

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

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ  
ИНТОКСИКАЦИИ

Выполнил: Наветова Ольга Александровна

Научный руководитель: к.п.н., доцент, Суворова Наталия Владимировна



Красноярск 2017

## Реферат

Выпускная квалификационная работа 57 страниц, 11 приложений.  
ОСОБЕННОСТИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА  
ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Цель работы – изучить особенности интеллектуальной деятельности  
при алкогольной интоксикации.

Предметом данного исследования стали особенности интеллектуальной  
деятельности при алкогольной интоксикации.

Была разработана программа сохранения интеллектуальной  
деятельности у лиц с хронической алкогольной интоксикацией.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	3
I. Теоретический анализ особенностей интеллектуальной деятельности на фоне хронической алкогольной интоксикации .....	5
1.1. Характеристика хронической алкогольной интоксикации.....	5
1.2. Патологические особенности интеллектуальной сферы при хронической алкогольной интоксикации .....	12
1.3. Специфика патопсихологических исследований лиц, страдающих хронической алкогольной интоксикацией .....	16
II. Патопсихологическое исследование лиц с хронической алкогольной интоксикацией .....	22
2.1. Характеристика патопсихологического исследования.....	22
2.2.      Интерпретация      результатов      патопсихологического исследования.....	27
2.3. Программа сохранения интеллектуальной деятельности у лиц с хронической алкогольной интоксикацией .....	29
Вывод .....	32
Заключение .....	33
Библиографический список .....	34
Приложение 1 .....	36
Приложение 2 .....	38
Приложение 3 .....	45
Приложение 4 .....	47
Приложение 5 .....	49
Приложение 6 .....	50
Приложение 7 .....	52
Приложение 8 .....	53
Приложение 9 .....	54
Приложение 10 .....	56
Приложение 11 .....	57

## Введение

Злоупотребление алкоголем, известное с древнейших времен, сейчас распространилось в размерах, тревожащих всю мировую общественность. Особенно гибельно злоупотребление в молодежной среде, поскольку при этом страдает и настоящее, и будущее общества. Алкоголизм – это болезнь в результате злоупотребления алкоголем в таких дозах и с такой частотой, которые приводят к потере эффективности в работе и нарушению семейных взаимоотношений и общественной жизни и к расстройствам физического и психического здоровья.

Данная проблема является актуальной, так как алкоголизм как комплексная проблема влечет за собой ряд негативных последствий психологического, медицинского, социального, юридического характера. Злоупотребление алкоголем ведет к нравственной деградации и антисоциальному поведению. И хотя пьянство и алкоголизм не являются непосредственной причиной преступности, между ними существует реальная связь, и рост потребления спиртных напитков сопровождается ростом преступности. При этом чаще всего в состоянии алкогольного опьянения совершаются преступления против личности: хулиганство, умышленное убийство, тяжкие телесные повреждения, изнасилования.

Этиловый спирт — это наркотик, который вызывает негативные последствия для здоровья. В результате длительного злоупотребления развивается алкогольная деменция, которая с определенного момента становится необратимой. Больной может стать инвалидом, полностью утратив способность двигаться и обслуживать себя самостоятельно.

У больных серьезно повреждаются или полностью утрачиваются жизненно важные функции интеллекта: память, речь, рассуждение, восприятие.

Данная работа является исследовательской.

Гипотеза: Нарушения интеллектуальной деятельности при хронической алкогольной интоксикации имеют свои особенности.

Объект: Интеллектуальная деятельность на фоне хронической алкогольной интоксикации.

Предмет: Особенности интеллектуальной деятельности при алкогольной интоксикации.

Цель: Изучить особенности интеллектуальной деятельности при алкогольной интоксикации.

Задачи:

- Теоретический анализ проблемы хронической алкогольной интоксикации;
- Разработка патопсихологического диагностического комплекса для исследования интеллектуальной деятельности при алкогольной интоксикации;
- Интерпретация полученных результатов исследования;
- Создание психодиагностической программы для лиц с хронической алкогольной интоксикацией для выявления интеллектуальных нарушений; создание коррекционной программы по данной проблеме;

В исследовательской части данной работы примет участие мужчина, 55 лет (Испытуемый Н.), стаж алкоголизма – 15 лет.

## I. Теоретический анализ особенностей интеллектуальной деятельности на фоне хронической алкогольной интоксикации

### 1.1. Характеристика хронической алкогольной интоксикации

Алкоголизм – это экзогенное психическое заболевание (токсикомания), которое при постоянном или рецидивирующем течении приводит к формированию прогредиентного органического психосиндрома и алкогольной деградации личности. [5]

Разделение органического психосиндрома и личностного ущерба при алкоголизме носит условный характер, эти два психопатологических синдрома тесно переплетены, их проявления опосредованно отражают роль как биологических, так и социальных факторов. Разделение этих признаков носит в основном прагматический характер, а в некоторых случаях отражает некоторую диссоциацию в степени их выраженности.

Из этого должен исходить патopsихолог, сопоставляя получаемые им данные с клинической характеристикой стадии заболевания.

Различают три стадии алкоголизма:

Первая стадия (стадия психической зависимости).

Патологическое влечение к алкоголю (его также называют «первичным», «обсессивным») является главным среди начальных признаков. Алкоголь становится средством постоянно необходимым, чтобы поднять настроение, чувствовать себя уверенно и свободно, забыть о неприятностях и невзгодах, облегчить контакты с окружающими, эмоционально разрядиться.

Психическая зависимость от алкоголя основывается на этом влечении. Суть ее состоит в том, что выпивки делаются главным интересом в жизни: все помыслы сосредоточиваются на них, придумываются поводы, изыскиваются компании, всякое событие, прежде всего, рассматривается как причина для выпивки. Ради этого забрасываются другие дела, развлечения,

хобби, не сулящие застолий знакомства. На спиртное тратятся деньги, предназначенные на самое необходимое. Выпивки становятся регулярными — по 2—3 раза в неделю и чаще.

Кроме патологического влечения и психической зависимости, остальные признаки являются менее постоянными и поэтому менее надежны для диагностики алкоголизма.

Повышение толерантности к алкоголю, т. е. минимальной его дозы, способной вызвать хотя бы легкое опьянение (или, наоборот, максимальной дозы, не вызывающей его), на первой стадии достигает того, что для опьянения требуется доза в 2—3 раза большая, чем прежде. Однако после длительного перерыва в выпивках толерантность может падать.

Утрата количественного и ситуационного контроля проявляется тем, что, начав пить, люди не могут остановиться и напиваются до тяжелого опьянения (т. е. в опьянении патологическое влечение к алкоголю еще более усиливается), а также тем, что перестают учитывать ситуацию, когда появление в нетрезвом виде грозит серьезными неприятностями.

Исчезновение рвотного рефлекса, который является защитным (из желудка удаляется часть алкоголя), свидетельствует о привыкании к большим дозам. Однако у 5— 10% этот рефлекс может изначально отсутствовать. Тогда большая доза алкоголя вызывает беспробудный сон, сопор, кому. [7]

Блекауты (палимпсесты) — выпадение из памяти отдельных периодов опьянения, во время которых сохранялась способность действовать и говорить и даже не производить на других впечатление сильно опьяневших. Этот феномен появляется в одних случаях на первой, в других — на второй стадии алкоголизма. [6]

Вторая стадия (стадия физической зависимости).

Физическая зависимость от алкоголя служит основным признаком II стадии. Суть ее состоит в том, что регулярное поступление алкоголя в организм становится необходимым условием для поддержания измененного

гомеостаза — постоянства внутренней среды. Многолетние постоянные выпивки приводят к перестройке биохимических процессов.

Компульсивное (вторичное, неодолимое) влечение основывается на физической зависимости. Оно сравнимо с голодом и жаждой. Алкоголь делается насущной потребностью. Его отсутствие вызывает болезненные расстройства.

Абстиненция — состояние, возникающее в результате прекращения действия алкоголя или наркотиков при внезапном перерыве в их приеме.

Ее особенность состоит в том, что все нарушения на время устраняются или смягчаются приемом спиртных напитков. Абстиненция проявляется психическими, неврологическими и соматическими расстройствами. Астения, раздражительность, беспричинная тревога сочетаются с бессонницей или беспокойным сном и кошмарными сновидениями. Характерны мышечный тремор (особенно крупноразмашистый пальцев рук), чередование озноба и проливного пота, жажда и утрата аппетита. Больные жалуются на головную боль и сердцебиение. Артериальное давление нередко повышено, иногда значительно. В зависимости от типа акцентуации характера могут проявляться дисфория, истерическое поведение с демонстративными суицидными попытками или депрессии с истинными суицидными намерениями, паранойяльные идеи ревности, преследования, отношения. В тяжелых случаях могут развиваться алкогольный делирий (“белая горячка”) и судорожные припадки (“алкогольная эпилепсия”).

Во время абстиненции резко обостряется вторичное патологическое влечение к алкоголю, оно становится неодолимым.

Абстиненция начинается через 12—24 ч после выпивки. Продолжительность ее зависит от тяжести — от 1—2 сут. до 1—2 нед. При интенсивном лечении она завершается быстро и протекает легче.

На II стадии алкоголизма встречаются также другие симптомы. Но их диагностическое значение меньше. Одни из них непостоянны, другие могут проявляться еще на I стадии.

Толерантность к алкоголю может возрастать в 5 раз и более в сравнении с первоначальной опьяняющей дозой. Утрата количественного контроля, как правило, имеет место. Нередко может быть отмечена «критическая» доза алкоголя, после которой никакой контроль невозможен. Более очевидной становится потеря ситуационного контроля — пьют с кем попало и где попало. При отсутствии спиртных напитков прибегают к суррогатам — различным спиртсодержащим жидкостям (политура, клей БФ и т.д.). Более частыми и выраженным становятся блекауты (палимпсесты).

