Московский городской психолого-педагогический университет

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

кафедра клинической психологии и психотерапии

Курсовая работа на тему:

«Когнитивная сфера у больных шизофренией»

Выполнила: студентка группы ПК 2.2

Проничева Е.Е.

Научный руководитель:

Долныкова А.А.

Москва, 2010 год

Оглавление

Аннотация

Введение

Глава 1. Общие представления о шизофрении

1.1 История развития представлений о шизофрении

1.2 Клинические аспекты нарушения когнитивных функций при шизофрении

1.3 Психологический синдром шизофренического дефекта

1.3.1 Соотношение клинических и патопсихологических характеристик шизофренического дефекта

Глава 2. Психологические исследования проявлений шизофренического дефекта

2.1 Психологические исследования нарушения когнитивных функций при шизофрении. Общий обзор подходов

2.2 Исследования отечественной школы

2.2.1 Эксперименты по изучению особенностей зрительного восприятия у больных шизофренией

2.2.2 Эксперименты по исследованию особенностей мышления у больных шизофренией

Глава 3. Методы психологической помощи больным и коррекции течения заболевания

3.1 Деятельностный подход в психокоррекции больных

3.2 Психотерапия как метод реабилитационного воздействия

Заключение

Список использованной литературы

Аннотация

Курсовая работа посвящена теме когнитивных нарушений у больных шизофренией.

Работа состоит из введения, трёх глав, заключения и списка использованной литературы.

Адресована студентам психологических вузов.

Введение

Данная курсовая работа посвящена исследованию особенностей когнитивной сферы у больных шизофренией.

Распространенность этого заболевания в мире достаточно велика, при этом шизофрения является тяжелым психическим расстройством, в особо тяжелых формах приводящим к сильной социальной и трудовой дезадаптации больных. От поддержки близких людей и принятия таких больных окружающими во многом зависит успешность лечения и реабилитации, поэтому необходимо сделать проблему шизофрении понятной актуальной для людей, не связанных с психиатрией и психологией.

Когнитивные расстройства являются ведущими в структуре шизофренического дефекта, их дополнительное осмысление и изучение очень важно для уточнения и совершенствования диагностических подходов, разработки новых, более эффективных методов лечения и последующей реабилитации пациентов.

Поскольку шизофреническое расстройство тесно связано с изменениями личности пациентов, их психических функций, и отсутствует объективная диагностика заболевания, то психологические исследования по данной теме выглядят весьма уместными и помогают глубже проникнуть в структуру болезни, понять закономерности ее развития, увидеть пути коррекции и помощи больным в их социальной адаптации.

Таким образом, исследование по данной теме выглядит весьма актуальным.

Целью данного исследования является описание когнитивных нарушений как ведущего компонента шизофренического дефекта.

Основными задачами являются: описание различных подходов к проблеме, экспериментальных исследований по данной теме, а также выявление психологической основы клинических проявлений при шизофрении и способов коррекции, обусловленных тесной связью психологических нарушений с психическим дефектом.

Объект исследования: когнитивные нарушения при шизофрении.

Предмет исследования: рассмотрение нарушений познавательных функций у больных шизофренией как основного компонента структуры этого заболевания.

Глава 1. Общие представления о шизофрении

1.1 История развития представлений о шизофрении

Начиная с ХIХ века предпринимались попытки выделить шизофрению из ряда психических расстройств, связанных с нарушениями когнитивных функций у пациента. Поскольку клинические проявления этого заболевания весьма разнообразны, дать точное определение этого заболевания, генетически его изучить и обеспечить объективную диагностику представлялось крайне трудным. Возможно, поэтому первые представления о шизофрении были толкованием ее как группы болезней.

«В основе представлений о шизофрении лежит концепция Е.Kraepelin (1896) о раннем слабоумии (dementia praecox).»[[1]](#footnote-1) Эта нозологическая концепция получила широкое распространение и вместе с тем вызвала много вопросов у оппонентов, которые критиковали синдромальный принцип, положенный в основу систематики форм заболевания. Крепелин основывал свою концепцию на особенностях течения и исхода болезни. Уже начиная с Крепелина, исследователи придерживались точки зрения, что в основе шизофрении лежат биологические факторы, наследственная природа заболевания.

Дальнейшее изучение шизофрении напрямую связано с именем Е. Блейера (1911), который и дал название этой болезни (шизофрения, болезнь Блейера). Он считал основным диагностическим критерием шизофрении возникновение у пациента первого и основного симптома – нарушения мышления. Блейер также разделил симптомы этого заболевания на основные и вторичные. Наиболее важный, фундаментальный симптом – расстройство мышления характеризуется несостоятельностью ассоциативного процесса, другими основными симптомами являются аффективные расстройства, аутизм и амбивалентность. Дополнительные симптомы – бред и галлюцинации.

Дальнейшее развитие изучения шизофрении шло по путям. Предложенным Крепелином и Блейером. Их концепции развивались и уточнялись, психиатры стали отмечать такие особенности шизофрении, как прогредиентность (прогрессирование) ее течения и возможность как благоприятного, так и негативного исхода.

Помимо классических клинических исследований существуют подходы, трактующие шизофрению как состояние, имеющее исключительно психологические причины. «Так, K.Conrad (1959) рассматривает шизофрению с позиций гештальтпсихологии, N.Petrilowitsch (1996) — с точки зрения структурной психологии. Были сделаны также попытки понять существо заболевания с позиций психоаналитических и психодинамических концепций, а также с точки зрения философии экзистенционализма. Например, L.Binswanger (1963) считал шизофрению особым видом человеческого существования (экзистенции)»[[2]](#footnote-2).

