

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Кафедра психологии

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ
РАБОТА
ОСОБЕННОСТИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
ЛЮДЕЙ С ШИЗОФРЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ



Выполнила: Иванова О.С
Научный руководитель: к.п.н Суворова Н.В



Красноярск, 2019

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1. Теоретический анализ шизофренического синдрома в клинической психологии	5
1.1 Шизофрения и шизофреноподобные расстройства, их характеристика	5
1.2. Специфические клинической и патопсихологической симптоматики при шизофреноподобных состояниях.....	10
1.3. Патопсихологическая диагностика шизофренического регистр-синдрома.	
.....	16
Глава 2. Патопсихологическое исследование шизофреноподобных расстройств.	19
2.1. Патопсихологическая характеристика познавательной сферы при шизофреноподобных расстройствах.	19
2.2 Методы исследования людей с шизофреноподобным расстройством.....	20
2.3.Патопсихологический анализ результатов исследования.....	22
2.4.Рекомендации.....	24
Заключение	29
Список используемой литературы.....	30

Введение

Шизофрения остается одним из самых загадочных медицинских заболеваний, так как до сих пор неизвестны этиология и патогенез данной болезни. А эта неизвестность, в свою очередь, приводит к возникновению таких проблем, как проблема эффективного лечения и проблема более точного прогноза дальнейшего течения заболевания. Изучение характера и структуры нарушения высших психических функций с позиций синдромного анализа у больных шизофренией во взаимосвязи с клиническими данными на разных этапах лечения имеет существенное значение как для понимания патофизиологических механизмов дефекта у этих больных, так и для обеспечения надежной диагностики (при работе психолога с больными) и определения путей психологической коррекции. Клиническая картина шизофрении проявляется многообразием симптомов, формирующих основной синдром заболевания. Комбинация симптомов может отличаться у нескольких больных, а также у одного больного в различные периоды заболевания. Динамическое исследование нарушений мышления у больных с разными формами заболевания позволяет более точно выделить отдельные компоненты синдрома, определить разную степень их стабильности в ходе болезни, показать их различия у больных с разными типами течения болезни. Клиницистами уже давно замечено, что расстройства познавательной деятельности, рассматриваемые как один из компонентов шизофренического дефекта, значительно затрудняют социально-трудовое приспособление и в некоторых случаях могут приводить к формированию ряда вторичных нарушений. Между тем, проблема когнитивных нарушений как одного из важнейших факторов, нарушающих адаптацию, до сих пор недостаточно учитывается в реабилитации больных шизофренией.

Практическая ценность настоящего исследования заключается в возможности использования полученных данных для повышения

эффективности диагностической и коррекционной работы психолога с больными.

Актуальность работы Актуальность патопсихологического изучения динамики нарушений мыслительной деятельности у больных разными формами шизофрении заключается в возможности получения новых данных, необходимых для построения патопсихологического синдромного анализа нарушений, что делает актуальным выбор темы нашего исследования.

Цель: изучить особенности патопсихологического исследования людей с шизофреническим регистр-синдромом

Задачи: 1. Теоретический анализ шизофренического синдрома в современной клинической литературе

2. Разработать и провести патопсихологическое исследование клиента с шизофреническим синдромом

3. Оценить патопсихологическую симптоматику и сформулировать выводы

4. Разработать рекомендации

Объектом исследования является патопсихологический шизофренический регистр-синдром

Предметом исследования являются особенности патопсихологического исследования людей с шизофреническим синдромом

Глава 1. Теоретический анализ шизофренического синдрома в клинической психологии

1.1 Шизофрения и шизофреноподобные расстройства, их характеристика

Шизофрени́я (от др.-греч. σχίζω — раскалываю и φρήν — ум, рассудок), ранее лат. *Dementia praecox* («преждевременное слабоумие») — полиморфное психическое расстройство или группа психических расстройств, связанное с распадом процессов мышления и эмоциональных реакций. Шизофренические расстройства в целом отличаются характерными фундаментальными расстройствами мышления и восприятия, а также неадекватным или сниженным аффектом. Наиболее частыми проявлениями болезни являются слуховые галлюцинации, параноидный или фантастический бред либо дезорганизованность речи и мышления на фоне значительной социальной дисфункции и нарушения работоспособности. Многообразие симптоматики породило дебаты о том, является ли шизофрения единым заболеванием или представляет собой диагноз, за которым кроется ряд отдельных синдромов. Синдромы шизофрении у многих больных очень изменчивы, но у многих имеются симptomокомплексы, поддающиеся описанию как в поперечном срезе, так и в длительных отрезках времени. Эти синдромы вначале расценивались как самостоятельные болезни (например, парафрения, кататония, гебефрения), пока исследования Крепелиным психопатологии и течения не показали, что эти симптомообразования переходят незаметно от одного к другому или появляются заново. Они и были затем объединены в группу шизофрений.