Изменение картины опьянения более характерно для II стадии. Эйфория становится короче и слабее. Ее заменяют раздражительность, взрывчатость, недовольство, склонность к скандалам и агрессии. Более частыми бывают дисфорический и истерический типы опьянения. [20]

Изменение формы злоупотребления алкоголем сводится к тому, что часть больных пьянеет постоянно, а часть — периодически. Встречается также промежуточная форма. При постоянном злоупотреблении почти каждый вечер больные выпивают большие дозы алкоголя, а по утрам — небольшие (“похмеляются”), чтобы избежать абstinенции. Для периодической формы характерны запои — истинные и ложные, а между ними — умеренное злоупотребление или даже полное воздержание.

Истинные запои — особая форма алкоголизма (прежде называвшаяся дипломанией), развивающаяся на фоне циклоидной акцентуации характера или циклотимии. Запою предшествует аффективная фаза в виде «смешанного состояния»: депрессия сочетается с беспокойством и неудержимым желанием подавить тягостное состояние с помощью алкоголя. Запой длится несколько дней, при этом в первые дни обнаруживается высокая толерантность к алкоголю, в последующие дни она падает. Запой нередко завершается аверсионным синдромом — полным отвращением к алкоголю, один вид которого вызывает тошноту и рвоту. Далее в течение нескольких недель или месяцев больные полностью воздерживаются от выпивок до наступления следующей аффективной фазы.

Ложные запои (псевдозапои) характерны для II стадии алкоголизма. Они возникают вследствие социально-психологических факторов (конец рабочей недели, получение денег и т. д.). Именно от этих факторов зависит периодичность пьянства, никаких аффективных фаз в основе их не лежит. Длительность запоев различна. Они прерываются вследствие активного противодействия окружения (дисциплинарные меры, ведущие к стрессу скандалы и т. д.) или по причине отсутствия спиртных напитков.

Изменения личности становятся выраженными именно на II стадии. Заостряются черты акцентуации характера. Гипертимы делаются более эйфоричными, неразборчивыми в знакомствах, склонными к нарушениям правил и законов, к риску, безалаберному образу жизни; шизоиды становятся еще более замкнутыми, эпилептоиды — эксплозивными и склонными к дисфориям, у истероидов усиливаются присущие им демонстративность и театральность. Однако заострение черт типа акцентуации у подростков и молодежи может происходить еще на I стадии алкоголизма, а неустойчивый тип акцентуации даже может достигать степени психопатии.

Соматические осложнения алкоголизма также нередко начинаются со II стадии. Особенno характерна алкогольная жировая дистрофия печени, которая выступает из-под реберной дуги, болезненна при пальпации, могут нарушаться функциональные пробы, особенно чувствительна бромсульфоталеиновая. Может развиваться хронический алкогольный гепатит. Поражения печени грозят ее алкогольным циррозом. Другим нередким осложнением является алкогольная кардиомиопатия (тахиардия, расширение границ сердца, приглушение сердечных тонов, одышка при физических нагрузках). Встречаются алкогольные панкреатиты как острые, так и хронические, а также алкогольные гастриты. Алкоголизм способствует развитию язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Сексуальные нарушения после частого повышения сексуальной активности на I стадии из-за пренебрежения этически-моральными

ограничениями на II стадии начинают проявляться ослаблением сексуальной потенции.

Социальная дезадаптация бывает различной по степени — от полной с паразитическим образом жизни и преступлениями до весьма умеренной с удовлетворительной трудоспособностью и сохранением, несмотря на конфликты, семьи. В значительной мере дезадаптация зависит от отношения близких и окружения к больному алкоголизму.

### Третья стадия (стадия алкогольной деградации).

Снижение толерантности к алкоголю иногда наступает после многих лет высокой выносливости и является главным признаком III стадии. Сперва уменьшается разовая доза — опьянение наступает от маленькой рюмки. Суточная доза уменьшается позднее. Переходят от крепких напитков к слабым, обычно к дешевым винам. Перерыв алкоголизации вызывает тяжелые явления абstinенции с бессонницей, тревогой, страхом, выраженными неврологическими и соматическими нарушениями. Иногда во время абstinенции развивается делирий или судорожный припадок.

“Псевдоабstinенции” — состояния со многими признаками abstinentного синдрома (мышечный тремор, потливость и ознобы, бессонница, тревога и депрессия), возникающие во время ремиссии — после длительного (недели, месяцы) воздержания от алкоголя. Во время них влечение к алкоголю снова становится неодолимым. Толчком для развития псевдоабstinенции могут быть острые соматические или инфекционные заболевания, реже — эмоциональные стрессы. Иногда псевдоабstinенции возникают периодически без видимых причин. Эти состояния чаще всего встречаются на III стадии.

Алкогольная деградация проявляется однообразными изменениями личности — прежние заостренные черты определенного типа акцентуации сглаживаются. Утрачиваются эмоциональные привязанности. Больные становятся безразличными к близким, пренебрегают самыми элементарными моральными и этическими принципами. Некритически относятся к своему

поведению. Эйфоричность сочетается с грубым цинизмом, плоским “алкогольным” юмором, чередуется с дисфориями и агрессивностью. Развиваются психоорганические нарушения: ухудшается память, затрудняется переключение внимания, снижается интеллект (алкогольная деменция). Нарастает пассивность, вялость. Больные ко всему, кроме выпивки, становятся совершенно безразличными. [10]

Социальная дезадаптация обычно бывает полной: больные оказываются нетрудоспособными, семейные связи порываются, они ведут паразитический образ жизни.

Соматические последствия на III стадии бывают тяжелыми. Нередки циррозы печени и выраженные кардиомиопатии.

Алкогольные полиневропатии (“алкогольные полиневриты”) проявляются жалобами на боли и неприятные ощущения в конечностях — онемение, парестезии, судорожные сведения. У больных нарушается походка. Могут быть парезы, атрофируются мышцы. Деструктивные изменения периферических нервных волокон связывают не только с прямым токсическим действием алкоголя, но и с дефицитом витаминов группы В, а также с интоксикацией в связи с поражением печени.

Алкогольные психозы на III стадии значительно учащаются. Делирии бывают повторными. Встречаются острый и хронический слуховой галлюцинозы, энцефалопатические психозы. Перерыв алкоголизации вызывает тяжелые явления абstinенции с бессонницей, тревогой, страхом, выраженными неврологическими и соматическими нарушениями. Иногда во время абstinенции развивается делирий. Делирий — нарушение сознания, искаженное отражение действительности, сопровождающееся галлюцинациями, бредом, двигательным возбуждением. [9]

## 1.2. Патологические особенности интеллектуальной сферы при хронической алкогольной интоксикации

С одной стороны, спиртное вызывает некроз клеток коры мозга, а с другой стороны фиксируется недостаток тиамина. Все это приводит к алкогольной энцефалопатии. Она проявляется в снижении функций памяти, апатии, нервном истощении. Появление первых признаков говорит о том, что у человека развивается заключительная стадия алкоголизма.

Помимо тромбоза, приводящего к гибели нейронов, спиртное может вызвать немало прочих патологических изменений в мозге. Когда человек употребляет спиртное, то его сердцебиение значительно ускоряется, заставляя кровь течь с гораздо большей скоростью. Алкоголь провоцирует тромбообразование, а ускоренный ток крови приводит к тому, что закупоренный сосуд лопается, провоцируя возникновение инсультного либо инфарктного состояния.

Кроме того, под влиянием спиртного развиваются проблемы с работой коры мозга, которые ищаются человеком как опьянение:

- страдает центр «нравственности». Большинство алкоголезависимых людей имеют искаженное представление о поведении, моральных или нравственных устоях. Даже незначительная порция алкоголя притупляет ощущение стыдливости и раскрепощает выпивающего. А если пить регулярно, нравственные устои полностью утрачиваются;
- страдает от алкоголя и затылочная область мозга, которая отвечает за вестибулярные функции. Поэтому при употреблении спиртного происходит нарушение двигательной координации;
- при употреблении больших доз алкоголя у человека нарушаются процессы памяти. Нередко можно услышать, что после бурного застолья кто-то не помнит некоторых событий, произошедших накануне. Это последствия отравления мозга алкоголем. [1]

При наличии алкогольной зависимости деятельность мозговых центров постепенно замедляется и нарушается, что незамедлительно отражается на внимании и памяти. Также у алкоголиков происходят серьезные изменения в сосудистой структуре мозга, что нередко заканчивается психическими нарушениями в сознании пьющего. Алкоголь по-разному влияет на мозговые сосуды:

- Поражает мозговые центры, регулирующие сосудистый тонус;
- Извращает реакции вегетативного происхождения;
- Нарушает эндокринные функции и пр.

Доказано, что клетки мозга после алкоголя практически не восстанавливаются, поэтому нарушения, спровоцированные спиртным, так часто носят непоправимый урон организму. В результате алкогольного влияния происходит нарушение множества когнитивных функций (умственных способностей) человеческого мозга:

- при злоупотреблении спиртным алкоголик теряет способность к ясному мышлению, ему сложно принять какое-либо обдуманное и тщательно взвешенное решение;
- интеллект при алкогольной зависимости тоже заметно страдает, из-за гибели нейронов коэффициент его умственного развития существенно снижается;
- спиртное влияет и на процессы памяти, вплоть до путаницы в сознании. Алкоголики нередко затрудняются в определении даты или воспоминаниях вчерашних событий. Доказано, что опьянение забирает у человека те навыки, которым он обучился в последнее время. Мозг после алкоголя часто возвращает человека на тот уровень интеллекта, которым он владел порядка недели, а то и месяца назад.

