на ассоциативную память. Обследуемому зачитывают десять пар относительно однородных слов, между которыми легко устанавливаются смысловые связи. Например: река— море, яблоко — груша и т. д. Исследующий зачитывает эти слова, четко отделяя пары паузами. Затем он зачитывает первое слово каждой пары, а обследуемый называет второе слово. Обычно здоровые обследуемые выполняют задание после двух повторений, а иногда сразу, после первого зачитывания слов. Проба на

ассоциативную память является одним из вариантов исследования опосредованного запоминания. Известно много модификаций этой методики. В частности, одна из них входит в состав шкалы памяти Векслера. Учитывая возможное различие характера ассоциативных отношений и желая проследить, как это различие сказывается на запоминании, Ю. А. Машек (1973) предложил следующую модификацию. Обследуемому для запоминания предлагается 10 групп парных ассоциаций, составленных по определенному принципу смысловой связи. Это различные отношения понятий; противоположные понятия (юг — север, любовь—ненависть), понятия различной величины (холм—гора, страх—ужас),местилище и вмещаемое (графин—вода, шкаф—одежда), причина и следствие (укол—боль), часть и целое (слово—фраза, зерно—колос), орудие и объект труда (земля—лопата), абстрактные и конкретные понятия (искусство — картина). Далее предлагались пары слов, образующие суждение (орел—птица), привычные словосочетания (точка—тире), трудносочетаемые слова (курица—портсигар). После проверки запоминания каждой группы слов устраивается перерыв на 2 мин, а после предъявления пяти групп — на 30 мин. Сопоставление получаемых результатов у одного и того же больного при исследовании пробами на запоминание позволяет судить о большей или меньшей сохранности механической и логической (смысловой) памяти, сравнить показатели непосредственного и опосредованного запоминания.

Опосредованное запоминание. Методика разработана А. Н. Леонтьевым (1928) для исследования логического, или

опосредованного, запоминания. Результаты исследования свидетельствуют не только о состоянии памяти, но и об особенностях мышления.

Исследование должно быть подготовлено заранее. Обследуемому зачитывается 10—15 слов и предлагают для того, чтобы их запомнить, подобрать к каждому подходящий по смыслу рисунок. На столе лежит 20—30 карточек с рисунками, предусматривающими различные возможности опосредования. Эти рисунки не должны служить прямой иллюстрацией к запоминаемым словам. Обследуемый должен установить смысловую связь между словом и рисунком, например, к слову «море» — пароход, «дождь» — зонтик и т. д. Каждый раз, подобрав нужный рисунок, обследуемый должен объяснить мотивы своего решения. Затем проверяют, насколько подобранные рисунки помогают обследуемому воспроизводить заданные в начале опыта слова и тем самым получают впечатление о состоянии у него логической памяти.

Эта методика в определенной степени позволяет судить и об интеллектуальном уровне обследуемого — слабоумным больным опосредованное запоминание недоступно.

В некоторой степени по результатам можно судить о характере ассоциаций у обследуемого: насколько они адекватны, насколько изображенный рисунок соответствует заданному слову. Однако возможности исследования ассоциативного процесса этой методикой ограничены, предопределены произведенным до исследования подбором вспомогательных рисунков.

Психометрическое исследование памяти с помощью шкалы Векслера. Все методики, направленные на исследование памяти, характеризуются обязательным количественным определением получаемых с их помощью результатов. Благодаря этому полученные в эксперименте данные «измерения» мнестической функции могут быть использованы для характеристики степени психического дефекта, а также для обнаружения динамики состояния то ли под влиянием текущего патологического процесса, то ли в связи с проводимым лечением. Однако все перечисленные выше приемы преследуют цель изучения какой-либо одной из сторон функции памяти. Получаемые с их помощью результаты трудно сопоставимы. Поэтому для патопсихолога может представить интерес так называемая шкала памяти Векслера (Wechsler Memory Test, 1946).

Шкала памяти Векслера состоит из серии методик. Получаемые с их помощью результаты суммируются, при этом учитывается специальная поправка на возраст. Исследователь получает возможность оценить память по данным эксперимента не только с помощью суммарных показателей, но и по разбросу, по отклонению результатов выполнения отдельных заданий от каких-то средних величин. При всей дискуссионности применения психометрических методов в патопсихологии следует отметить, что шкала памяти лишена одного из серьезных недостатков, присущих многим психометрическим тестам для исследования интеллекта: в ней исследователь имеет дело со сравнительно однородным в информативном отношении материалом. Учитывая относительное

значение суммарных показателей, получаемых с помощью шкалы памяти, можно думать, что накопление результатов исследований клинически четко очерченных групп психически больных с различной степенью мнестического снижения снабдит патопсихолога средними ориентировочными показателями.