В США с 30-х годов ХХ века вышли на первый план психодинамическая и психоаналитическая концепции, согласно которым шизофрения рассматривалась как «реакция личности». С 70-х годов ХХ века разработка этих направлений стала менее актуальной, уступив место нейробиологическому подходу.

Современные исследования шизофрении в разных странах отличаются большим разнообразием. В зависимости от особенностей течения заболевания, его исхода, симптоматики диагностируют различные формы шизофрении.

Общими для американской и отечественной школ являются положения о разделении «истинной» («ядерной») шизофрении и так называемого «шизофренического психоза» (симптоматической шизофрении). Истинная шизофрения диагностируется при наличии деперсонализации, аутизма, эмоционального обеднения и внезапного начала и ощущения нереальности происходящего.

«В отечественной психиатрии нозологический принцип был сразу принят большинством психиатров [Сербский В.П., 1902; Суханов С.А., 1905; Бернштейн А.Н., 1912]. Систематике форм шизофрении посвятили свои исследования А.Н.Молохов (1948, 1960) и М.Я.Серейский (1954). Подразделение детской и подростковой шизофрении на вялотекущую (неблагоприятную) и острую (благоприятную) было осуществлено Г.Е.Сухаревой (1933, 1937).»

Несомненный вклад в изучение шизофрении внесло мультидисциплинарное исследование под руководством А.В. Снежневского. Клиническая картина заболевания изучалась в сочетании с психологическими, нейрофизиологическими, биохимическими, генетическими, эпидемиологическими и другими исследованиями.

1.2 Клинические аспекты нарушения когнитивных функций при шизофрении

Диапазон расстройств, свойственных шизофрении, очень широк. В зависимости от степени прогрессирования болезни они могут быть менее или более резко выражены.

Весьма характерны для шизофрении разнообразные расстройства мышления. «Отмечается утрата целенаправленности, последовательности, логичности мышления, его разорванность, нередки наплывы мыслей, содержание которых больной затрудняется воспроизвести, ощущение пустоты в голове. Процесс мышления утрачивает автоматический характер и становится объектом внимания больных, исчезает образность мышления, преобладает склонность к абстракции и символике, наблюдаются феномен соскальзывания, "закупорка" мыслей, обрывы мыслей (sperung). Наблюдается общее обеднение мышления или его необычность со своеобразием ассоциаций, вплоть до нелепых. При шизофрении типична "разноплановость" мышления, проявляющаяся в неоднозначности оценки тех или иных событий, когда одновременно используются как существенные, так и незначительные, второстепенные характеристики их. Наряду с признаками амбивалентности, проявляющейся невозможностью принятия решений вследствие одномоментного сосуществования двух противоположных мнений или оценок, больные в сложных ситуациях могут принять правильное решение, найти верный выход из создавшегося трудного, неординарного положения»[[3]](#footnote-3). Для больных шизофренией характерно расстройство, связанное с содержанием мышления – бред. Он может быть очень разнообразным: преследования, грандиозности, религиозный или соматический.

Расстройство формы мышления устанавливается путем анализа устной и письменной речи пациентов. Речь больных, грамматически правильная, тем не менее утрачивает адекватный коммуникативный характер, становится похожа на бесплодное рассуждательство, резонерство. Отмечаются такие особенности как неадекватные ассоциации, бессвязность, обстоятельность, словесная окрошка.

Расстройства мышления включают скачку мыслей, остановку или «блокирование» процесса мышления, нарушение внимания, обеднение содержания мышления и речи, снижение памяти, нарушение способности к абстрагированию, избыточность речи.

При шизофрении характерно эмоциональное обеднение, речь больных постепенно лишается различных интонаций, выражающих их отношение к высказываниям, общение с близкими и друзьями перестает быть значимым для больных, они становятся эмоционально холодны к окружающим, утрачивают чувства к значимым людям. Также сильно меняется мимика больных, внешний облик и манера поведения становятся несоответственными ситуации и общественным нормам. Реакция больных на высказывания и поступки окружающих может быть парадоксальной и непредсказуемой.

Для шизофрении характерны различные нарушения восприятия – это галлюцинации в одной из сенсорных модальностей, чаще слуховые.

Современная система описания клинических нарушений при шизофрении предполагает разделение их на негативные (дефицитарные) и позитивные (продуктивные) симптомы. Первые включают аффективное притупление, обедненность речи, небрежность, недостаточность мотивации, ангедонию, социальную изоляцию, когнитивные нарушения и дефекты внимания. Ко вторым относятся необоснованные ассоциации, причудливое поведение, галлюцинации и повышенная речевая продуктивность (в том числе, бред).

1.3 Психологический синдром шизофренического дефекта

Ведущим методическим принципом современной психологии является системный, деятельностный подход. В связи с этим при анализе патологии психической деятельности у больных шизофренией в качестве единой структуры рассматривается патопсихологический синдром «как система нарушенных психических процессов и свойств личности, составляющих основу шизофренического дефекта»[[4]](#footnote-4).

Ведущий компонент патопсихологического синдрома при шизофрении – нарушение потребностно-мотивационных характеристик социальной регуляции психической деятельности и поведения. Это проявляется в снижении социальной направленности личности, которая формирует характер активности человека во взаимодействии с миром. Здесь нужно, прежде всего, отметить нарушение потребности в общении, которое в клинической практике обозначается как аутизм.