При систематическом злоупотреблении любитель спиртного не способен интеллектуально развиваться, а его мышление заметно ограничивается. [3]

Хронический алкоголизм является второй, наиболее распространенной после диабета причиной, вызывающей поражение периферической нервной системы. Токсическая полинейропатия (моторная и сенсорная) первоначально проявляется в виде выпадения проприоцептивного чувства (парастезии по типу «перчаток», онемение конечностей, чувство дискомфорта в мышцах), затем возникают боли в мышцах, слабость мышц и их атрофия, особенно заметная в нижних конечностях. Болевой синдром может быть настолько выраженным, что не купируется нестероидными противовоспалительными средствами. В его основе лежит аксональная дегенерация нервных проводников, обусловленная действием алкоголя и его метаболитов.

Изменения в ЦНС являются следствием патохимических процессов, индуцированных систематическим приемом алкоголя. Биохимические нарушения промежуточного, белкового и других видов обмена веществ, мембранотоксические эффекты, дисрегуляция рецепторного аппарата клеток и их ферментных систем, образование большого количества биологически агрессивных веществ в клетках ЦНС и их матриксе – играют роль в нейроадаптации нейронов головного мозга, нейрофармакологической сущностью которой является стойкое преобладание активности возбуждающих структур в ЦНС над тормозными, вплоть до глубокого угнетения функциональной активности последних. [7]

Исследованиями Э. А. Костандова с соавторами (1981) было установлено, что экспозиция этанолом сопровождается большим угнетением корковой активности правого полушария головного мозга. Авторы обратили внимание на сходство психопатологической продукции, возникающей при очаговых органических поражениях правого полушария головного мозга и хронической алкоголизации, таких как беззаботность, беспечность, благодушие, своеобразный юмор («алкогольный» юмор), нарушение критики и осознания своего заболевания и его последствий и другие признаки. [15]

У лиц, хронически употребляющих этанол, практически во всех отделах мозга в той или иной степени имеются структурно-функциональные изменения: во фронтальной коре большого мозга, медиальных и темпоральных долях, гиппокампе, диэнцефалоне, переднем мозге. В перечисленных отделах мозга снижается региональный кровоток, возникают атрофические процессы. Существенно снижается общий вес мозговой ткани (по данным 8735 аутопсий вес мозга алкоголиков в среднем на 37 г меньше веса мозга у лиц без алкогольной патологии). Нейропатологические изменения мозга при аутопсии алкоголиков-муж-чин в возрасте от 30 до 64 лет выявлены в 67,7 % случаев (представлены результаты 194 аутопсий). Наиболее частыми из них были: энцефалопатия Вернике (14,2 %), церебральная атрофия (37 %), демиелинизация волокон Варолиевого моста (2 %), печеночная энцефалопатия (1 %), причем в 28 % случаев регистрировались сочетанные поражения (Skullerudetal., 1991). [7]

Нарушаются когнитивные функции мозга, страдает память, концентрация внимания, изменяется эмоционально-волевая деятельность и тонкие социальные связи. Возникают внешние и внутренние конфликты, формируются варианты подкрепления, постепенно структурируются мотивация и элементы аддиктивного поведения. Между девиантным поведением детей, рожденных от родителей-алкоголиков, и электровозбудимостью нейронов фронтальной коры их головного мозга существует взаимосвязь, прослеживающаяся в поколениях. Корреляция между предрасположенностью таких подростков к алкоголизму и снижением амплитуды (и скрытого периода) поздних волн, вызванной электрической активностью головного мозга (так называемая волна Р300), у них настолько высока, что позволяет выделять изменение Р300 в качестве маркера этого заболевания.

### 1.3. Специфика патопсихологических исследований лиц, страдающих хронической алкогольной интоксикацией

В I стадии у больных алкоголизмом обнаружаются изменения в протекании познавательных процессов. Это главным образом относится к ослаблению памяти. Вначале более явным оказывается снижение удержания в памяти, а затем запоминания. Ассоциативная память страдает обычно при наличии алкогольного слабоумия. Недостаточность механического запоминания (несмысливые звукосочетания) опережает ослабление логически-смысловой памяти. [12]

Нарушения памяти во многом зависят от недостаточности внимания, его сосредоточения и особенно устойчивости. Во многом их характер определяется преобладанием в клинике функциональных или органически-деструктивных компонентов.

Представляет интерес изучение явлений обратимости мnestической недостаточности на разных стадиях болезни, предпринятое В. А. Худиком (1980, 1983). Снижение интеллектуально-мnestической деятельности у больных алкоголизмом автор изучал в момент поступления больного в стационар, после проведенного противоалкогольного лечения (через 45 дней), в условиях терапевтических ремиссий и рецидивов алкоголизма на протяжении 3 лет. В процессе лечения некоторое улучшение показателей мnestической деятельности наступало, главным образом, у больных в начальной стадии алкоголизма, при выраженной алкогольной деградации в процессе лечения показатели памяти улучшались мало и не достигали нормальных величин.

Для характеристики психического дефекта при алкоголизме важную роль играет определение степени выраженности и типа личностных изменений. Информативный материал дают экспериментальные методики: личностный опросник Айзенка, исследование самооценки по Дембо — Рубинштейн, а также наблюдение за больными в ситуации исследования,

изучение присущего им уровня притязаний. С помощью полученных результатов по патопсихологическим показателям можно выделить четыре основных типа личности больных алкоголизмом.

I — интровертированно-нейротический (неврозоподобный) тип. Этим больным присуще значительное увеличение показателя по шкале нейротизма, выраженная интровертированность, ситуационно-депрессивная самооценка со склонностью к самообвинению, нестойкость, хрупкость уровня притязаний. Возникновение неврозоподобных проявлений связано как с интоксикацией и ее астенизирующим влиянием, так и с реакцией больного на изменение его социального статуса и присущей ему системы отношений при известной сохранности критичности к своему состоянию и пессимистическими прогностическими установками, присущими ему вне состояний опьянения. Здесь существенную роль играет и усиление преморбидных личностных свойств больного. [2]

II — экстравертированно-нейротический (психопатоподобный) тип характеризуется выраженной экстравертированностью, высоким показателем нейротизма. Здесь также часты неадекватные ситуации, личностные реакции. Личностные изменения более стабильны и носят характер стойких аномальных поведенческих реакций. Хрупкость уровня притязаний в эксперименте сочетается с повышенной раздражительностью. При исследовании самооценки по Дембо — Рубинштейн отсутствуют мотивы самообвинения, интерпретации самооценки сводятся к отысканию и порицанию фruстрирующих факторов вне больного и его жизнедеятельности. При этом типе личностных изменений в процессе исследования самооценки обнаруживаются своеобразные проявления механизма психологической защиты, сводящиеся к клише “все пьют” и “я не такой уж пьяница”.

Клинические типы психопатоподобного поведения чаще всего оформляются как астенический, истерический, эксплозивный и апатический синдромы (А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая, 1971). Однако апатический

синдром скорее следует рассматривать как проявление стадии более глубокого поражения личности. [21]

Экстравертированность таких больных выступает при клиническом наблюдении и легко выявляется при специально построенном патопсихологическом исследовании (Т. К. Чернаенко, 1970). Достаточно четко экстравертированность обнаруживается при исследовании по методике Айзенка. При этом она сочетается с высоким нейротизмом и повышенной коммуникативностью (по данным самооценки по Дембо — Рубинштейн). В то же время следует отметить, что экстравертированность больного алкоголизмом необычна, она не только чрезмерна, как об этом пишет Т. К. Чернаенко, но и изменена качественно, носит патологический характер в связи с присущими этим больным изменениями системы потребностей и мотивов.

III — экстравертированно-анозогнозический тип. Здесь экстраверсия становится малосодержательной, побудительным стимулом для экстравертированно оформленных личностных реакций оказываются совершенно несущественные факторы окружающей действительности. На первый план выступают алкогольная анозогнозия, беспечное отношение к своему настоящему состоянию и к будущему. Самооценка становится грубо неадекватной. Особенно выражены механизмы психологической защиты, приобретающие явно патологический характер и заключающиеся в безоговорочной тенденции самооправдания. Сама попытка окружающих усомниться в здоровье больного представляется ему неправомерной: «Непьющих я не встречал», «Были ссоры дома, у кого не бывает, но вообще и на работе, и дома все нормально» (больной III., нанесший в состоянии опьянения жене ножевые ранения). Самооценка этих больных нередко очень противоречива, все они характеризуют себя как людей с выраженной синтонностью, но в то же время при исследовании опросником Шмишека отмечают у себя эксплозивность, возбудимость, аффективную лабильность.

В механизмах психологической защиты больных алкоголизмом Ю.Е. Рахальский (1977) выделяет две стороны: «внутренняя» объясняется первичными изменениями критичности, эмоциональности, воли; «внешняя» связана с влиянием группы — компании алкоголиков, с принятой в ней аргументацией, оценочными стереотипами. [14]

Б. С. Братусь (1974) видит в «объяснениях» больных алкоголизмом не только проявления защитных личностных механизмов. Основную причину их он усматривает в присущих этим больным изменениях мотивационной сферы. Алкоголь в глазах больного воспринимается уже не только как средство, удовлетворяющее его личные потребности, но и как средство, необходимое для удовлетворения определенных потребностей всех людей. Поэтому к оправданиям больной алкоголизмом прибегает обычно при особых обстоятельствах после эксцессов или в связи с госпитализацией, а в остальном его позиция относительно употребления спиртных напитков носит скорее наступательный характер. Это проявление характерных для больных алкоголизмом нарушений иерархии мотивов и потребностей.

С механизмами патологической психологической защиты несомненно связан своеобразный алкогольный юмор — плоский, грубый, циничный. Явления алкогольного юмора, характерной для этих больных бравады, обнаруживаются в целенаправленной беседе с ними, но еще легче они выявляются при исследовании самооценки по Дембо — Рубинштейн, иногда — с помощью методики ТАТ.