Шизофрения одинаково часто поражает лиц обоих полов, но у мужчин обычно начинается раньше, с пиком заболеваемости в 20-28 лет против 26-32 лет у женщин. Гораздо реже шизофрения случается в раннем детском возрасте, также редки случаи поздней (начало в среднем возрасте) и очень поздней (в пожилом возрасте) шизофрении. Распространённость за период

жизни обычно указывается равной 1%, однако систематический обзор исследований, проведённый в 2002 году, дал результат в 0,55%. Вопреки популярному мнению о равномерном распространении шизофрении по всему миру, обнаруживается вариация заболеваемости в масштабах земного шара, внутри отдельных стран, и на более низких уровнях, вплоть до городских районов.

У больных шизофренией с большой вероятностью диагностируются коморбидные расстройства (сопутствующие болезни), — в их числе депрессии и тревожные расстройства; риск алкоголизма и наркомании составляет около 40%. Частые социальные проблемы, такие как длительная безработица, бедность и бездомность. Повышенный риск самоубийства и проблемы со здоровьем обусловливают снижение продолжительности жизни, которая у больных на 10-12 лет короче по сравнению с людьми, не страдающими шизофренией. Болезнь является одной из основных причин, приводящих к инвалидности. В числе факторов, обуславливающих более благоприятное течение, - женский пол, преобладание позитивных (в противовес негативным) симптомов, больший возраст при первом эпизоде, хороший уровень функционирования до болезни, принятие и поддержка со стороны близких и знакомых и др. По достижении ремиссии, пациент может вернуться к повседневным делам и вести себя как обычный, психически здоровый человек. Тем не менее, на данный момент шизофрения не лечится. Это говорит о том, что максимальным успехом терапии является ремиссия, за которой может последовать новый приступ обострения. Чтобы этого не произошло, пациенту следует соблюдать врачебные рекомендации вне зависимости от своего состояния. Даже если он кажется полностью здоровым — это не так, и в случае отсутствия поддерживающей терапии возможен очередной рецидив. И каждое последующее обострение будет протекать тяжелее предыдущего.

До настоящего времени сохраняется деление шизофрении на четыре подформы, или подгруппы (так названы синдромы шизофрении). В пользу этого говорят многие аргументы: господствующая симптоматика может быть определена; семейные исследования определяют значительную частоту сходных подформ у родственников; синдромы коррелируют в определенной степени с тенденциями течения; они могут давать указания к выбору лечения; наконец нет убедительного подразделения шизофрении, так что эти «подформы» вошли и в новые классификации. И все же это подразделение остается неудовлетворительным, особенно в этиологическом аспекте.

1. Галлюцинаторно-параноидная форма.

Данный тип проявляется наличием бреда, галлюцинаций. При бредовом состоянии пациент говорит о вещах, не существующих в реальности, логика человека становится необъяснимой. Она формируется вокруг определенной тематики, то есть бред строится на ревности, мании величия, изобретательстве и т.д. Вместе с тем меняется поведение, что приводит к полной ассоциализации, неспособности вести семейные, рабочие дела. Галлюцинации зачастую встречаются звуковые. Пациент слышит несуществующие голоса, которые могут давать ему команду к действию. Они могут быть угрожающими, осуждающими. Шизофрения с чисто параноидно-галлюцинаторной симптоматикой начинается позже других форм. Пик болезни приходится на четвертое десятилетие, у 35% еще позже. Если болезнь развивается десятилетия или дольше, говорят о поздней шизофрении. В таких случаях личность мало меняется, а «дефектные» состояния невыраженные; но сама параноидно-галлюцинаторная симптоматика становится хронической.

2. Кататоническая форма.

При такой форме, у человека ясное сознание, но нарушается двигательная функция, пациент может входить в состояние ступора или чрезмерной возбужденности. В отличие от прежнего вида, шизофрения данной классификации вызывает напряженность, человек может принять

странную позу, потерять дар речи, закричать, резко побежать, проявить агрессию к окружающим безо всяких на то причин. Острая кататоническая симптоматика дает в целом благоприятный прогноз. Часто наряду с кататонической симптоматикой наблюдаются бред и галлюцинации. При хронически протекающих шизофрениях и при выраженных резидуальных (дефектных) состояниях, кататонические симптомы отсутствуют редко. При поздней шизофрении кататонические формы едва ли встречаются.

Эпизодические кататонии. Это особый тип течения: остро возникающая и резко выраженная кататоническая симптоматика, хорошо поддается терапии, краткая длительность эпизодов болезни. Имеются тенденции к рецидивам, но не к резидуальным состояниям. Эта форма близка к шизоаффективным психозам.

Злокачественная кататония. Наряду с кататоническими симптомами при этой форме развивается высокая лихорадка (без явной инфекции), отмечаются расстройства кровообращения, эксикоз, цианоз и иногда геморрагии. Больные или чрезмерно возбуждены (они буйствуют и кричат), или находятся в ступоре с напряженным мышечным тонусом и очевидной аффективной напряженностью (тихое возбуждение). Это состояние угрожает жизни.

3. Гебефреническая форма.

Проблемы с психикой возникают еще в юном возрасте, нарушается воля человека. Болезнь без труда выявляется внешне — больной становится неадекватным, глупым, недалеким, одевается нелепо, постоянно веселится без причины. Неспособность работать, учиться наступает очень быстро. Определение «гебефренический», с одной стороны, отражает определенную симптоматику, это прежде всего несерьезное, нелепое расположение духа и поверхностность, как и расторможенность, а с другой стороны, это определенный тип течения - начало заболевания в юношеском возрасте и довольно неблагоприятный прогноз. Таким образом, это понятие неоднозначно. Однако симптоматика и неблагоприятный прогноз совпадают.