Больные шизофренией, в связи с дефицитом потребности в общении, утрачивают такие качества личности, как сочувствие, сопереживание, способность понять другого. С аутистическими проявлениями тесно связаны нарушения социальных эмоций. «Особенно явно нарушение социальных эмоций у больных шизофренией сказывается в недостаточной сформированности и зрелости моральных чувств, основу которых составляет отношение к человеку, обществу. В моральных чувствах нечто объективное, общественно значимое, переживается как личностно значимое для человека»[[5]](#footnote-5). Для больных шизофренией также свойственна так называемая «диссоциация эмоциональной регуляции поведения»: даже в случаях достаточной сохранности и адекватности эмоций, они часто выражаются в гипертрофированной форме, а именно, в аффективно заряженном поведении больных.

Также для шизофрении характерна недостаточность волевых процессов, это выражается в снижении инициативности и контроля деятельности и поведения. «Снижение потребностно-мотивационных, эмоциональных и волевых компонентов психической деятельности самым тесным образом связано со снижением психической активности, поскольку все они являются как ее источником, побудителем, так и ее непосредственным выражением»[[6]](#footnote-6).

Ослабление социальной регуляции и социальной направленности поведения у больных шизофренией способствует формированию у них специфических особенностей познавательной деятельности, особого способа познания внешнего мира.

Познавательная деятельность субъекта определяется двумя основными факторами: личностным (потребности, мотивация, социальная направленность) и процессуальным (навыки, умения, исполнительские характеристики).

Современная наука разделяет два аспекта мотивации: личностные диспозиции и ситуационные факторы. По результатам исследований, у больных шизофренией наиболее нарушенным оказывается личностный аспект мотивации, к тому же он трудно поддается коррекции. Нарушение ситуационного аспекта мотивации, а также связанных с ним исполнительских компонентов регуляции деятельности, выражено у больных в меньшей степени и легче компенсируется. Нарушение исполнительских компонентов деятельности (операций, навыков, умений) вторично и зависит от снижения мотивационных факторов.

1.3.1 Соотношение клинических и патопсихологических характеристик шизофренического дефекта

На клиническом уровне были выделены характерные для шизофрении негативные изменения психики: аутизм, эмоциональная недостаточность, снижение психической активности, диссоциация психической деятельности на всех ее уровнях, которая проявляется в странности и необычности поведения, дефиците критичности при относительной сохранности формального интеллекта.

Все эти изменения обусловлены нарушением потребностно-мотивационной стороны психической деятельности, которое является основной характеристикой патопсихологического синдрома.

Отдельные компоненты потребностно-мотивационного аспекта психической деятельности в различных сочетаниях образуют психологические основы вышеуказанных клинических проявлений шизофренического дефекта. Например, аутистические проявления обусловлены нарушением потребности в общении и связанном с ним снижением социальной направленности социальной регуляции поведения. Вследствие этого у больных наблюдается снижение социальной активности, недостаточное развитие социальных эмоций, нарушение когнитивного аспекта деятельности (снижение социальной перцепции и детерминации мышления факторами прошлого опыта). Отсутствие эмоционального резонанса у больных, их эмоциональная опустошенность ввиду общей эмоциональной дефицитарности также являются проявлениями аутизма.

Снижение психической активности многими авторами рассматривается как неспецифичный для шизофрении клинический аспект. Однако его истоки тоже лежат в нарушении потребностно-мотивационных факторов психической деятельности, и потому он оказывается достаточно характерной чертой шизофренического дефекта. Такое снижение психической активности проявляется в разнообразных нарушениях произвольных и волевых процессов. Это выражается не только в снижении инициативности деятельности и поведения, но и на уровне контроля поведения, который необходимо включает социальные критерии и оценки.

Такие проявления шизофрении, как неординарность мышления, речи и в целом поведения больных при относительной сохранности формального интеллекта обусловлены снижением социальной регуляции познавательной деятельности (мотивационная сторона) и относительной сохранностью ее исполнительских компонентов (операциональная сторона).

Таким образом, можно отметить, что исследование именно когнитивной составляющей шизофренического дефекта даёт более полную картину заболевания и предоставляет возможность выявления новых эффективных путей его коррекции, трудовой адаптации и реабилитации больных.

Глава 2. Психологические исследования проявлений шизофренического дефекта

2.1 Психологические исследования нарушения когнитивных функций при шизофрении. Общий обзор подходов

В связи со своеобразием психических, и прежде всего когнитивных, нарушений при шизофрении и невозможностью оценить их по критериям слабоумия, исследователи обратили свое внимание на психологию таких больных. «Мышление, речь и восприятие больных отличаются необычностью и парадоксальностью, не имеющими аналогии среди других известных видов соответствующей психической патологии. Большинство авторов обращают внимание на особую диссоциацию, характеризующую не только познавательную, но и всю психическую деятельность и поведение больных. Так, больные шизофренией могут выполнять сложные виды интеллектуальной деятельности, но часто испытывают затруднения при решении простых задач. Нередко парадоксальными являются также способы их действий, склонности и увлечения»[[7]](#footnote-7).

По данным психологических исследований, когнитивные нарушения при шизофрении происходят на всех уровнях познавательной деятельности, начиная с непосредственного чувственного отражения. «Разные свойства окружающего мира выделяются больными несколько иначе, чем здоровыми: они по-разному «акцентируются», что приводит к снижению эффективности и «экономичности» процесса восприятия. Однако при этом отмечается повышение «перцептивной точности» восприятия образа»[[8]](#footnote-8).