При исследовании алкогольного психического дефекта большое значение приобретает оценка сохранности у больного критичности. Критичность, которая С. Л. Рубинштейном (1946) рассматривалась как вершинное образование личности, в патопсихологии расценивается как важный критерий оценки психической деятельности (Б. В. Зейгарник, 1962, 1969; И. И. Кожуховская, 1972, 1974). По Б. В. Зейгарник (1968), критичность является фактором, свидетельствующим о личностной сохранности больных. Различают три аспекта критичности: к своим суждениям, действиям и

высказываниям; к себе, к оценке своей личности; к своим психопатологическим переживаниям. [24]

Нарушения критичности — важный объективный критерий алкогольной деградации.

IV — апатически-интровертированный тип является выражением грубой алкогольной деградации личности и характеризуется аспонтанностью в сочетании с “пустой” интровертированностью, свидетельствующей об утрате социальных контактов, об уходе от реальной действительности, о совершенном отсутствии интереса к происходящему.

Предлагаемая здесь систематика типов личностных изменений при алкоголизме не может, как и всякая другая, претендовать на исчерпывающий характер. Однако, учитывая то, что выделенные типы личностных изменений отражают картину алкогольной психической деградации не столько в поперечном сечении, сколько в динамике, они могут способствовать определению стадии заболевания, степени и характера психического дефекта. Установление типа личностных изменений может быть использовано для психотерапевтической и реабилитационной работы, включающей и психокоррекционные занятия, проводимые психологом. [18]

Для получения объективного представления о больном патопсихолог сопоставляет обнаруженные у него личностные изменения с данными об интеллектуально-мнестическом уровне. Динамика этого уровня — от незначительных и в известной мере обратимых нарушений памяти и отдельных корrigируемых в процессе исследования ошибочных суждений по типу недостаточной последовательности до грубых проявлений алкогольного слабоумия с нарушениями критичности в мыслительной деятельности — характеризует степень выраженности органически-деструктивных изменений в головном мозге.

Чаще всего патопсихологи используют методики изучения памяти и внимания с помощью методики запоминания 10 слов, оценки внимания по

таблицам Шульте, корректурной пробы и счета по Крепелину, методики Ньюнбергера, а также с помощью пиктографических методов.

К методам исследования мышления относится изучение структуры языка, поскольку язык является основным полем проявления мышления. В современной психолингвистике выделяются исследования семантики (смысла) высказывания, синтаксический анализ (изучение структуры предложения), морфемный анализ (изучение единиц смысла), анализ монологической и диалогической речи, а также фонематический анализ, то есть изучение базисных звуков речи, отражающих ее эмоциональное содержание. Темп речи отражает скорость мышления, однако следует помнить, что единственным инструментом сопоставления скорости речи, также как и ее содержания, является мышление самого психолога. Уровень и течение мыслительных процессов изучается методиками «закономерностей числового ряда», тестом количественных отношений, незаконченных предложений, понимания сюжетных картин, выделения существенных признаков, тестами исключений и образования аналогий, а также пробой Эббенгаузена. Процессы символизации и выявления бессознательных конструкций мышления изучаются методом пиктограмм и ассоциативным экспериментом.

Эмоциональное состояние у алкоголиков исследуется методиками инверсии эмоционального отражения, которые позволяют установить понимание собственных эмоций и способности понимания их у других. Уровень тревоги изучают методом Спилбергера и Тэйлора, оценку самочувствия проводят по опроснику САН, а уровень депрессии — методом Гамильтона и шкалой MADRS. [17]

Основным методом исследования интеллекта является расчет коэффициента интеллектуальности, который устанавливается на основании тестирования (IQ). Коэффициент рассчитывается, исходя из деления умственного возраста (числа правильных ответов, данных индивидом) на

хронологический возраст (числа правильных ответов в среднем, характерных для данного возраста) и умножения на 100.

## II. Патопсихологическое исследование лиц с хронической алкогольной интоксикацией

### 2.1. Характеристика патопсихологического исследования

Изначально мы провели беседу с испытуемым Н. Нами были получены данные, описанные далее.

Испытуемый Н, 55 лет, женат, имеет двоих детей – Д и Г, 24 и 30 лет. Так же испытуемый Н рассказал о других родственниках, назвал их имена, возраст и где они сейчас находятся, кем работают. Отец испытуемого Н умер в возрасте 30 лет вследствие несчастного случая в состоянии алкогольного опьянения, мать умерла от инсульта в возрасте 80 лет. Родился и жил в г. Шарыпово. Служил на Алтае в стройбате. Имеет двух лучших друзей.

В школе был ударником, доучился до 7 класса, потом пошёл учиться в ПТУ на тракториста и получил должность бригадир-механик. За тем испытуемый Н переехал в г. Красноярск, где начал работать электриком и работает им до сих пор. Любит читать книги. Жалуется на повышение АД до 150/120, гипотензивные препараты на регулярной основе не принимает.

Первый раз употребил алкоголь в 15 лет. За тем выпивал по праздникам и выходным. Последние 15 лет уходит в запой раз в 1-2 месяца на протяжении 7-10 дней. Выпивает водку.

Для создания психодиагностической программы нами были выбраны следующие методики:

1) Методика определения нервно-психического напряжения, (Т.А. Немчин). Предназначена для диагностики нервно-психического напряжения и его проявлений.

Перечень содержит 30 основных характеристик этого состояния, разделенных на три степени выраженности. Исследование проводится индивидуально в отдельном, хорошо освещенном и изолированном от посторонних звуков и шумов помещении.

Инструкция: «В зависимости от выбранного Вами варианта ответа, содержание которого соответствует особенностям Вашего состояния в настояще время поставьте рядом с номером каждого пункта опросника букву А, Б или В». [13] (Приложение 2);

2) Методика САН (самочувствие, активность, настроение). Разработан В.А. Доскиным, Н.А.Лаврентьевой, В.Б.Шарай, М.П.Мирошниковым. В качестве целей исследования учёные выделили:

- оценку психического состояния испытуемого;
- выявление психоэмоциональной реакции на умственную нагрузку;
- определение биологических ритмов, свойственных физиологическим и психическим функциям. [3]

Инструкция: «Вам предлагается описать свое состояние, которое Вы испытываете в настоящий момент, с помощью таблицы, состоящей из 30 полярных признаков. Вы должны в каждой паре выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает Ваше состояние, и отметить цифру, которая соответствует степени (силе) выраженности данной характеристики»;

3) Экспресс тест ДСС (диагностика состояния стресса) К. Шрайнер. Позволяет выявить особенности переживания стресса: степень самоконтроля и эмоциональной лабильности в стрессовых условиях.

Инструкция: «Обведите кружком номера тех вопросов, на которые Вы отвечаете положительно». [13];

4) Тест «Четвертый лишний».

Методика «Исключение предметов» направлена на исследование особенностей мышления человека. Она позволяет установить уровень

обобщения, а также выявить особенности протекания у них процессов анализа, сравнения и синтеза, приводящих к формированию категории, включающей только три из четырех предъявленных предметов.

Инструкция: Здесь (на картинке) четыре предмета. Три из них имеют что-то общее, а четвёртый – лишний. Найди и назови один лишний объект и объясни, почему он лишний, что общего у остальных трёх. [4];

### 5) Таблицы Шульте (В. Шульте).

Предназначена для определения устойчивости внимания и динамики работоспособности.

Инструкция: Испытуемому предъявляют первую таблицу: «На этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по порядку». Затем таблицу закрывают и продолжают: «Покажи и назови все числа по порядку от 1 до 25. Постарайся делать это как можно быстрее и без ошибок». Таблицу открывают и одновременно с началом выполнения задания включают секундомер. Последующие таблицы предъявляются без всяких инструкций.

### 6) Тест «Mini-cog» С. Борсон [11].

Тест используется для распознавания деменции у пациентов.

Инструкция: «Сейчас я вам зачитаю 3 слова, вы должны их запомнить (лимон, ключ, шар). Теперь вам необходимо на листе бумаги нарисовать циферблат и указать на нём стрелками время 9:15. А сейчас повторите слова из п.1;

### 7) Тест Равена (Д. Равен).

Методика предназначена для изучения неверbalного интеллекта, логичности образного мышления. Испытуемому предъявляются рисунки с фигурами, связанными между собой определенной зависимостью. Одной фигуры не хватает, а внизу она дается среди 6-8 других фигур. Задача испытуемого - установить закономерность, связывающую между собой фигуры на рисунке, и на опросном листе указать номер искомой фигуры из предлагаемых вариантов.

Тест состоит из 60 таблиц (5 серий). В каждой серии таблиц содержатся задания нарастающей трудности. В то же время характерно и усложнение типа заданий от серии к серии.

Инструкция: «Тест строго регламентирован во времени, а именно: 20 мин. Для того, чтобы соблюсти время, необходимо строго следить за тем, чтобы до общей команды: "Приступить к выполнению теста" - никто не открывал таблицы и не подсматривал. По истечении 20 мин подается команда, например: "Всем закрыть таблицы". О предназначении данного теста можно сказать следующее: "Все наши исследования проводятся исключительно в научных целях, поэтому от вас требуются добросовестность, глубокая обдуманность, искренность и точность в ответах. Данный тест предназначен для уточнения логичности вашего мышления» [19];

#### 8) Методика «Заучивание 10 слов» (А.Р. Лурия).

Методика позволяет исследовать процессы памяти: запоминание, сохранение и воспроизведение. Методика может использоваться для оценки состояния памяти, произвольного внимания, истощаемости больных нервно-психическими заболеваниями, а также для изучения динамики течения болезни и учета эффективности лекарственной терапии.

Инструкция: «Сейчас я прочту несколько слов. Слушайте внимательно. Когда я окончу читать, сразу же повторите столько слов, сколько запомните. Повторять слова можно в любом порядке».