Анализ шкалы памяти показывает, что она состоит из обычно употребляемых для исследования памяти методик. С их помощью определяется состояние кратковременной и долговременной памяти, оценивается логически-смысловая и ассоциативная память, характеризуется способность к репродукции зрительных образов. При этом учитывается состояние активного внимания, возможности воспроизведения привычного ряда и его деавтоматизации. Для возможности сравнения результатов выполнения отдельных субтестов была разработана специальная таблица (мнемограмма), позволяющая переводить пересчет показателей по отдельным субтестам в систему вторичных баллов. Приводим пример вычисления результатов исследования. Обследуемый, 42 лет, выполнив все задания по шкале памяти, набрал 64 балла. Это его абсолютный показатель (АП). Найдя в таблице соответствующую возрастную прибавку, мы получаем результат 104 (64 балла + 40 баллов возрастной прибавки). Это скорректированный показатель (КП) обследуемого. С помощью специальной таблицы он преобразовывается в эквивалентный показатель памяти (ЭПП) — ПО. Это значит, что память обследуемого соответствует интеллекту с показателем интеллекта (IQ), равному ПО. Таким образом, исследующий как бы получает

возможность (при параллельном исследовании интеллекта и установлении его истинного уровня) убедиться в соответствии или несоответствии интеллектуального уровня и состояния мнестической функции. На практике это не всегда оказывается так. Особенные затруднения исследующий испытывает при определении эквивалентного показателя памяти в начальной стадии заболевания. Здесь возрастная прибавка и пересчет в ЭПП часто нивелируют снижение памяти. Поэтому нами был введен показатель продуктивности памяти. Аналогично тому как D. Bromley при изучении интеллекта стареющих соотносила абсолютные данные не с истинным возрастом, а с возрастом «пика» биологического и интеллектуального развития индивидуума (16—25 лет), мы к абсолютному показателю памяти прибавляли возрастную прибавку для возраста 16—25 лет. Такой показатель более четко выявляет начальное снижение памяти. Кроме того, ЭПП представляется нам недостаточно приемлемым для индивидуальных исследований и потому, что мы не знаем исходного, преморбидного, состояния интеллекта и памяти у обследуемого.

Конечно, одни лишь количественные показатели по шкале памяти Векслера не дают полной характеристики мнестической функции обследуемого. Для этого необходим тщательный качественный анализ выполнения заданий по отдельным субтестам

Тест зрительной ретенции Бентона. Тест предложен A. L. Benton (1952) для исследования запоминания рисунков различных форм. Рисунки, с помощью которых производится проба Бентона,

объединены в три формы — С, D, E. Все эти три формы эквивалентны и состоят каждая из 10 карточек-образцов. На карточке изображено несколько простых геометрических фигур. Время экспозиции карточки — 10 с. Затем обследуемый должен воспроизвести нарисованные на карточке фигуры по памяти. При этом оценка ответа производится по количественному и качественному показателям. Количественная оценка ответа несложна, правильное репродуцирование оценивается в 1 балл, неправильное — в 0 баллов. Сравнивая соотношение правильно и неправильно выполненных заданий, мы получаем своеобразный показатель умственного ущерба. Имеются также две дополнительные формы F и I, каждая из них содержит по 15 карточек. На каждой карточке — 4 набора фигур.

Более интересен качественный анализ, получаемых с помощью теста Бентона, результатов. А. L. Benton составлена специальная, таблица возможных ошибочных репродукций каждой картинке-образца. При этом различаются ошибки, наблюдающиеся у здоровых людей, и ошибки, типичные для органической церебральной патологии.

По данным J. Poitrenand и F. Clement (1965), тест Бентона весьма эффективен для геронтопсихологических исследований. На большой группе обследованных обнаружено заметное возрастание числа «органических» ошибок с возрастом, особенно после 60 лет. Кроме того, было проведено сравнение результатов, полученных с помощью теста Бентона при обследовании практически здоровых лиц и страдающих органической церебральной патологией.

Получены также статистически достоверные данные, свидетельствующие ; о том, что тест Бентона отчетливо выявляет органическую патологию. Исследование, проведенное у этих двух групп в возрастном аспекте, показало, что указанная разница данных с возрастом значительно уменьшается. Отмечено, что наличие одной «органической» ошибки возможно и у психически здоровых лиц, что может быть объяснено фактором переутомления. Наличие двух «органических» ошибок представляет большую редкость даже у очень старых обследуемых, психически здоровых.