Все эти особенности отмечаются и в мышлении больных: выделяются малозначимые предметы и снижается уровень избирательности. Избирательность мышления обусловлена влиянием прошлого социального опыта субъекта на его мыслительную деятельность. Такая диссоциация когнитивных функций у больных ярко проявляется лишь в социально опосредованных видах деятельности, т.е. где субъекту требуется опора на его прошлый опыт.

Такие особенности познания мира, а именно снижение избирательности мышления, уменьшают эффективность деятельности больных, однако способности восприятия предметов и явлений позволяют им мыслить нестандартно, «оригинально» и, таким образом, достигать успехов в некоторых областях творчества.

В исследованиях нарушений психических процессов при шизофрении также были выявлены факты и механизмы так называемых «сверхвключений» (термин Н. Камерона): «больные при решении различных задач привлекают избыточное количество категорий»[[9]](#footnote-9). Камерон связывал возникновение этого процесса с нарушением межличностных отношений.

В основном исследования патологии психической деятельности при шизофрении были когнитивно-ориентированными и шли в двух направлениях. Первое реализовало информационный подход к анализу психических явлений и патологии, второе, помимо анализа когнитивных процессов, включало и влияние на эти процессы межличностных отношений.

Факты сверхвключений при шизофрении в разных исследованиях получают различные трактовки. В работах Т. Вековича наличие сверхвключений связывается с неспособностью больных к удержанию установки или с невозможностью противостоять эмоциональным стимулам. Эта интерпретация основана на селективной теории психолога Дж. Брунера. «Эти факты свидетельствуют о расширении у больных шизофренией объема информации, круга свойств и отношений, включаемых в процесс мышления»[[10]](#footnote-10).

Второе направление исследований основано на психодинамической концепции, которая подчеркивает ведущую роль средовых воздействий (прежде всего внутрисемейных отношений) на формирование патологии психических процессов. В основном такие работы проводятся американскими психологами в рамках изучения семей, имеющих шизофренического потомка, определяется общий познавательный стиль родителей и детей.

Современные исследования доказывают, что «нарушение семейных отношений является необходимым, но недостаточным условием для развития шизофрении и формирования особого познавательного стиля, который рассматривается в качестве «основной патологии» при шизофрении»[[11]](#footnote-11). В данном случае познавательный стиль рассматривается как совокупность стилистических особенностей познавательных процессов, которая устойчиво проявляется у человека в различных ситуациях, независимо от содержания самой деятельности. Понятие «нарушение когнитивного стиля» рассматривается как присущая пациенту некая общность различных видов патологических реакций и процессов без анализа их внутренних взаимосвязей.

Системный, деятельностный подход в анализе психических явлений реализуют представители отечественной психологии. Суть такого подхода состоит в том, что психическое формируется и реализуется в деятельности человека.

С.Л. Рубинштейн вывел ведущий принцип индивидуализации личности, состоящий в том, что субъект обладает внутренней способностью преобразовывать внешнее, опосредовать его и объективировать. Всегда имеют место и движущие силы самой личности, и общественные движущие силы, социальные потребности. Таким образом, «организация жизни личностью осуществляется при одновременном встречном процессе регуляции со стороны общества и на основе саморегуляции»[[12]](#footnote-12). Одной из форм активности личности, ее движущей силой, является направленность личности.

В патопсихологии деятельностный подход реализовывался прежде всего в трудах Б.В. Зейгарник. Она указывала два возможных пути в исследовании: прямой – наблюдение за поведением и реакциями пациента в ситуации эксперимента, а также анализ анамнеза и опосредованного выявления изменений личности с помощью эксперимента. Такой деятельностный подход осуществлялся в экспериментальных исследованиях системы мотивов у больных.

Вслед за А.Р. Лурия, сейчас отечественные психологи отдают предпочтение синдромальному психологическому подходу при изучении природы психических болезней. Применительно к шизофрении рассматривается структура основного патопсихологического синдрома шизофренического дефекта. Он представляет собой систему нарушенных психических процессов и свойств, составляющих психологическую основу негативных изменений психики при шизофрении (аутизм, снижение психической активности, эмоциональная дефицитарность и др.). Ведущим компонентом психопатологического шизофренического синдрома является нарушение потребностно-мотивационного аспекта психической деятельности. Этот аспект включает в себя систему потребностей субъекта (в том числе потребность в общении), характеристики психической активности, обусловленные потребностями, и эмоционально-волевые процессы. Нарушение исполнительского компонента регуляции деятельности вторично, оно зависит от уровня снижения личностных мотивационных характеристик.

2.2 Исследования отечественной школы

Целью ряда экспериментальных исследований Критской В.П., Мелешко Т.К. и Полякова Ю.Ф., реализовывавших направление синдромального психопатологического подхода к изучению шизофрении, был поиск закономерностей психопатологических нарушений, лежащих в основе негативных проявлений шизофренического дефекта. Причиной такого выбора было представление о том, что характерные для шизофрении изменения психики наиболее четко видны в картине негативных психопатологических проявлений.

Согласно природе основного синдрома при шизофрении, в исследованиях особое место занимало введение в ситуацию эксперимента различных мотивирующих стимулов. Поскольку снижение мотивации у больных шизофренией не позволяет им раскрыть все свои возможности, то введение в эксперимент дополнительных мотивирующих факторов позволяет обнаружить у них скрытые, резервные возможности и тем самым, возможно, повысить эффективность деятельности.