«Сейчас я снова прочту Вам те же слова, и Вы опять должны повторить их, – и те, которые Вы уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили. По рядок слов не важен».

Далее опыт повторяется без инструкций. Перед следующими 3-5 прочтениями экспериментатор просто говорит: «Еще раз». После 5-6 кратного повторения слов, экспериментатор говорит испытуемому: «Через час Вы эти же слова назовете мне еще раз». На каждом этапе исследования заполняется протокол. Под каждым воспроизведенным словом в строчке,

которая соответствует номеру попытки, ставится крестик. Если испытуемый называет «лишнее» слово, оно фиксируется в соответствующей графе. Спустя час испытуемый по просьбе исследователя воспроизводит без предварительного зачтывания запомнившиеся слова, которые фиксируются в протоколе кружочками. [16]

9) Методика «Простые аналогии» (Васищев А.А.). (Приложение 3)

Тест предназначен для изучения способности к установлению отношений между понятиями. Направлена на оценку способности к абстрактному мышлению: способность обобщать и классифицировать; способность выходить за пределы конкретной ситуации, умение видеть существенное, неявные закономерности; способность мыслить абстрактными категориями; способность устанавливать причинно-следственные связи; способность к переносу обобщений из одной ситуации в другую.

Инструкция: «Посмотрите, здесь написано два слова – «лошадь» и «жеребенок». Какая между ними связь? Жеребенок – детеныш лошади. А справа то же – одно слово – корова, а под ним – 5 слов на выбор. Из этих слов надо выбрать только одно, которое также относится к слову «корова» как «жеребенок» к «лошади», то есть чтобы оно обозначало детеныша коровы. Это будет «теленок». Значит нужно вначале установить, как связаны между собой слова – вот здесь, слева, а затем установить такую же связь справа». [22]

10) Методика исследования самооценки по Дембо — Рубинштейн (Тамара Дембо, Суссана Рубинштейн, модификация А.М. Прихожан). (Приложение 9). [23]

Тест предназначен для психологической диагностики уровня притязаний и состояния самооценки.

Инструкция к тесту на примере шкалы «Здоровье»: На примере шкалы «Здоровье».

«...Представим себе такую условность: на верхнем полюсе находится самый здоровый человек в мире, внизу – самый больной человек... а между ними – все остальные люди, в том числе и мы с вами.

Отметьте черточкой на шкале, как вы себя оцениваете в данный момент по... (данному параметру)?

Отметьте кружком на шкале, где бы вы мечтали находиться в идеале между этими полюсами?

Отметьте галочкой на шкале, где вы можете оказаться, объективно оценивая свои возможности? Чего вы можете добиться, объективно оценивая свои возможности?»

11) Сюжетные картинки (Дерманова И.Б.) (Приложение 10). [8]

Цель: изучение словарного запаса, способности пользоваться монологической речью при передаче своих мыслей, понимание содержания и смысла, способности на основе анализа и синтеза делать обобщения.

Инструкция: «Перед вами серия сюжетных картинок. Вам необходимо внимательно на них посмотреть и составить устный рассказ, опираясь на данные картинки».

## 2.2. Интерпретация результатов патопсихологического исследования

После проведения диагностики мы получили следующие результаты:

1) Методика определения нервно-психического напряжения.

По результатам данной методики можно выделить то, что испытуемый Н. испытывает больший дискомфорт со стороны физического состояния, нежели со стороны психики.

2) Методика САН (самочувствие, активность, настроение)

По данным всех трёх шкал, а именно самочувствие, активность и настроение, выявилось неблагоприятное состояние.

3) Экспресс тест ДСС (диагностика состояния стресса)

Не всегда правильное поведение в стрессовой ситуации. Низкий уровень самообладания

4) Тест «Четвертый лишний».

Испытуемый Н. не сразу понял, что ему необходимо сделать, потребовалось несколько раз объяснить задание. Испытуемый правильно и самостоятельно называет родовое понятие для обозначения для обозначения «лишнего» предмета.

5) Таблицы Шульте.

Испытуемый Н. затрачивает 55 секунд на одну таблицу, не отвлекался.

6) Тест «Mini-cog».

Испытуемый Н. изобразил циферблат и написал на нём 9:20 цифрами, а не стрелками. Так же испытуемый не смог повторить три слова, после рисования часов.

7) Тест Равена.

Испытуемому было представлено 60 таблиц. Виктор Алексеевич смог правильно решить только 15% таблиц.

8) Методика "Заучивание 10 слов" (А.Р. Лuria);

Испытуемый набрал 2 балла - Ниже среднего - запомнил 4 слова после 5-го предъявления, 3 слова при отсроченном воспроизведении.

9) Методика «Простые аналогии».

Испытуемому было дано 4 примера выполнения данной методики. Из оставшихся 15 пунктов испытуемый верно ответил только на 3.

10) Методика исследования самооценки по Дембо — Рубинштейн.

По результатам теста уровни притязаний и состояния самооценки являются реалистичными.

11) Сюжетные картинки.

Испытуемый понимает содержание и смысл картинок, словарный запас использует скучно, немногословен. Речь внятная.

### 2.3. Программа сохранения интеллектуальной деятельности у лиц с хронической алкогольной интоксикацией

При применении коррекционной программы необходимо воздерживаться от употребления алкоголя.

#### 1. Тренировка памяти (Приложение 7).

а) Запомните расположение черточек в верхней части рисунка, а затем, закрыв его, добавьте недостающие линии в нижней части рисунка.

б) В течение минуты запоминайте список слов:

- |          |          |
|----------|----------|
| — слон;  | — невод; |
| — изба;  | — тигр;  |
| — речка; | — школа; |
| — мама;  | — санки; |
| — вьюга; | — поезд. |

Теперь необходимо воспроизвести этот список на бумаге. Слова можно использовать и другие, постепенно увеличивая их количество.

#### в) Учение стихов.

г) Внимательно рассматривайте картинку в течение минуты (Приложение 7). А теперь воспроизведите в алфавитном порядке названия животных, которых вы увидели на картинке.

д) «Техника Фибоначчи» — представьте последовательность чисел, где каждое число — это сумма двух предыдущих. Например:  $1+1=2$ ,  $1+2=3$ ,  $2+3=5$  т. Е. последовательность представляет собой — 2, 3, 5 и т. д. Делайте это упражнение 30 минут в день.

е) Упражнение «Абзац» — возьмите книгу, и откройте на случайной странице. Найдите в ней абзац — до 4 строк, прочитайте и попробуйте повторить уже без книги. Когда у вас будет получаться пересказывать маленькие абзацы, переходите к большим.

#### 2. Тренировка внимания

а) Использование таблиц Шульте;

б) Игра в логические игры (например, шашки);  
 в) Упражнение «Зелёная точка» (Приложение 8);  
 г) Упражнение «Пик». На чистом листе бумаги карандашом начните рисовать линию. Ведите ее плавно и не спеша. Полностью сосредоточьтесь на ней. Заметили, что отвлеклись? Рисуйте пик и продолжайте. Хороший результат, когда за 3 минуты ни одного пика.

д) Называйте цвета слов при чтении. Это кажется очень простым, но без тренировки сделать сложно. Проверьте себя. Именно цвет слова, а не его написание (Приложение 8).

### 3. Тренировка мышления.

а) Головоломки (Приложение 11)

б) Засеките на таймере 3 минуты, напишите за это время максимальное количество слов, начинающихся на буквы «ж», «ш», «ч» и «я»;

в) Есть несколько групп слов: «грустный, веселый, медленный, осторожный», «собака, кошка, попугай, пингвин», «Сергей, Антон, Коля, Царев, Ольга» и «треугольник, квадрат, доска, овал». Из каждой группы выберите те слова, которые не подходят по смыслу;

г) Определите отличия между кораблем и самолетом, травой и цветком, рассказом и стихом, слоном и носорогом, натюрмортом и портретом и т.д.

д) Несколько групп слов: «Дом – стены, фундамент, окна, крыша, обои», «Война – оружие, солдаты, пули, атака, карта», «Молодость – рост, радость, выбор, любовь, дети», «Дорога – машины, пешеходы, движение, асфальт, столбы». Выберите из каждой группы одно или два слова, без которых понятие («дом», «война» и т.д.) могло бы существовать как таковое.

е) Возьмите несколько понятий, к примеру, «молодость», «мужчина», «кофе», «чайник», «утро» и «свеча», и подберите к каждому из них максимально возможное количество определяющих их суть существительных.

ж) Возьмите несколько пар разных понятий, например, «рояль – машина», «облако – паровоз», «дерево – картина», «вода – колодец» и

«самолет – капсула» и подберите для них максимальное количество схожих признаков.

3) Представьте несколько ситуаций и подумайте, что может случиться в каждой из них. Примеры ситуаций: «по городу ходят инопланетяне», «из крана в вашей квартире бежит не вода, а лимонад», «все домашние животные научились говорить человеческим языком», «в вашем городе посреди лета в течение недели валит снег».

## Вывод

В данной работе мы провели теоретический анализ литературы по хронической алкогольной интоксикации, в результате чего можно сделать вывод, что алкоголизм – это экзогенное психическое заболевание, которое приводит к формированию прогредиентного органического психосиндрома и алкогольной деградации личности. У больных серьезно повреждаются или полностью утрачиваются жизненно важные функции интеллекта: память, речь, рассуждение, восприятие и социальная адаптация.

Нами был разработан патопсихологический диагностический комплекс для исследования интеллектуальной деятельности при алкогольной интоксикации, который поможет в выявлении показателей, требующих коррекции, таких как мышление, внимание, память, речь, интеллект;

Нами были использованы следующие методики: методика определения нервно-психического напряжения, Методика САН, Экспресс тест ДСС, Тест «Четвертый лишний», Таблицы Шульте, Тест «Mini-cog», Тест Равена, Методика «Заучивание 10 слов», Методика «Простые аналогии», Методика исследования самооценки по Дембо — Рубинштейн.