Например, на картинке для исследования по Бентону нарисованы две главные, крупные фигуры и одна мелкая. Типичные для здоровых людей ошибки: обследуемый забыл нарисовать одну из фигур, но он сознает это и оставил для нее пустое место, либо он изменил расположение фигур на рисунке, поставив маленькую фигуру в правый верхний угол. Могут быть и другие ошибки такого рода, при которых перемещаются те или иные фигуры, но все они не считаются патогномичными для органического поражения головного мозга.

Примеры «органических» ошибок: больной разделил на фрагменты одну из основных фигур (иногда такое расчленение оригинала приводит к невозможности опознания фигуры-образца) либо воспроизвел все фигуры в одной величине. Выделено около десяти типов ошибок такого рода.

Наиболее типичные ошибки, встречающиеся у здоровых обследуемых: перестановка главной фигуры справа налево, неправильное перемещение главной фигуры по вертикали, поворот

вокруг оси малой или большой фигур, сознательный пропуск малой фигуры, сознательный пропуск элементов фигуры, поворот вокруг оси или перемещение элементов фигуры.

Примеры «органических» ошибок: полный или частичный пропуск малых фигур, повторение (дубликация) малых фигур, дубликация основной фигуры, расположение периферической фигуры между главными или внутри главной, поворот фигур на рисунке на 90 градусов.

Примеры «тяжелых» ошибок, наиболее часто наблюдающихся при явной органической церебральной патологии: тенденция к деформации фигур по размерам, повторение главной фигуры в одном и том же образце, повторение элементов фигуры в образце, контаминация (сплавление) фигур, тенденция к персеверации фигур, значительное искажение фигур, вставки в фигуры, полный пропуск образца.

Расстройства памяти также как и расстройства внимания чаще входят в структуру экзогенно-органического типа психического реагирования. Нередко они сопутствуют невротическим нарушениям.

Для астенических состояний различного генеза типичными оказываются явления истощаемости и ослабление способности к запоминанию к концу исследования. При олигофрении наблюдается равномерное снижение непосредственной и оперативной памяти.

При деменции в пожилом возрасте, как правило, нарушается механическая и ассоциативная память, резко выражены расстройства запоминания.

Для шизофрении мнестические нарушения не типичны. Гипермнезии типичны для маниакальных состояний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Александровский Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. — М.: Наука, 1976. — 272с.
2. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. — Л.: Наука, Ленинградское отделение, 1988. — 270 с.
3. Блейхер В.М. Толковый словарь психиатрических терминов/ Блейхер В.М., Крук И.В. Под ред. канд. мед. наук Бокова С.Н. // в 2-х томах. Т.1. — Ростов н/Д.: «Феникс», 1996. — 480 с.
4. Венар Ч., Кериг П. Психопатология развития детского и подросткового возраста. — СПб., 2004.
5. Кряжев М.Г. Введение в специальную психологию. — Казань, 2005.
6. Лебединский В.В. Нарушение психического развития в детском возрасте : учеб. пособие для студ. вузов / В. В. Лебединский. - М. : Академия, 2008. - 144 с.
7. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте (Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10). — М., 2003.
8. Основы специальной психологии / Под ред. Л.В. Кузнецовой. — М., 2002.
9. Психологические особенности детей и подростков с проблемами в развитии. Изучение и психокоррекция / Под. ред. У.В. Ульенковой — СПб.: Питер, 2007.

10. Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия в 2 т. / Под ред. В.В. Лебединского, М.К. Бардышевой. – М., 2002.
11. Сорокин В.М., Кокоренко В.Л. Практикум по специальной психологии / Под науч. ред. .М. Шипициной. – СПб.: Речь, 2003.
12. Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского. – М., 2005.
13. Трефимова Н.М., Дуванова С.П., Трофимова Н.Б., Пушкина Т.Ф. Основы специальной педагогики и психологии. – СПб., 2005.
14. Хрестоматия по нейропсихологии / Под ред. Е.Д. Хомской. – М., 2004.
15. Хрестоматия по психологии. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития / Под ред. В.М. Астапова, Ю.В. Микадзе. – СПб., 2001.
16. Хрестоматия по психологии. Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития / Под ред. В.М. Астапова, Ю.В. Микадзе. СПб., 2001.
17. Хрестоматия. Дети с нарушениями развития / Сост. В.М. Астапов. – М., 1995.
18. Хрестоматия. Обучение и воспитание детей «группы риска» / Под ред. В.М. Астапова, Ю.В. Микадзе. – М., 1966.
19. Юсупов И.М. Психический дизонтогенез и психогенные расстройства (детско-подросткового возраста): Научно-справочное издание / Под науч. ред. В.М. Менделевича. – Казань, 2005.