Также в исследовании разрабатывалась гипотеза о снижении социальной направленности личности как следствия аутизма у больных шизофренией. Результатом такого снижения является «недостаточность опосредования познавательной деятельности больных факторами социального опыта»[[13]](#footnote-13). Поэтому основным методом исследования являлось сопоставление уровня выполнения разных видов познавательной деятельности, которые отличаются по роли социального опосредования в их структуре. Таким образом, можно было выявить, что те процессы, где эта роль велика, окажутся наиболее нарушенными.

Исследования, отличались тщательным отбором больных. Этот отбор проходил по принципу четкой клинической дифференциации, с целью обеспечить максимальную однородность выборки, т.к. при неоднородности обследуемых больных невозможно четко выявить основные закономерности изменения психических процессов при психопатологии. Исследование было направлено на изучение негативных психопатологических проявлений, поэтому в группы испытуемых с шизофренией отбирались только те пациенты, у которых наличествовали в разной степени выраженные негативные симптомы при практическом отсутствии продуктивной симптоматики. То есть больные обследовались, как правило, в состоянии ремиссии. Так же с этой целью был выбран определенный клинический вариант шизофрении – относительно благоприятный, с непрерывным или приступообразным течением.

Объем выборки больных был свыше 300 человек, в качестве контрольной группы исследовались здоровые люди.

2.2.1 Эксперименты по изучению особенностей зрительного восприятия у больных шизофренией

Испытуемым предлагалось опознавать зрительные стимулы (изображения предметов) в условиях неполноты стимульной информации. В такой ситуации опознание изображений обычно неоднозначно, и для полной идентификации требуется привлечение из памяти системы «образов-эталонов», заключенной в прошлом опыте субъекта.

Поскольку у больных шизофренией снижена социальная опосредованность познавательной деятельности, а, следовательно, система образов-эталонов у них менее устойчива и обобщенна, была выдвинута гипотеза о возможном различии результатов восприятия людьми, больными шизофренией, и здоровыми.

Ситуации с неполной стимульной информацией в каждой серии экспериментов создавались с помощью разных приемов: оптического искажения стимула, расфокусировки изображения, ограничения времени предъявления стимула, тахистоскопического предъявления изображений.

В качестве стимулов использовались высоковероятные (стереотипно и в привычном ракурсе представленные) и маловероятные изображения (характеризующиеся какими-либо необычными свойствами: ракурсом, положением и т.п.).

В первой серии экспериментов с помощью эпидиаскопа на экран проецировались тестовые изображения. Этот аппарат дает возможность предъявления сильно увеличенного, расфокусированного изображения. Степень расфокусированности определялась специальной шкалой.

Испытуемые должны были распознать изображение на экране. Четкость предъявляемых изображений постепенно увеличивалась, и то деление шкалы, на котором испытуемый правильно определял стимул, принималось за порог опознания.

Эта серия экспериментов включала в себя два методических варианта, различавшихся набором изображений и временем экспозиции. Для каждого изображения были вычислены средние пороги опознания здоровыми испытуемыми и больными шизофренией. Здесь и выявились наиболее значимые отличия между группами испытуемых: повышение и понижение порогов коррелировали с характером изображений. Высоковероятные изображения опознавались больными шизофренией труднее, чем это должно быть в норме, а идентификация маловероятных изображений давалась им значительно легче, чем это бывает в норме.

Также был проведен анализ выдвигавшихся испытуемыми гипотез, и было выявлено, что среди предположений, высказываемых больными, уменьшена доля гипотез, которые для здоровых являлись наиболее вероятными. Статистическая структура системы гипотез у здоровых испытуемых существенно определялась опытом восприятия изображений, встречающихся в книгах и журналах.

В то же время, больные шизофренией, участвовавшие в эксперименте, выдвинули существенно больше гипотез (на 30%), чем здоровые испытуемые, однако их смысловые характеристики на 50% соответствовали маловероятному для здоровых содержанию.

Во второй серии экспериментов обычные и необычные изображения предъявлялись испытуемым с помощью тахистоскопа, т.е. ключевым фактором исследования был дефицит времени для опознания. За порог опознания принималось то минимальное время экспозиции, при котором испытуемый правильно определял стимул.

Всего в исследовании использовалось 6 изображений. Обычные – «яблоко», «стул» и «собака», и необычные – «стакан и серп», «ваза с лежащей среди фруктов электрической лампочкой» и «змея на дереве». Необычность трёх последних изображений достигалась за счет непривычного сочетании предметов, и при быстром предъявлении они были трудноотличимы от более вероятных в данных комбинациях предметов: блюдца, груши и сучка соответственно.

Результаты экспериментов показали одинаковое среднее время опознания двух простых изображений («яблоко», «стул») у испытуемых обеих групп. Восприятие сложных изображений было затруднено также у обеих групп, при этом повышалась роль образов-гипотез, предположений об увиденном.

Результаты опознания у больных шизофренией и здоровых различались при определении 4 сложных изображений, одного обычного («собака») и трёх необычных.

*Полученные результаты опознания изображений:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Изображения | Группы испытуемых | |
| здоровые | Больные шизофренией |
| Собака | 0,23 | 0,30 |
| Ваза с фруктами и электрической лампочкой (порог опознания лампочки) | 1,55 | 1,41 |
| Змея на дереве (порог опознания змеи) | 1,01 | 0,51 |

Как видно из приведённой таблицы, порог опознания обычного изображения у больных шизофренией повышен на 30% (по сравнению с нормой), а пороги трёх необычных – соответственно на 9, 49 и 57%. Таким образом, выявилась корреляция между скоростью опознания и характеристикой объекта опознания (его частотой употребления в прошлом опыте) у больных шизофренией. Если изображение маловероятно по прошлому опыту, то больные шизофренией испытывают меньше затруднений при его опознании, чем здоровые люди; если же изображение обычно, часто встречалось в прошлом опыте, то больным шизофренией сложнее его определить.