Мы разработали программу сохранения интеллектуальной деятельности у лиц с хронической алкогольной интоксикацией.

Цель нашей работы, изучить особенности интеллектуальной деятельности при алкогольной интоксикации, была достигнута.

Наша гипотеза о том, что нарушения интеллектуальной деятельности при хронической алкогольной интоксикации имеют свои особенности, так же подтвердилась.

## Заключение

Замысел нашей работы заключался в том, чтобы показать, какие интеллектуальные нарушения идут в след за хронической алкогольной интоксикацией и какую коррекционную работу можно провести для того, чтобы постараться сохранить или улучшить интеллектуальные функции.

Нами была проведена патопсихологическая диагностика испытуемого, вследствие чего мы получили результаты, которые показывают снижение интеллектуальной деятельности. Если использовать разработанную нами программу, можно сохранить или даже улучшить интеллектуальное состояние, которое пострадало вследствие хронического приема алкоголя.

Проблема употребления алкоголя очень актуальна в наши дни. Сейчас потребление спиртных напитков в мире характеризуется огромными цифрами и от этого страдает все общество. Алкогольный образ жизни, как антипод здорового образа жизни, является одним из важнейших факторов, ведущих к преждевременной утрате интеллектуальных функций.

В данной работе мы достигнули цели, проведя анализ литературы, а также проводя исследование испытуемого, подбрав определенные методики и написав заключение.

## Библиографический список

1. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. – М., 2016
2. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология: Учебное пособие. – М., 2009
3. Барканова О.В. Библиотека актуальной психологии. Красноярск., 2009
4. Белопольская Н.Л. Исключение предметов (Четвертый лишний): Модифицированная психодиагностическая методика: Руководство по использованию. М., 2009
5. Братусь Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. М., 2000
6. Бухановский А.О., Кутявин Ю. А., Тивак М. Е. Общая психопатология. Ростов н/Д., 2015
7. Гриненко А.Я., Афанасьев В.В. Хроническая алкогольная интоксикация. – СПб., 2013
8. Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. СПб., 2002
9. Доналд Г. Алкоголизм. – М., 2012
10. Дунаевский В.В, Стяжкин В.Д. Наркомании и токсикомании. СПб., 2014
11. Зарубина Н.В. Частная психопатология: Учебно-методическое пособие Ярославль, 2015
12. Иванц Н.Н. Руководство по наркологии. М., 2002.
13. Истратова О.Н. Психоdiagностика: Коллекция лучших тестов. РнД., 2006
14. Каплан Г. Сэдок Б. Клиническая психиатрия. М., 2000
15. Крылов А.А. Экспериментальная и прикладная психология. – М., 2015
16. Лурия А.Р. Заучивание 10 слов //Альманах психологических тестов. М., 1995. - С. 92-94

17. Маньян В. Курс лекций по душевным болезням. Алкоголизм. М.: Закат, 1995.
18. Морозова О.А., Москвичева-Арсентьева А.В. Особенности клинической картины хронической алкогольной интоксикации лиц разных возрастных групп: Журнал «Здоровье и образование в XXI веке», Выпуск № 1 / том 10. – М., 2014
19. Мухордова Т.В., Шрейбер Т.В. Прогрессивные матрицы Равена: Методические рекомендации. Ижевск, 2011
20. Ренина Н.В., Воронцов Д.В., Юматов И.И. Основы клинической психологии. Ростов на Дону, 2012
21. Самохвалов В.П. Психиатрия. М., 2013
22. Соломин В.П. Психологическая безопасность: Учебное пособие. М.: 2014
23. Яньшин П.В. Практикум по клинической психологии. //Методы исследования личности. СПб., 2004.
24. Ясперс К. Общая психопатология. М., 2010

## Приложение 1

## Таблицы Шульте

14	9	2	21	13
22	7	16	5	10
4	25	11	18	3
20	6	23	8	19
15	24	1	17	12

## Обработка и интерпретация результатов теста

Основной показатель – время выполнения, а также количество ошибок отдельно по каждой таблице. По результатам выполнения каждой таблицы может быть построена «кривая истощаемости (утомляемости)», отражающая устойчивость внимания и работоспособность в динамике.

С помощью этого теста можно вычислить еще и такие показатели, как :

- эффективность работы (ЭР),
- степень врабатываемости (ВР),
- психическая устойчивость (ПУ).

Эффективность работы (ЭР) вычисляется по формуле:

$$\text{ЭР} = (T_1 + T_2 + T_3 + T_4 + T_5) / 5, \text{ где } T_i - \text{время работы с } i\text{-той таблицей.}$$

То есть: Эффективность работы (ЭР) равна суммарному времени работы с таблицами, деленному на количество таблиц.

Оценка ЭР (в секундах) производится с учетом возраста испытуемого.

<b>Возраст</b>	<b>5 баллов</b>	<b>4 балла</b>	<b>3 балла</b>	<b>2 балла</b>	<b>1 балл</b>
<b>6 лет</b>	60 и меньше	61-70	71-80	81-90	91 и больше
<b>7 лет</b>	55 и меньше	56-65	66-75	76-85	86 и больше
<b>8 лет</b>	50 и меньше	51-60	61-70	71-80	81 и больше
<b>9 лет</b>	45 и меньше	46-55	56-65	66-75	76 и больше
<b>10 лет</b>	40 и меньше	41-50	51-60	61-70	71 и больше
<b>11 лет</b>	35 и меньше	36-45	46-55	56-65	66 и больше
<b>12 лет</b>	30 и меньше	31-35	36-45	46-55	56 и больше

Степень врабатываемости (ВР) вычисляется по формуле:  $ВР = T_1 / ЭР$

Результат меньше 1,0 – показатель хорошей врабатываемости, соответственно, чем выше 1,0 данный показатель, тем больше испытуемому требуется подготовка к основной работе.

Психическая устойчивость (выносливость) вычисляется по формуле:  $ПУ = T_4 / ЭР$ . Показатель результата меньше 1,0 говорит о хорошей психической устойчивости, соответственно, чем выше данный показатель, тем хуже психическая устойчивость испытуемого к выполнению заданий.

## Приложение 2

«Оценка нервно-психического напряжения» (Т.А.Немчин).

Текст опросника:

1. Наличие физического дискомфорта:

- а) полное отсутствие каких-либо неприятных физических ощущений;
- б) имеют место незначительные неприятные ощущения, не мешающие работе;
- в) большое количество неприятных физических ощущений, серьезно мешающих работе.

2. Наличие болевых ощущений:

- а) полное отсутствие каких-либо болей;
- б) болевые ощущения периодически появляются, но быстро исчезают и не мешают работе;
- в) имеют место постоянные болевые ощущения, существенно мешающие работе.

3. Температурные ощущения:

- а) отсутствие каких-либо изменений в ощущении температуру тела;
- б) ощущение тепла, повышения температуры тела;
- в) ощущение похолодания тела, конечностей, чувство «озноба»;

4. Состояние мышечного тонуса:

- а) обычный мышечный тонус;
- б) умеренное повышение мышечного тонуса, чувство некоторого мышечного напряжения;
- в) значительное мышечное напряжение, подергивания отдельных мышц лица, шеи, руки (тики, трепор);

5. Координация движений:

- а) обычная координация движений;

б) повышение точности, легкости, координированности движений во время письма, другой работы;

в) снижение точности движений, нарушение координации, ухудшение почерка, затруднения при выполнении мелких движений, требующих высокой точности.

6. Состояние двигательной активности в целом:

- а) обычная двигательная активность;
- б) повышение двигательной активности, увеличение скорости и энергичности движений;
- в) резкое усиление двигательной активности, невозможность усидеть на одном месте, суетливость, стремление ходить, изменять положение тела.

7. Ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы:

- а) отсутствие каких-либо неприятных ощущений со стороны сердца;
- б) ощущение усиления сердечной деятельности, не мешающее работе,
- в) наличие неприятных ощущений со стороны сердца — учащение сердцебиений, чувство сжатия в области сердца, покалывание, боли в сердце.

8. Проявления со стороны желудочно-кишечного тракта:

- а) отсутствие каких-либо неприятных ощущений в животе;
- б) единичные, быстро проходящие и не мешающие работе ощущения в животе — подсасывание в подложечной области, чувство легкого голода, периодическое «урчание»;
- в) выраженные неприятные ощущения в животе — боли, снижение аппетита, подташнивание, чувство жажды.

9. Проявления со стороны органов дыхания:

- а) отсутствие каких-либо ощущений;
- б) увеличение глубины и учащение дыхания, не мешающие работе;
- в) значительные изменения дыхания — одышка, чувство недостаточности вдоха, «комок в горле».

10. Проявления со стороны выделительной системы:

- а) отсутствие каких-либо изменений;

б) умеренная активизация выделительной функции — более частое желание воспользоваться туалетом при полном сохранении способности воздержаться (терпеть);

в) резкое учащение желания воспользоваться туалетом, трудность или даже невозможность терпеть.

11. Состояние потоотделения:

- а) обычное потоотделение без каких-либо изменений;
- б) умеренное усиление потоотделения;
- в) появление обильного «холодного» пота.

12. Состояние слизистой оболочки полости рта:

- а) обычное состояние без каких-либо изменений;
- б) умеренное увеличение слюноотделения;
- в) ощущение сухости во рту.

13. Окраска кожных покровов:

- а) обычная окраска кожи лица, шеи, рук;
- б) покраснение кожи лица, шеи, рук;
- в) побледнение кожи лица, шеи, появление на коже кистей рук «мраморного» ( пятнистого ) оттенка.

14. Восприимчивость, чувствительность к внешним раздражителям:

- а) отсутствие каких-либо изменений, обычная чувствительность;
- б) умеренное повышение восприимчивости к внешним раздражителям, не мешающее работе;
- в) резкое обострение чувствительности, отвлекаемость, фиксация на посторонних раздражителях.