Поэтому правильнее разделить определения «гебефренический» и «гебефрения». Американская психиатрия говорит о дезорганизованном типе шизофрении.

4. Простая шизофрения.

При этой форме болезнь развивается почти незаметно и в своем течении остается недраматической. Не возникает каких-либо острых синдромов с параноидно-галлюцинаторной или кататонической симптоматикой. Постепенно, развиваются ведущие симптомы шизофрении. Когда больные попадают к врачу, позади у них уже много лет болезни. Они постепенно ослабевают в витальности и динамичности, обращают на себя внимание в конце концов падением инициативы и бессилием, все больше запускают свои дела, слабеют их межчеловеческие связи и вообще их отношение к реальности озабочивает, больные становятся аутичными. Чаще всего показательны расстройства мышления, дополнительные симптомы отсутствуют, хотя могут наблюдаться отдельные бредовые явления и легкие кататонические симптомы, например гримасничанье. Болезнь протекает прогредиентно и приводит, хотя и не без исключений, к выраженным резидуальным состояниям. При простой форме шизофрении симптоматика редуцируется до основных симптомов. Речь идет не об abortивных формах, а о ядерной группе шизофрений. Возможности терапевтического влияния значительно меньше, чем при шизофрениях с острой манифестацией и с дополнительными симптомами. Легкие формы простой шизофрении нередко обнаруживаются среди родственников больных шизофренией, многие из которых никогда не попадают на лечение. В таких случаях говорят о латентной шизофрении или ее стертых формах. Многие чудаки и отчужденные личности — это латентные шизофреники. Они выделяются в своей среде упрямством, необычным образом жизни и малой приспособляемостью. О латентной шизофрении приходится думать и тогда, когда без видимых причин падает витальность и динамичность, и личность

опускается в своем развитии. Это может случиться в пубертате и юношестве, а также в более позднем возрасте.

Приблизительные синонимы используют в таких понятиях, как псевдоневротические шизофрении, пограничные шизофрении и шизотипические расстройства; они обозначают скорее дифференциально-диагностические проблемы, чем картины болезни. Дифференцировать следует и с органическими психозами, поскольку в начальных стадиях и при легкой выраженности разграничение психоорганической симптоматики бывает затруднительно. При этом следует принимать во внимание, что шизофрения может возникать на психоорганической почве.

Особые формы шизофрении

Эти формы не всеми психиатрическими школами включаются в рамки шизофрении. Иногда их рассматривают как отдельные психические заболевания, иногда же их включают в число других нешизофренических психических расстройств - причисляют к расстройствам личности (психопатиям), к маниакально-депрессивному психозу и т.п.

- Вялотекущая шизофрения
- Неврозоподобная шизофрения
- Психопатоподобная шизофрения
- Паранойяльная шизофрения (паранойя)
- Фебрильная шизофрения
- Приступообразная шизофрения
- Шизоаффективные психозы

1.2. Специфические клинической и патопсихологической симптоматики при шизофреноподобных состояниях

Структура синдрома складывается из специфических особенностей когнитивной, эмоциональной и мотивационной сфер. Когнитивная сфера

включает в себя ряд характерных признаков, по которым различаются как восприятие, так и процессы внимания, памяти, мышления.

Восприятие во многих случаях является начальным признаком шизофренических изменений, что предшествует появлению специфических особенностей мышления и эмоциональности больного. При нарушении мотивационной стороны восприятия снижаются интерес к заданию, реакция на оценку экспериментатора и т. д. Изменения субъективного значения отдельных элементов действительности могут приводить к ограниченности, нереалистичности, фантастичности восприятия. Нарушения восприятия при шизофрении легко обнаруживаются при выполнении теста Роршаха. Диссоциативный процесс проявляется на уровне восприятия продуцированием расщепленных, фрагментарных, диссоциированных образов. Так, при выполнении теста Роршаха больные демонстрируют, как правило, три патологические категории образов:

- дефицитарные («человек без головы», «пиджак без рукавов», «тигр без хвоста»);
- диссоциативные («раздавленное животное», «расплощенная кошка», «раскатанные по асфальту внутренности человека»);
- символические («торжество справедливости», «наказание зла»).

Подобные интерпретации тесно связаны с характерными для больных шизофренией – нарушениями мышления и аффективно-личностными нарушениями.

Внимание при шизофреническом симптомокомплексе также имеет свои специфические особенности. Как правило, при относительно сохранном интеллектуальном уровне и относительно сохранной памяти внимание нарушается в значительно большей степени. Характерен диссонанс между большей сохранностью непроизвольного и более заметным нарушением произвольного внимания. Изменение субъективного значения отдельных

элементов действительности может приводить к неадекватной направленности внимания. Степень устойчивости внимания варьирует. При исследовании внимания с помощью проб Шульте, «счета с переключением» можно выявить изменения объема и переключаемости произвольного внимания, отметить отвлекаемость на посторонние раздражители, связанные с формальностью мотива. Истоцаемость, особенно субъективная, в основном бывает повышенной. Непроизвольное внимание обычно страдает меньше, характерно снижение внимания к ошибкам, реакциям экспериментатора.