«Полученные данные позволяют считать, что процесс зрительного восприятия у больных шизофренией нарушается в связи с изменением процесса актуализации образов-гипотез, привлекаемых на основе прошлого опыта для сличения при опознании»[[14]](#footnote-14). Отмечаемая в восприятии больных шизофренией «перцептивная точность» может являться следствием нарушения опоры на прошлый перцептивный опыт.

Результаты этих исследований подтверждают представления ряда клиницистов о том, что у больных шизофренией болезненным изменениям подвергается не только мышление, но и восприятие, начиная от непосредственного чувственного отражения действительности.

2.2.2 Эксперименты по исследованию особенностей мышления у больных шизофренией

Исходное положение о том, что познавательная деятельность больных шизофренией недостаточно опосредована факторами социального опыта, определило методическую основу исследования особенностей их мышления.

*Основная часть экспериментов.*

Испытуемым предлагалось для решения два вида мыслительных задач, различавшихся по роли социального опосредования в их структуре.

В первую серию экспериментов были включены задачи на сравнение понятий, вариант классификации «исключение предмета» и «конструирование объекта». Путём особой «глухой» инструкции испытуемые ставились в такие условия, когда они должны были полностью самостоятельно выбирать основания для обобщения понятий. Таким образом выявлялась степень опосредования их решения прошлым опытом, поскольку выделение того или иного признака существенно зависит от знаний и опыта использования испытуемыми тех или иных предметов.

Для проведения исследования использовался набор из семи карточек, на каждой из которых были написаны названия четырёх предметов. Понятия на карточках подбирались таким образом, что условия их обобщения в каждом конкретном случае различались по степени сложности.

Карточки предъявлялись в строгой последовательности, по одной, с «глухой» инструкцией: «Объедините три предмета так, чтобы четвёртый в эту группу не вошёл». Такая инструкция не содержит указания на основание для обобщения, не ограничивает число создаваемых группировок. Образец для выполнения задания испытуемые также не получали.

Для фиксации высказываний и описания действий испытуемого по ходу исследования вёлся протокол.

Поскольку целью исследования являлось не просто определение способности больных шизофренией к классифицированию понятий, а изучение содержательной стороны мыслительной деятельности (выделение рода признаков, используемых в качестве оснований для обобщения), то возникла необходимость в объективном критерии. Определение такого критерия было осуществлено путём анализа результатов обследования контрольной группы здоровых испытуемых. Частота актуализации того или иного свойства этой группой была использована в качестве объективного критерия квалификации мышления больных шизофренией. Этот критерий отражает качественную характеристику мышления – его опосредованность общественным опытом.

В зависимости от частоты актуализации в группе здоровых испытуемых все названные признаки были разделены на «стандартные» и «нестандартные». Стандартными условно было принято считать те признаки, использование которых превышало среднюю частоту.

Для характеристики каждого испытуемого использовался «коэффициент стандартности». Чем больше испытуемый использовал стандартных свойств, тем выше был его коэффициент стандартности. В группе здоровых испытуемых коэффициент стандартности в среднем составлял 74%.

*Избирательность мышления испытуемых (в процентах) по разным методикам:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Группы испытуемых | Сравнение предметов | Вариант классификации «4-й лишний» | Конструирование объекта |
| Здоровые | 77 | 74 | 73 |
| Больные шизофренией | 58 | 53 | 50 |

Для группы больных шизофренией по всем трём методикам характерно более частое использование малозначимых, нестандартных свойств предметов и уменьшение частоты использования стандартных, практически более значимых признаков. Это выразилось в более низких коэффициентах стандартности в этой группе.

Различия между группами здоровых и больных шизофренией испытуемых оказались статистически значимыми.

Во вторую серию экспериментов были включены задачи на сравнение объектов по данному основанию и задачи на свободную классификацию двадцати четырёх геометрических фигур (в качестве оснований для классификации предлагались цвет, форма и величина предметов).

По сравнению с задачами первой серии экспериментов, актуализация признаков в задачах второй серии определялась в первую очередь не прошлым опытом испытуемых, а анализом данных условий.

По анализу результатов второй серии экспериментов существенных различий между группой здоровых испытуемых и группой больных шизофренией выявлено не было. Таким образом, можно сделать вывод, что характерные особенности больных шизофренией проявляются лишь в тех задачах, решение которых требует опосредования социальным опытом.

*Решение проблемных творческих задач.*

«Учитывая повышенную способность больных шизофренией к актуализации нестандартных свойств и отношений, мы предположили, что при решении некоторых задач из круга творческих, основная трудность которых будет заключаться в выявлении «латентного» свойства, больные шизофренией могут иметь определенное преимущество перед здоровыми»[[15]](#footnote-15). Для проверки этой гипотезы был проведен эксперимент с использование задачи Л. Секея, заключающейся в следующем. Испытуемому предлагалось уравновесить весы, используя лежащие перед ним на столе предметы, так, чтобы весы через некоторое время сами вышли из равновесия. Среди предметов, лежавших перед испытуемым, находилась свеча, и функциональным решением задачи было поджечь свечу, чтобы через некоторое время она при горении потеряла вес. Однако это свойство свечи (терять вес при горении) является «слабым», «латентным», оно замаскировано более «сильным» свойством – давать свет, а потому не сразу вычленяется испытуемым.