15. Чувство уверенности в себе, в своих силах:

- а) обычное чувство уверенности в своих силах, в своих способностях;
- б) повышение чувства уверенности в себе, вера в успех;
- в) чувство неуверенности в себе, ожидание неудачи, провала.

16. Настроение:

- а) обычное настроение;

б) приподнятое, повышенное настроение, ощущение подъема, приятного удовлетворения работой или другой деятельностью;  
в) снижение настроения, подавленность.

17. Особенности сна:

а) нормальный, обычный сон;  
б) хороший, крепкий, освежающий сон накануне;  
в) беспокойный, с частыми пробуждениями и сновидениями сон в течение нескольких предшествующих ночей, в том числе накануне.

18. Особенности эмоционального состояния в целом:

а) отсутствие каких-либо изменений в сфере эмоций и чувств;  
б) чувство озабоченности, ответственности за исполняемую работу, «азарт», активное желание действовать;  
в) чувство страха, паники, отчаяния.

19. Помехоустойчивость:

а) обычное состояние без каких-либо изменений;  
б) повышение помехоустойчивости в работе, способность работать в условиях шума и других помех;  
в) значительное снижение помехоустойчивости, неспособность работать при отвлекающих раздражителях.

20. Особенности речи:

а) обычная речь;  
б) повышение речевой активности, увеличение громкости голоса, ускорение речи без ухудшения ее качества (логичности, грамотности и т.д.);  
в) нарушения речи — появление длительных пауз, запинок, увеличение количества лишних слов, заикание, слишком тихий голос.

21. Общая оценка психического состояния:

а) обычное состояние;  
б) состояние собранности, повышенная готовность к работе, мобилизованность, высокий психический тонус;

в) чувство усталости, несобранности, рассеянности, апатии, снижение психического тонуса.

22. Особенности памяти:

а) обычная память;

б) улучшение памяти — легко вспоминается то, что нужно;

в) ухудшение памяти.

23. Особенности внимания:

а) обычное внимание без каких-либо изменений;

б) улучшение способности к сосредоточению, отвлечение от посторонних дел;

в) ухудшение внимания, неспособность сосредоточиться на деле, отвлекаемость.

24. Сообразительность:

а) обычная сообразительность;

б) повышение сообразительности, хорошая находчивость;

в) снижение сообразительности, растерянность.

25. Умственная работоспособность:

а) обычная умственная работоспособность;

б) повышение умственной работоспособности;

в) значительное снижение умственной работоспособности, быстрая умственная утомляемость.

26. Явления психического дискомфорта:

а) отсутствие каких-либо неприятных ощущений и переживаний со стороны психики в целом;

б) чувство психического комфорта, подъема психической деятельности либо единичные, слабо выраженные, быстро проходящие и не мешающие работе явления;

в) резко выраженные, разнообразные и многочисленные серьезно мешающие работе нарушения со стороны психики.

27. Степень распространенности (генерализованность) признаков напряжения:

- а) единичные, слабо выраженные признаки, на которые не обращается внимание;
- б) отчетливо выраженные признаки напряжения, не только не мешающие деятельности, но, напротив, способствующие ее продуктивности;
- в) большое количество разнообразных неприятных признаков напряжения, мешающих работе и наблюдающихся со стороны различных органов и систем организма.

28. Частота возникновения состояния напряжения:

- а) ощущение напряжения не развивается практически никогда;
- б) некоторые признаки напряжения развиваются лишь при наличии реально трудных ситуаций;
- в) признаки напряжения развиваются очень часто и нередко без достаточных на то причин.

29. Продолжительность состояния напряжения:

- а) весьма кратковременное, не более нескольких минут, быстро исчезает еще до того, как миновала сложная ситуация;
- б) продолжается практически в течение всего времени пребывания в условиях сложной ситуации и выполнения необходимой работы, прекращается вскоре после ее окончания;
- в) весьма значительная продолжительность состояния напряжения, непрекращающегося в течение длительного времени после сложной ситуации.

30. Общая степень выраженности напряжения:

- а) полное отсутствие или весьма слабая степень выраженности;
- б) умеренно выраженные, отчетливые признаки напряжения;
- в) резко выраженное, чрезмерное напряжение.

Обработка методики и интерпретация результата. После заполнения бланка производится подсчет набранных испытуемым баллов путем их

суммирования. При этом за отметку «+», поставленную испытуемым против пункта «а», начисляется 1 балл, против пункта «б» — 2 балла, против пункта «в» — 3 балла. Минимальное количество баллов, которое может набрать испытуемый, равно 30, а максимальное — 90.

Диапазон слабого нервно-психического напряжения располагается в промежутке от 30 до 50 баллов, умеренного, или «интенсивного» — от 51 до 70 баллов и чрезмерного, или «экстенсивного» — от 71 до 90 баллов.

## Приложение 3

## Простые аналогии

1	лошадь жеребенок	пастище, рога, молоко, теленок, бык	корова
2	яйцо скорлупа	курица, огород, капуста, суп, шелуха	картофель
3	ложка каша	масло, нож, тарелка, мясо, посуда	вилка
4	коньки зима	лед, каток, весло, лето, река	лодка
5	ухо слышать	видеть, лечить, рот, щетка, жевать	зубы
6	собака шерсть	овца, ловкость, рыба, удочки, чешуя	щука
7	пробка плавать	пловец, тонуть, гранит, возить, каменщик	камень
8	чай сахар	вода, тарелка, крупа, соль, ложка	суп
9	дерево сук	топор, перчатка, нога, работа, палец	рука
10	дождь зонтик	палка, холод, сани, зима, шуба	мороз
11	школа обучение	доктор, ученик, учреждение, лечение, больной	больница
12	песня глухой	хромой, слепой, художник, рисунок, больной	картина
13	нож сталь	вилка, дерево, стул, пища, скатерть	стол
14	рыба сеть	решето, комар, комната, жужжать, паутина	муха
15	птица гнездо	люди, птенец, рабочий, зверь, дом	человек
16	хлеб пекарь	вагон, город, жилище, строитель, дверь	дом
17	пальто пуговица	портной, магазин, нога, шнурок, шляпа	ботинок
18	кося трава	сено, волосы, острые, сталь, инструменты	бритва
19	нога сапог	галоши, кулак, перчатка, палец, кисть	рука
20	вода жажда	пить, голод, хлеб, рот, еда	пища
21	электричество проводка	лампочка, ток, вода, трубы, кипение	пар
22	паровоз вагоны	поезд, лошадь, овес, телега, конюшня	конь
23	алмаз редкий	драгоценный, железный, твердый, сталь	железо
24	бежать	молчать, ползать, шуметь, звать, плакать	кричать

	стоять		
25	волк	воздух, клюв, соловей, яйцо, пение	птица
	пасть		
26	растение	зерно, клюв, соловей, пение, яйцо	птица
	семя		
27	театр	актер, книги, читатель, библиотекарь, любитель	библиотека
	зритель		
28	утро	мороз, день, январь, осень, сани	зима
	ночь		
29	железо	пень, пила, столяр, кора, листья	дерево
	кузнец		
30	нога	галка, очки, слезы, зрение, нос	глаза
	костыль		

### Ключ к тесту

Вопр.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Отв.	4	1	4	4	5	4	5	5	2	4	5	5	4	2	2	4
Вопр.	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
Отв.	5	4	4	2	3	2	4	4	5	1	2	5	3	3	2	4

## Приложение 4

## Методика экспресс-диагностики состояния стресса

Текст опросника:

1. Я всегда стремлюсь делать работу до конца, но часто не успеваю и вынужден наверстывать упущенное.
  2. Когда я смотрю на себя в зеркало, я замечаю следы усталости и переутомления на своем лице.
  3. На работе и дома – сплошные неприятности.
  4. Я упорно борюсь со своими вредными привычками, но у меня не получается.
  5. Меня беспокоит будущее.
  6. Мне часто необходимы алкоголь, сигарета или снотворное, чтобы расслабиться после напряженного дня.
  7. Вокруг происходят такие перемены, что голова идет кругом. Хорошо бы,
- если бы все не так стремительно менялось.
8. Я люблю семью и друзей, но часто вместе с ними я чувствую скуку и пустоту.
  9. В жизни я ничего не достиг и часто испытываю разочарование в самом себе.
- Обработка и интерпретация результатов
- Подсчитывается количество положительных ответов по всем вопросам.
- Каждому ответу «да» присваивается 1 балл (ответ «нет» оценивается в 0 баллов).

0-4 балла – высокий уровень регуляции в стрессовых ситуациях;  
5-7 баллов – умеренный уровень регуляции в стрессовых ситуациях;  
8-9 баллов – слабый уровень регуляции в стрессовых ситуациях.

Высокий уровень регуляции в стрессовых ситуациях означает, что человек ведет себя в стрессовой ситуации довольно сдержанно и умеет регулировать свои собственные эмоции. Как правило, такие люди не склонны раздражаться и винить других и себя в происходящих событиях. Умеренный уровень регуляции в стрессовых ситуациях означает, что человек не всегда правильно и адекватно ведет себя в стрессовой ситуации. Иногда он умеет сохранять самообладание, но бывают также случаи, когда незначительные события нарушают эмоциональное равновесие (человек «выходит из себя»).

Слабый уровень регуляции в стрессовых ситуациях означает, что человек характеризуются высокой степенью переутомления и истощения. Такие люди часто теряют самоконтроль в стрессовой ситуации и не умеют владеть собой, для них важно развивать навыки саморегуляции в стрессе.

## Приложение 5

## Тест Равена

Интерпретация:

- 1 степень — более 95% — особо высокоразвитый интеллект;
- 2 степень — 75 — 94% — интеллект выше среднего;
- 3 степень — 25 — 74% — средний интеллект;
- 4 степень — 5 — 24% — интеллект ниже среднего;
- 5 степень — ниже 5% — интеллектуальный дефект.