Память страдает преимущественно за счет снижения ее мотивационного компонента. При этом может уменьшаться объем непосредственной памяти, нарушаться динамика мнестической функции. Опосредованная память страдает в значительно большей степени вследствие нарушения функции опосредования. При исследовании непосредственного запоминания можно отметить нарушение его динамики – феномен «плато» (мнемограмма по типу 3/5/7/7/7/4). В силу нарушения процессов ассоциирования продуктивность опосредованного запоминания (методика пиктограмм) также обычно невысока и может быть ниже объема непосредственного.

Мышление при шизофрении в большей части нарушено. Его нарушение является первичным и одним из ведущих компонентов данного патопсихологического симптомокомплекса. Нарушается функция всех основных звеньев мыслительной деятельности – операционального, динамического, мотивационного компонентов, критичности. Необходимо отметить, что встречающееся выделение различных вариантов данного синдрома обусловливается разной степенью представленности и выраженности описанных нарушений.

Нарушение операциональной стороны мышления включает в себя следующее:

1. Искажение процесса обобщения по типу актуализации несущественных (преимущественно латентных или гиперабстрактных) признаков, а также частая опора на второстепенные, поверхностные, личностроенно значимые признаки. Искажение процесса обобщения и отвлечения у больных шизофренией особенно легко выявить, применяя методику классификации. Распределение карточек на группы производится больными чрезмерно обобщенно, без связи с реальным содержанием явлений либо по несущественным, необычным, неадекватным признакам. Например, к одной группе могут быть отнесены все предметы удлиненной формы, все предметы желтого цвета или все предметы, названия которых начинаются с буквы «к». При выполнении заданий по методике исключения больные также производят обобщение по несущественным, формальным признакам. Например, больной объединяет в одну группу ножницы, катушку и трубку, потому что «все они имеют сквозные отверстия».
2. Расстройство (ослабление) категориального строя мышления. В тех случаях, когда ошибочные суждения единичны, эпизодичны, можно говорить о соскальзываниях. Соскальзывания наблюдаются у больных шизофренией при их относительной сохранности. Б. В. Зейгарник относил соскальзывания к нарушениям логического хода мышления и характеризовал их следующим образом: верно решая какое-либо задание или адекватно рассуждая о каком-либо предмете, больные неожиданно сбиваются с правильного хода мыслей из-за возникшей ложной ассоциации, а затем вновь способны продолжать рассуждение последовательно, не исправляя допущенной ошибки.
3. Снижение уровня обобщения, которое обнаруживается на более поздних стадиях развития заболевания в связи с обусловленным различными причинами нарастанием «органического» профиля изменений.

Нарушение мотивационного компонента мышления может проявляться в следующих формах:

1. Разноплановости (суждения о каком-либо явлении протекают в разных плоскостях; определения и выводы не представляют собой планомерного и целенаправленного высказывания). При исследовании методикой исключения нередко у больных шизофренией обнаружаются явления разноплановости мышления. Одно и то же задание больной выполняет в нескольких вариантах (иногда один из них правильный). При этом предпочтение какому-либо решению не отдается. Например, задание, требующее обобщения измерительных приборов, больной решает так: «Здесь могут быть три плана. Первый план – я исключаю очки. При этом руководствуюсь не желанием слепоты духовной. Очки – это символическая согласованность, свидетельствующая о слепоте. Второй план – при рассмотрении с позиций человеческой необходимости использования в быту – нужны все четыре предмета. Есть и третий план – все эти предметы, кроме весов, являются более единичными, цельными по своей природе». Эти явления разноплановости наблюдаются и при обследовании больных шизофренией с помощью других экспериментальных методик, где предполагается целенаправленная и последовательная деятельность (например, соотношение пословиц и фраз), так как разноплановость – проявление нарушения целенаправленности мышления.
2. В резонерстве (склонности к рассуждениям со своеобразной аффективной захваченностью, сужением круга смыслообразующих мотивов, с повышенной тенденцией к оценочным суждениям). Случайные, неадекватные ассоциации обнаружаются в пиктограммах больных шизофренией. Применяя методику пиктограмм, можно выявить нарушения ассоциативного процесса зачастую тогда, когда они еще остаются незаметными при исследовании другими