Ход анализа задачи больными шизофренией не отличался от наблюдаемого у здоровых испытуемых. Однако анализ полученных результатов показал высокий процент больных шизофренией, предложивших в качестве первого способа решения свечу, сумевших сразу вычленить в ней свойство терять вес при горении. Этот способ предложили 58% испытуемых, т.е. в 2 раза больше, чем здоровые.

*Результаты решения задачи:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| В качестве первоначального способа решения | Здоровые испытуемые | Больные шизофренией |
| Сразу использовали свечу | 14 | 29 |
| Использовали отсутствующие предметы (испарение) | 27 | 14 |
| Использовали наличные предметы (горение) | 9 | 7 |

Эти данные послужили основанием для гипотезы о том, что больные шизофренией имеют повышенную способность к выявлению скрытых свойств и отношений.

Для проверки этой гипотезы в исследование была включена задача типа головоломки, условия которой провоцировали испытуемых на уход от верного решения, препятствовали выявлению необходимых для решения свойств и отношений. «Успешность решения головоломки связана с преодолением непосредственного впечатления, навязанного провоцирующими условиями задачи»[[16]](#footnote-16).

Формулировка задачи: «Двенадцать спичек образуют фигуру, имеющую вид креста, площадь которой равна пяти спичечным квадратам. Из того же количества спичек надо построить такую фигуру, которая заключала бы площадь, равную четырем спичечным квадратам». Эта задача была предложена двум группам испытуемых: здоровым и больным шизофренией. Результаты исследований показали, что преодоление провоцирующих условий головоломки оказалось для больных шизофренией не менее трудным, чем для здоровых испытуемых. Следовательно, наличие у больных шизофренией более выраженной по сравнению со здоровыми способности к вычленению скрытых свойств и отношений в условиях, когда актуализация тех или иных признаков предметов в первую очередь определяется анализом условий задачи, не подтвердилось.

«Наблюдаемая у больных шизофренией тенденция к актуализации практически малозначимых признаков предметов не является выражением более общей способности их мышления к выявлению скрытых свойств и отношений»[[17]](#footnote-17). Описанные результаты исследования мышления больных шизофренией свидетельствуют о сохранности его операционного аспекта: при решении формально-логических задач различия между группами больных и здоровых отсутствовали, а при решении задач, требующих нестандартного подхода больные шизофренией демонстрировали некоторое преимущество.

Глава 3. Методы психологической помощи больным и коррекции течения заболевания

3.1 Деятельностный подход в психокоррекции больных

Рассмотрение психологической структуры шизофрении (позиция патопсихологического синдрома шизофренического дефекта) позволяет обозначить главные принципы коррекции и адаптации больных: недостаточность одних психических компонентов может восполняться за счет других, более сохранных. «Так, дефицит эмоциональной и социальной регуляции деятельности и поведения может в определенной степени компенсироваться сознательным путем на основе произвольной и волевой регуляции деятельности. Дефицит потребностно-мотивационных характеристик общения может быть в какой-то мере преодолен включением больных в специально организованную совместную деятельность с четко обозначенной целью»[[18]](#footnote-18). Воздействие мотивации в этом случае опирается не на чувства больного, а на осознание им необходимости взаимодействия с партнером, без участия которого задача вообще не может быть решена. То есть важную роль играют интеллектуальные и волевые усилия больного.

В рамках выявления сохранных компонентов психической деятельности у больных шизофренией совместно психологами и клиницистами было проведено исследование группы больных юношеской малопрогредиентной шизофренией с благоприятным исходом на уровне клинического выздоровления. Был определен ряд личностных особенностей, способствующих социальной адаптации больных: ориентация на социальные нормативы, относительно высокий интеллектуальный уровень, способность к произвольной регуляции и сознательному контролю своей деятельности, достаточно высокий уровень психической активности и общения. Именно эти особенности, подкрепленные также благоприятными внешними факторами (активная и умелая помощь родных и близких, благоприятная семейная обстановка, соответствующая интересам больных щадящая работа и учеба), являлись основополагающими для успешной трудовой и социальной адаптации больных.

Однако эти условия не могут обеспечить в полной мере коррекцию всех аспектов психической деятельности больных. Например, снижение избирательности познавательной деятельности плохо поддается коррекции, т.к. это снижение отражает одну из устойчивых личностных характеристик – снижение социальной направленности личности, обусловленной дефицитом потребности в общении, аутизмом. Недостаточность социальной регуляции деятельности у больных, проявляющаяся в ювенилизме, некоторой психической незрелости, странностях поведения, речи, парциальной эмоциональной недостаточности, может быть частично компенсирована путём «сознательного включения в адекватные социальные связи, нахождения своеобразной социальной «ниши», профессии, соответствующей способностям и склонностям пациентов»[[19]](#footnote-19). В подобной коррекционной работе необходимо активное участие самих пациентов, волевые усилия с их стороны.

Все описанные выше реабилитационные приёмы предполагают опору на включение больных в активную адекватную деятельность, причем это дает хорошие результаты даже в случаях работы с пациентами с чертами выраженного дефекта. Индивидуальная психотерапевтическая работа может применяться в этом случае как подготавливающий этап реабилитации, формирующий устойчивое эмоционально-положительное отношение к процессу коррекции социального поведения.