## Приложение 6

### Методика «заучивания 10 слов» (А. Лурия)

Тестовый материал

Примеры набора слов:

Стол, вода, кот, лес, хлеб, брат, гриб, окно, мёд, дом.

Дым, сон, шар, пух, звон, куст, час, лёд, ночь, пень.

Число, хор, камень, гриб, кино, зонт, море, шмель, лампа, рысь.

### Интерпретация результатов

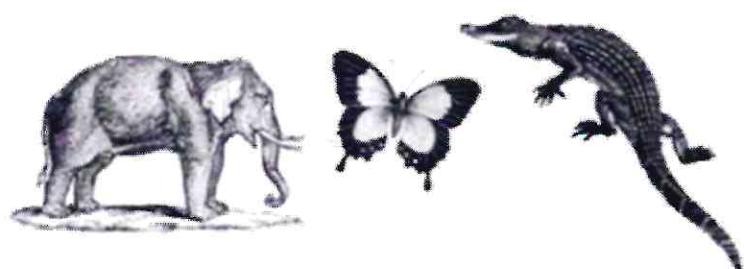
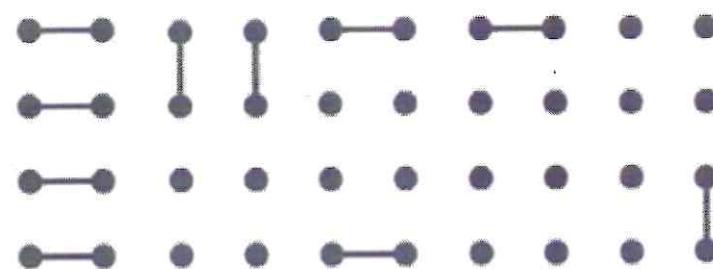
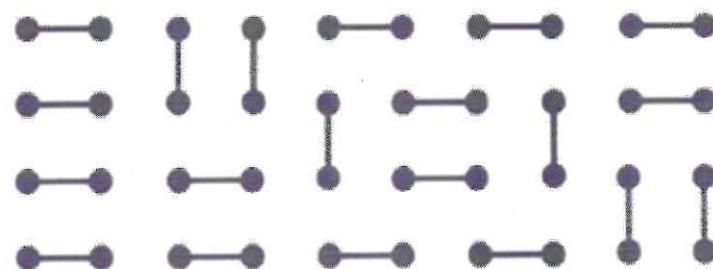
На основе подсчета общего количества воспроизведенных слов после каждого предъявления может быть построен график: по горизонтали откладывается число повторений, по вертикали — число правильно воспроизведенных слов. По форме кривой можно делать выводы относительно особенностей запоминания. Так, у здоровых детей с каждым воспроизведением количество правильно названных слов увеличивается, ослабленные дети воспроизводят меньшее количество, могут демонстрировать застревание на лишних словах. Большое количество «лишних» слов свидетельствует о расторможенности или расстройствах сознания. При обследовании взрослых к третьему повторению испытуемый с нормальной памятью обычно воспроизводит правильно до 9 или 10 слов.

Кривая запоминания может указывать на ослабление внимания, на выраженную утомленность. Повышенная утомляемость регистрируется в том случае, если испытуемый (взрослый или ребенок) сразу воспроизвел 8-9 слов, а затем, с каждым разом все меньше и меньше (кривая на графике не возрастает, а снижается). Кроме того, если испытуемый воспроизводит все меньше и меньше слов, это может свидетельствовать о забывчивости и рассеянности. Зигзагообразный характер кривой свидетельствует о неустойчивости внимания. Кривая, имеющая форму «плато», свидетельствует об эмоциональной вялости ребенка, отсутствии у него заинтересованности. Число слов, удержаных и воспроизведенных час спустя, свидетельствует о долговременной памяти.

Больные разных нозологических групп проявляют специфику в выполнении данного задания:

- при черепно-мозговой травме или нейроинфекции больные воспроизводят и запоминают первые и последние слова; при этом, объем запоминаемого материала от повторения к повторению не увеличивается;
- при неврозах запоминание замедленное, больным требуется большее число повторений (по сравнению со здоровыми) для запоминания полного объема материала; график запоминания имеет зигзагообразный характер и в объеме запоминаемого материала от повторения к повторению проявляется тенденция к истощаемости, что свидетельствует о неустойчивости и колебаниях внимания.

## Тренировка памяти



## Приложение 8

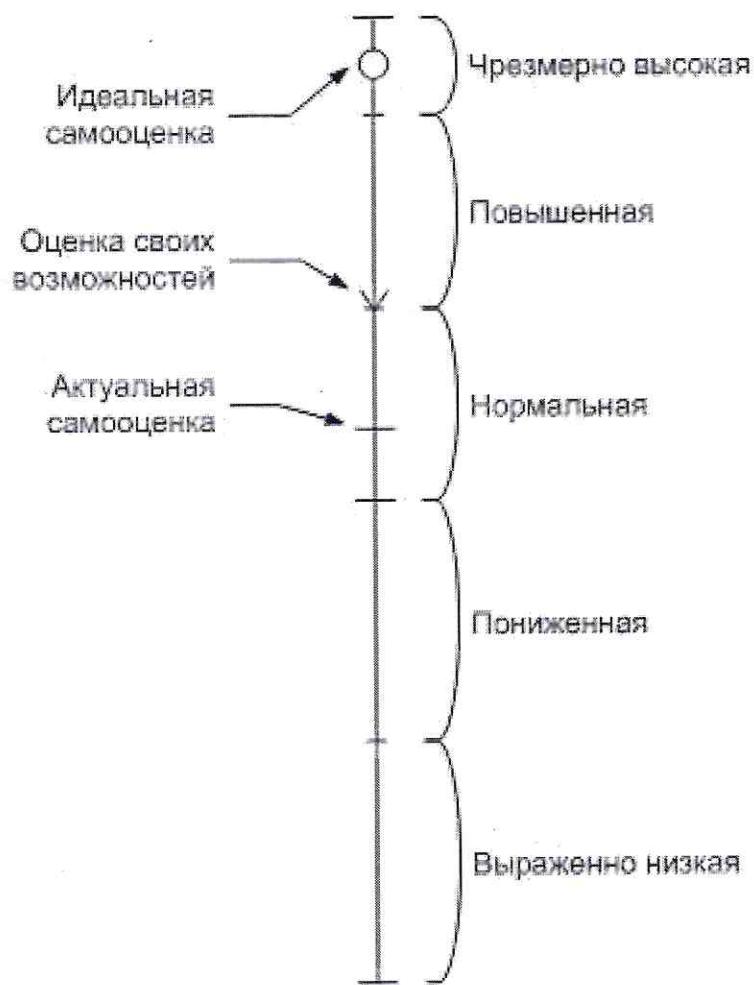
## Тренировка внимания

Упражнение делается перед сном. Возьмите листок с любым текстом, шрифт должен быть не очень мелкий. В центре поставьте жирную точку зеленым маркером. Положите перед собой так, чтобы четко видеть каждую строчку. Страйтесь удерживать взгляд на точке в течение 10 минут. Вначале это покажется очень сложным, но затем будет даваться все легче и легче. Голова абсолютно пустая, никаких посторонних мыслей. По окончании упражнения встаем из-за стола и, прикрыв глаза рукой, идем спать. Ощущение присутствия зеленой точки должно остаться.

<b>ЖЕЛТЫЙ</b>	<b>СИНИЙ</b>	<b>ОРАНЖЕВЫЙ</b>
<b>ЧЕРНЫЙ</b>	<b>КРАСНЫЙ</b>	<b>ЗЕЛЕНЫЙ</b>
<b>РОЗОВЫЙ</b>	<b>ЖЕЛТЫЙ</b>	<b>КРАСНЫЙ</b>
<b>ОРАНЖЕВЫЙ</b>	<b>ЗЕЛЕНЫЙ</b>	<b>ЧЕРНЫЙ</b>
<b>СИНИЙ</b>	<b>КРАСНЫЙ</b>	<b>РОЗОВЫЙ</b>
<b>ЗЕЛЕНЫЙ</b>	<b>СИНИЙ</b>	<b>ОРАНЖЕВЫЙ</b>

## Методика исследования самооценки по Дембо — Рубинштейн

### Модель нормального размещения характеристик самооценки



#### Схема анализа:

- Высота самооценки (фон настроения);
- Устойчивость самооценки (эмоциональная устойчивость);
- Степень реалистичности и/или адекватности самооценки (при ее повышении);
- Степень критичности, требовательности к себе (при понижении самооценки);

- Степень удовлетворенности собой (по прямым и косвенным индикаторам);
- Уровень оптимизма (по прямым и косвенным индикаторам);
- Интегрированность осознанного и неосознаваемого уровней самооценки;
- Противоречивость/непротиворечивость показателей самооценки;
- Зрелость/незрелость отношения к ценностям;
- Наличие и характер компенсаторных механизмов, участвующих в формировании «Я-концепции»;
- Характер и содержание проблем и их компенсаций.

### Бланк

Здоровый	Умный, способный	Хороший характер	Авторитетен у сверстников	Способный	Красивый	Уверенный в себе
Больной	Глупый, неспособный	Плохой характер	Презирается сверстниками	Не способный	Некрасивый	Не уверенный в себе
здоровье	ум, способности	характер	авторитет у сверстников	умение многое делать своими руками, умелые руки	внешность	уверенность в себе

## Приложение 10

## Сюжетные картинки



### Головоломка

#### Куда едет автобус

Изdevательски простая задача, которая попадает во все сборники такого рода головоломок — понятных детям и непонятных взрослым. Куда едет автобус?