методами. Обнаруженные в пиктограммах у больных шизофренией расстройства соотнесения абстрактно-смысовых и предметно-конкретных компонентов аналитико-синтетической деятельности можно расценивать как результат нарушения взаимодействия сигнальных систем. При указанной методике исследований у больных нередко отмечается своеобразная легкость, с которой они подбирают образы для опосредования. Иногда вся пиктограмма представлена чрезмерно отвлеченными, абстрактными значками. Такие формально-схематические пиктограммы наблюдаются только у больных шизофренией. По Г.В. Биренбаум, они отображают характерную для мышления этих больных «пустую» символику – это не присущая здоровым способность абстрагироваться как высшее проявление психической деятельности, а вычурный, формальный способ искаженного отражения действительности, обусловленный аутизмом больных шизофренией. С преобладанием случайных, несущественных ассоциаций, с актуализацией «слабых» признаков предметов и явлений связаны и наблюдающиеся у больных шизофренией явления бесплодного мудрствования – резонерства, которое проявляется при объяснении больными смысла прочитанных рассказов. Вот как был понят больным рассказ «Колумбово яйцо»: «Колумб, прежде чем отправиться в экспедицию, все предварительно взвесил: ибо самое трудное – это подготовка к экспедиции, а не свершение. Что касается яйца, то теоретически оно не может стоять вертикально, так как разбитое яйцо – это уже не яйцо. Дело в том, что яйцо – это идея путешествия. Идеи бывают разные – осуществимые и неосуществимые. Поставив яйцо вертикально, Колумб продемонстрировал согражданам превращение идеи неосуществимой в осуществимую».

3. В общем нарушении процесса саморегуляции познавательной деятельности. Снижается целенаправленность познавательной деятельности, предпочтение отдается легко актуализируемым

способам, избегаются трудности и интеллектуальное напряжение. По характеру проведения классификации больными шизофренией нередко можно судить о нарушении у них целенаправленности мышления, приводящем к непродуктивности мыслительной деятельности, хотя выполнение отдельных, достаточно сложных заданий свидетельствует о том, что интеллектуальный уровень у них не снижен. Примером этого является классификация, построенная на несопоставимых критериях, когда в основе классификации не лежит какая-то единая система: отдельные группы подбираются по количеству букв в названиях предметов, в то время как другие группы выделяются по критериям «живое-неживое», «существа женского или мужского пола».

Нарушение динамики мышления также в значительном числе случаев характерно для больного шизофренией: чаще встречается ускорение ассоциативного процесса, реже – его замедление. Могут выявляться лабильность мышления (колебание темпов выполнения и использование разных уровней обобщения); иногда, особенно на начальных этапах параноидной шизофрении, – инертность мышления. Нарушение критичности мышления характерно для всех этапов заболевания, что является важным диагностическим признаком в случаях, когда расстройства операционного и мотивационного компонентов не носят еще развернутого характера.

1.3. Патопсихологическая диагностика шизофренического регистр-синдрома.

Диагностика шизофрении и ограничение ее от других психических заболеваний основывается на характерных изменениях личности, психопатологических особенностях синдромов, а также особенностях течения и форм этого заболевания. Шизофрения - многоликое заболевание. Следует помнить, что очень часто под шизофрению "маскируются" другие психические расстройства. Поэтому чтобы поставить правильный диагноз, требуется детальное изучение всех проявлений заболевания и длительное

наблюдение за пациентом. Для этого разработаны углубленные диагностические программы, проводятся специальное психологическое тестирование и консультации ведущих специалистов.

Современная комплексная диагностика шизофрении *по зарубежному стандарту* включает:

1. *Сбор биографических данных* осуществляется для каждого нового пациента, и это является обычной процедурой. Выясняются особенности развития, признаки начала заболевания, жалобы на настоящий момент, наличие различных соматических заболеваний, задаются вопросы о приеме наркотиков и алкоголя. Поскольку больные с острыми психическими расстройствами часто не могут четко ответить на вопросы врача психиатра, большую помощь в выяснении нужной информации могут оказать родственники и друзья пациентов. При расспросе можно выявить такие наиболее типичные симптомы как слуховые галлюцинации и/или бредовые идеи.
2. *Психологические тесты* (патопсихологические, нейропсихологические) - оказывают существенную помощь при постановке диагноза шизофрении в ранней стадии или при пограничных случаях.
3. *Магнитно-резонансную томографию (МРТ)*.
4. *Электроэнцефалографию (ЭЭГ)*
5. *Лабораторные исследования.*
6. *Терапевтическое и неврологическое обследование* - проводятся в целях исключения соматических заболеваний, способных провоцировать расстройства психики.
7. *Другие дополнительные методы диагностики*
 - Нейрофизиологическое исследование (вызванные потенциалы).

- Исследование структуры ночного сна.
- Вирусологическое исследование (исключение нейроинфекций).
- Дуплексное сканирование сосудов головного мозга.

Глава 2. Патопсихологическое исследование шизофреноидных расстройств.

2.1. Патопсихологическая характеристика познавательной сферы при шизофреноидных расстройствах.

Протокол патопсихологического исследования

Пациент N, 54 года.

Родился 26.12.1965 в г. Красноярске.

7 лет назад получил травму головы, в следствие чего, органическую травму мозга, после которой начались нарушения мышления, памяти, внимания. Страдает кратковременная память – помнит даты, имена, адреса, таблицу Менделеева, но может не помнить, что было утром. Для этого по заданию психолога ежедневно ведет личный дневник. Так же, присутствуют, подозрительность, маниакально-бредовые мысли по отношению к своим соседям, вплоть до постоянных жалоб в полицию на них с его стороны. Параноидные мысли случаются приступообразно - около 3 месяцев, пациент спокоен, после чего, (часто в следствие стрессовых ситуаций) наступает маниакальная фаза, становится агрессивным. Принимает препараты, название не знает.