3.2 Психотерапия как метод реабилитационного воздействия

Современные психологические исследования течения шизофрении выявляют необходимость и важность применения психотерапевтического воздействия в работе с пациентами. Такая форма помощи больным эффективна при малопрогредиентной шизофрении, а также при злокачественном течении болезни в период ремиссии. Основные задачи психотерапии при шизофрении – предотвращение аутизации больных, стимуляция их социальной активности, формирование критического отношения к своему заболеванию, профилактика симптомов госпитализма.

Некоторые зарубежные психиатры считают психотерапию важнейшим корригирующим средством лечения шизофрении. В основном применяются групповые формы работы: групповой психоанализ, психодрама, недирективная, поведенческая психотерапия и другие. В.Д. Вид включает в реконструктивную психотерапию при малопрогредиентной шизофрении следующие обязательные воздействия: эмоциональная поддержка, стимуляция, совет-разъяснение, объективация, конфронтация, интерпретация. На больных шизофренией оказывает положительное влияние участие в психотерапевтических группах, неоднородных по своему составу. Такие группы могут включать больных с другими психопатологиями, пограничными состояниями, неврозами; пациенты могут различаться по возрасту, полу, образованию, продолжительности болезни.

Известны варианты лечения больных, длительно пребывающих в закрытых стационарах, методом подвижной психотерапии: «…больных выводят на прогулку в парк и просят вести себя таким образом, чтобы их поведение не давало оснований окружающим видеть в них пациентов психиатрической больницы. Подобная форма групповой психотерапии позволяет им выявить потенциальные возможности изменения своего поведения и иногда оказывается весьма эффективной»[[20]](#footnote-20).

Заключение

В работе были описаны и проанализированы основные нарушения когнитивной сферы у больных шизофренией, такие как эмоциональная дефицитарность, аутистические проявления, нарушения мышления («разноплановость», «разорванность»), характерные особенности восприятия и другие. В соответствии с патопсихологическим синдромальным подходом, эти нарушения (прежде всего негативные симптомы) имеют в своей основе коренные психологические изменения в личности пациента.

Помимо психофармакологических воздействий весьма успешным бывает применение в лечении и реабилитации больных шизофренией методов психологической коррекции, как деятельностных, так и психотерапевтических.

Дальнейшие направления изучения данной проблемы могут лежать в области выявления четкой системы диагностики форм шизофрении в сочетании с определением методов помощи больным и их социальной адаптации.

Список использованной литературы

1. Руководство по психиатрии: в 2-х томах. [Текст]/ Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999.
2. Общая психиатрия [Текст]/ под ред. А.С. Тиганова - http://www.psychiatry.ru/lib\_show.php?id=16
3. Б.В. Зейгарник. Патопсихология [Текст]/ Б.В. Зейгарник – М.: Издательство Московского университета, 1986
4. Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок. Клиническая психиатрия [Текст]: в 2-х томах – М.: Медицина, 1998
5. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование [Текст]/ под ред. А.В. Снежневского – М.: Медицина, 1972
6. Эндогенные психические заболевания [Текст]/ под ред. А.С. Тиганова - http://www.psychiatry.ru/lib\_show.php?id=29
7. В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание [Текст] – М.: Издательство Московского университета, 1991

1. Цит. по: Руководство по психиатрии: в 2-х томах. [Текст]/ Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999 – т. 1, стр. 408 [↑](#footnote-ref-1)
2. Цит. по: там же – т.1, стр. 404 [↑](#footnote-ref-2)
3. Цит. по: Руководство по психиатрии: в 2-х томах. [Текст]/ Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999 – т.1. стр. 409 [↑](#footnote-ref-3)
4. Цит. по: В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание [Текст] – М.: Издательство Московского университета, 1991 [↑](#footnote-ref-4)
5. Там же [↑](#footnote-ref-5)
6. Там же [↑](#footnote-ref-6)
7. Цит. по: Эндогенные психические заболевания [Текст]/ под ред. А.С. Тиганова [↑](#footnote-ref-7)
8. Там же [↑](#footnote-ref-8)
9. Цит. по: В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание [Текст] – М.: Издательство Московского университета, 1991 [↑](#footnote-ref-9)
10. Там же [↑](#footnote-ref-10)
11. Там же [↑](#footnote-ref-11)
12. Цит. по: В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание [Текст] – М.: Издательство Московского университета, 1991 [↑](#footnote-ref-12)
13. Цит. по: В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание [Текст] – М.: Издательство Московского университета, 1991 [↑](#footnote-ref-13)
14. Цит. по: В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание [Текст] – М.: Издательство Московского университета, 1991 [↑](#footnote-ref-14)
15. Цит. по: В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание [Текст] – М.: Издательство Московского университета, 1991 [↑](#footnote-ref-15)
16. Цит. по: В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание [Текст] – М.: Издательство Московского университета, 1991 [↑](#footnote-ref-16)
17. Цит. по: В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание [Текст] – М.: Издательство Московского университета, 1991 [↑](#footnote-ref-17)
18. Цит. по: Эндогенные психические заболевания [Текст]/ под ред. А.С. Тиганова [↑](#footnote-ref-18)
19. Цит. по: Эндогенные психические заболевания [Текст]/ под ред. А.С. Тиганова [↑](#footnote-ref-19)
20. Цит. по: Эндогенные психические заболевания [Текст]/ под ред. А.С. Тиганова [↑](#footnote-ref-20)