Отношение к обследованию: Адекватное. Но очень волновался перед встречей (со слов матери пациента). Был в хорошем настроении. Любезно разговаривал, отвечал на все вопросы, некоторые факты просил записать. Адекватно оценивает происходящее, знает какой сегодня день, какой месяц, время года. Не считает, что у него есть проблемы со здоровьем.

При рассказе о своей жизни называет все адреса, по которым когда либо, проживал (Вавилова 57, Западная 5, школа по адресу Вавилова 49Б и т.п.). Школу закончил в 1979 году, перечислил имена своих школьных учителей. По словам пациента, учился в школе на 4 и 5. На вопрос о любимых предметах в школе назвал историю, математику, географию,

физику. Был задан уточняющий вопрос об одном любимом предмете, выделил математику. После школы поступил в институт цветных металлов в г. Красноярске, закончил его в 1987 году. После чего устроился на работу, перечислил своих коллег по работе, начальство. В красках рассказывал о поездках в командировку. Был женат, с женой прожили в браке 9 лет, развелись. Детей нет. Родители живы. Есть двоюродный брат и племянница. С удовольствием рассказывает про членов своей семьи в мельчайших подробностях – фио, адреса проживания, родственные связи, семейные ситуации, например, что, 2 года назад с родственниками в конкретный день и время поехали на экскурсию в Дивногорск на теплоходе и вернулись обратно в конкретное время.

На вопрос о своих занятиях сейчас, рассказал, что сейчас «сезон огорода», продолжил свой рассказ местоположением дачи, тем что ездит туда со своим лучшим другом Рамилем (и адрес его проживания), у которого есть машина, а так же, что они часто ездят на ручей возле дачи, что бы набрать родниковой воды.

2.2 Методы исследования людей с шизофреноподобным расстройством

Для исследования мыслительных процессов были использованы методики «сходство» и «простые аналогии».

1. «Сходство» (Тест из методики Векслера)

Направлена на установление определенных отношений между однородными и разнородными понятиями. Позволяет судить об уровне обобщения, умении выделять родовые и видовые понятия, способность к абстрагированию.

1.	Пара слов	Ответ пациента
2.	Апельсин-банан	Фрукты
3.	Пальто-платье	Одежда

4.	Топор-пила	Инструменты
5.	Собака-лев	Звери
6.	Стол-стул	-
7.	Глаз-ухо	Здоровье
8.	Север-запад	Направление
9.	Поэма-статуя	Изобретение (изобретение)
10.	Яйцо-зерно	Еда
11.	Поощрение-наказание	Награда - в угол
12.	Древесина-спирт	-
13.	Воздух-вода	Природа
14.	Муха-дерево	Природа

2. «Простые аналогии»

Выполнение этого задания требует понимания логических связей и отношений между понятиями, а также умения устойчиво сохранять заданный способ рассуждений при решении длинного ряда разнообразных задач.

1.	Лошадь Жеребенок	Корова Пастбище, рога, молоко, теленок, бые
2.	Яйцо Скорлупа	Картофель Курица, огород, капуста, суп, шелуха
3.	Ложка Каша	Вилка Масло, нож, тарелка, мясо, посуда
4.	Коньки Зима	Лодка Лед, каток, весло, лето, река
5.	Ухо Слышать	Зубы Видеть, лечить, рот, щетка, жевать
6.	Собака Шерсть	Щука Овца, ловкость, рыба, удочки, чешуя
7.	Пробка	Камень

	Плавать	Пловец, тонуть , гранит, каменщик, возить
8.	Чай Сахар	Суп Вода, тарелка, крупа, соль , ложка
9.	Дерево Сук	Рука Топор, перчатка , нога, работа, палец
10.	Дождь Зонтик	Мороз Палка, холод , сани, зима, шуба
11.	Школа Обучение	Больница Доктор, ученик, учреждение , лечение, больной
12.	Песня Глухой	Картина Хромой, слепой , художник, рисунок, больной
13.	Нож Сталь	Стол Вилка , дерево, стул, пища, скатерть
14.	Рыба Сеть	Муха Решето, комар, комната, жужжать, паутина
15.	Птица Гнездо	Человек Люди, птенец, рабочий, зверь, дом
16.	Железо Кузнец	Дерево Столяр , кора, листья, пила, пень

2.3. Патопсихологический анализ результатов исследования

Критериями выбора методик были: направленность на исследование мышления; структура методики в виде заданий, каждое из которых можно

оценить отдельно; возможность количественной оценки результата выполнения задания.

1. «Сходство»

При рассуждениях над некоторыми парами, клиент, начинал рассказывать истории, не относящиеся к заданию, не сколько раз пациента приходилось «возвращать». Долго размышлял над парой №8, после чего замечена усталость, из внимания пациентом был упущен смысл задания, что отчетливо видно в паре № 11. Встречаются такие пары объектов (или понятий), которые несравнимы. Пациент был предупрежден, но все же не которые пары, попытался сравнить, например «дерево-спирт, при слове спирт, начал рассуждать о таблице Минделеева. В начале, испытуемому удавалось выделить сходства между понятиями, что говорит о том, что уровень обобщения испытуемого нормальный, но отмечается сложность в концентрации внимания и быстрая утомляемость.

2. «Простые аналогии»

В ходе решения задач, пациент в своих рассуждениях мог отвлекаться на рассказы о своей жизни: «В школе – учится, в больнице – лечатся, вы знаете, я ходил сдавать анализы в больницу по адресу Кутузова 71, и там сдавал анализы разные, кровь сдавал».

Замечено, что испытуемый в некоторых случаях, вместо того, чтобы руководствоваться при выборе слова образцом логической связи слева, просто подбирал к верхнему слову справа какое-либо близкое по конкретной ассоциации слово из нижних. В какие-то моменты без напоминаний со стороны экспериментатора, возвращался к правильному способу решений. Такая неустойчивость процесса мышления, соскальзывание суждений на путь случайных, облегченных, ненаправленных ассоциаций наблюдается при утомляемости испытуемых, при хрупкости процессов мышления как органического, так и шизофренического генеза. В ходе разговора с

пациентом отмечаются сложности с концентрацией внимания. Хорошая память на события из детства и молодости, но не способность вспомнить, чем занимался совсем недавно. Таким образом, на основе имеющихся данных и данных, полученных в ходе обследования, мы можем сказать, что у пациента имеются нарушения мышления, (целеполагание и аналогии), при галлюцинаторно-параноидной форме шизофрении.

2.4. Рекомендации

Рассмотрение психологической структуры шизофрении (позиция патопсихологического синдрома шизофренического дефекта) позволяет обозначить главные принципы коррекции и адаптации больного:

- Коррекция нарушений мышления.
- Использование арт-терапия для снижения агрессивности, подозрительности пациента, восстановление навыков позитивного межличностного взаимодействия, стимулирование выражения эмоций (в том числе и негативных).

1. Для коррекции нарушения мышления, развития познавательной активности, повышения качества усвоения и понимания информации рекомендуется использовать задания с текстами, в которых, пациенту нужно выделить главную мысль, тему текста и придумать заголовок. Допускаются разные вариации заданий, например, выделить из текста предложение, отражающее главную мысль или же, к тексту могут даваться дополнительные суждения, из которых нужно выбрать верное, отражающее главную мысль. Рекомендуется использовать тексты и задания, от простых к сложным. Обязательно фиксировать рассуждения пациента. Примеры:

2.

Текст 1. Скворцы прилетели в марте. Они устроились в дупле березы. Птицы работали весь день. Скворцы носили в гнездо перья, траву, сухой мох. Вечером они садились на ветку и пели. Берегите скворцов, они наши друзья.

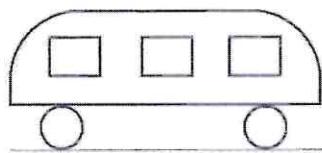
Текст 2. Пришла осень. Часто лют дожди. Смолкли птичьи песни. Ушли в улья пчелы. Сильный ветер рвет листву с деревьев. Под елью в траве уснул еж. Как красив осенний лес! Березки надели золотые платья. Листва клена разрумянилась. Густая листва дуба стала как медь. Сосны и ели остались зелеными. Пестрый ковер листвьев шуршит под ногами. А сколько грибов в лесу!

Текст 3. Такие, что и нарочно не придумаешь! То плоские, как поднос, то круглые, как тарелки, а то совсем бесформенные, вроде морского конька – тряпичника, похожего на лоскут. Многих рыб и назвали за форму тела. Рыба-сабля похожа на саблю, рыба-молот – на молот, рыба-игла – на иглу, рыба-ремень – на ремень. Рыбаеж, рыба-язык, рыба-кузовок.... А камбала! Плоская, словно блин, плавает на боку, и оба глаза с одной стороны.

Текст 4. Любой продукт питания, как и обычное топливо, содержит в качестве энергоносителей различные соединения углерода (жиры, углеводы). В живом организме они окисляются, соединяясь с кислородом. Энергетическая ценность как продуктов, так и топлива определяется в калориях. В организме происходит медленное, многоступенчатое «внутреннее» сгорание продуктов. Еще в 1780 г. французские ученые Антуан Лавуазье и Пьер Лаплас доказали, что тепловые эффекты при «внешнем» сгорании топлива и «внутреннем» сгорании продуктов абсолютно одинаковые.

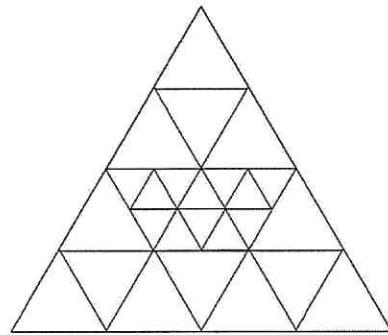
Так же, возможно решение логических задач, различной степени сложности. Например, простейшие детские:

1. Куда едет автобус?



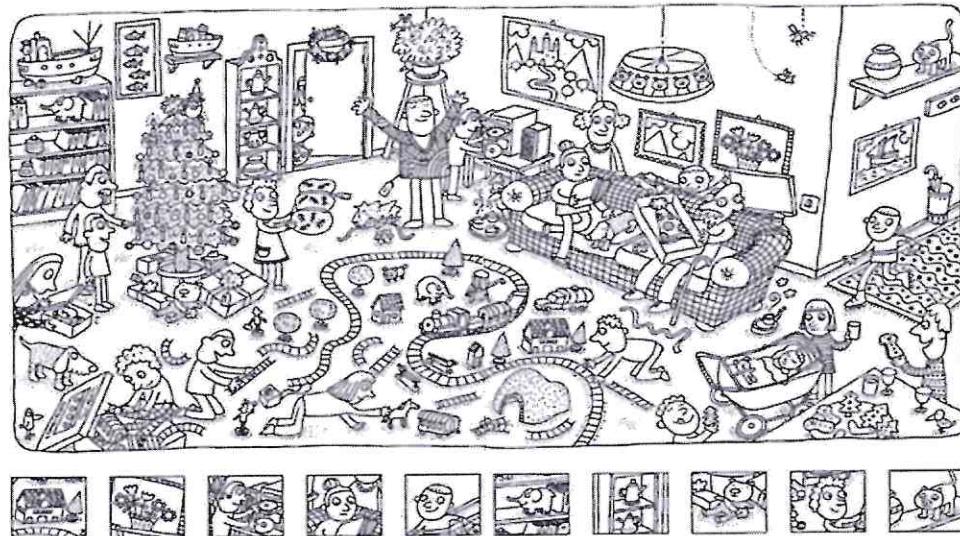
Более сложные:

2. Сколько треугольников в фигуре?



3. Назовите пять дней, не называя чисел (1, 2, 3...) и названий дней (понедельник, вторник, среда...)

Одним из вариантов работы могут быть картинки, на которых нужно найти спрятанные предметы, например



3. Поскольку параноидная непрерывно текущая шизофрения связана с нарушениями также и в эмоционально-волевой сфере личности, коррекционные процедуры должны быть ориентированы на воздействие именно на эту сферу. Средством такого воздействия может быть творческая работа (творческое самовыражение), предполагающая, с одной стороны, переживание положительных эмоций, вызванных объективными характеристиками достижений в творческой деятельности, с другой стороны, преодоление трудностей при движении к намеченной цели деятельности. Как вариант арт-терапии, может быть использованы раскраски-антистресс. Занимаясь достаточно мелкой работой, человек отвлекается от внешних раздражителей, что значительно успокаивает. Раскрашивание картинок развивает творческие способности, а мелкие детали – внимание и аккуратность.

Работа с мелкими деталями держит мышцы рук в тонусе, что впоследствии поможет избежать проблем в пожилом возрасте, снижает активность тех участков головного мозга, которые отвечают за негатив, переживания, тревожность, страхи. Такой же эффект наблюдается в процессе медитации. Снимается психоэмоциональное напряжение, улучшаются общее самочувствие, сон, работоспособность, настроение, происходит оздоровление организма в целом.



Заключение

Шизофрения является едва ли не самым «размытым» в диагностическом плане расстройством. Имеющиеся диагностические критерии (МКБ-10) предлагают разнообразные неспецифичные симптомы. Клинические проявления различных форм шизофрении крайне далеки друг от друга. Зачастую психиатрам приходится дифференцировать шизофрению с шизотипическим расстройством, бредовым расстройством, аффективными нарушениями, расстройствами личности и др., т.к. границы между этими состояниями достаточно стерты. В соответствии с патопсихологическим синдромальным подходом, эти нарушения (прежде всего негативные симптомы) имеют в своей основе коренные психологические изменения в личности пациента. Актуальность патопсихологического изучения динамики нарушений мыслительной деятельности у больных разными формами шизофрении заключается в возможности получения новых данных, необходимых для построения патопсихологического синдромного анализа нарушений.

После анализа теоретических аспектов шизофренического синдрома и его особенности, на основе этого, было проведено патопсихологическое исследование и составлены рекомендации для дальнейшей работы с пациентом. В ходе проведения патопсихологического исследования проведенного на пациенте N, мы определили, что у него имеются нарушения мышления, что подтвердило теоретическую часть работы. Ведущее нарушение при шизофрении – нарушение мыслительных процессов. В работе предложены несколько методик, которые помогут психологу в работе с пациентом с подобным расстройством. Полученные в ходе патопсихологического исследования данные и предложение методики, могут быть использованы для повышения эффективности диагностической и коррекционной работы психолога с больными.

Список используемой литературы

1. Джонс С., Хэйворд П. Лицом к лицу с шизофренией .М.: ФАИР-ПРЕСС, 2012.
2. Бетенски М. Что ты видишь? Новые методы арт-терапии. - М.: Эксмо-пресс, 2002. - С. 42.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Издательство Московского университета, 1976. - 238 с.
4. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. М.: Издательство Московского университета, 1980. - 157 с.
5. Миронова Е.Е. Сборник психологических тестов. Ч. II. Минск: Женский институт ЭНВИЛА, 2006. – 140 с.
6. Поляков Ю.Ф. Исследование нарушений психических (познавательных) процессов. В кн.: Шизофрения. Клиника и патогенез. М.: Медицина, 1969, с. 199-250.
7. Соколова Е.Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. -М.: Издательство Московского университета. 127 с.
8. Интернет-ресурс: <https://www.profguide.io/myshlenie/category/logic/>