# ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПАТОПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТОСТІ

1.1 Загальні уявлення про мислення особистості

1.2 Патологічні зміни мислення при захворюванні на неврастенію

1.3 Динаміка мислення особистості при неврастенії

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ПАТОПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ МИСЛЕННЯ У ХВОРИХ НА НЕВРАСТЕНІЮ

2.1 Методологічні засади проведення патопсихологічного дослідження

2.2 Основні принципи і методи патопсихологічного дослідження

2.3 Організація впровадження патопсихологічного дослідження

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН МИСЛЕННЯ ПРИ НЕВРАСТЕНІЇ

3.1 Психологічні характеристики хворих на неврастенію

3.2 Обґрунтування методів та методик дослідження

3.3 Порівняльний аналіз отриманих даних

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

ДОДАТКИ

# ВСТУП

Актуальність теми. Аналіз різних форм патології розумової діяльності є найбагатший матеріал, що показує правомірність визнання специфічності людського мислення. Дані експериментально-психологічних досліджень переконливо показують, що до мислення варто підходити, як до однієї з форм діяльності (Л. С. Виготський, П. Я. Гальперин, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубінштейн).

Аналіз розладів мислення проводився в поняттях сучасних домінуючих психологічних концепцій. Проблема мислення виник як предмет психології на початку 20-х рр. нашого століття у вюрцбургській психологічній школі.

Психологічний аналіз мислення полягав у з'ясуванні законів асоціації, по яких складні ідеї або образи створюються з елементарних. Один з основоположників асоціативної психології А. Бен відводить асоціаціям по подібності основну роль у мисленні. Хоча уведення В. Вундтом у психологію експериментального методу було, безумовно, прогресивним фактором в історії психологічної науки, однак психологічні дослідження, проведені їм і його послідовникам, проводилися на основах асоціативної психології.

М. Еббінгауз, Г. Мюллер, Т. Ципен - найбільші представники експериментальної психології того часу - вважали, що універсальним законом є закони асоціації. Так, поняття судження, умовиводи характеризуються як асоціації представлень. Інші представники експериментальної асоціативної психології вважають, що мислення зводиться до актуалізації асоціацій.

Репродукція ідей стала наріжним каменем асоціативної теорії мислення. Саме мислення розглядається як похідна функція від інших психічних функцій: пам'яті, уваги. На подібних концепціях ґрунтувалися роботи психологічної лабораторії психіатричної клініки найбільшого німецького психіатра Е. Крепеліна.

Ці положення асоціативної психології визначили багато в чому дослідження в області патології мислення. Порушення мислення виводилися з порушень інших функцій. Намагалися показати, що в основі порушення мислення лежало порушення так званих передумов інтелекту: пам'яті, уваги. Так, наприклад, порушення розумової діяльності хворих епілепсією порозумівалося порушенням комбінаторних здібностей (Е. Крепелін, К. Гельброннер, М. Я. Серейський), нестійкістю уваги (В. П. Осіпов).

Сутність порушення мислення сенільних хворих зводиться до порушення пам'яті, порушенню здатності утримувати сприйняте (В. А. Гіляровський, М. О. Гуревич, С. Г. Жислін і ін.).

При поясненні порушень розумових процесів, при травмах мозку ряд авторів (Р. Я. Голант, М. О. Гуревич, В. А. Гіляровський, Р. С. Повицька) схилялися до думки, що в цих випадках інтелектуальні порушення настають через розлад уваги.

Деякі німецькі психіатри вважали, що в основі психічних захворювань лежить недостатність "первинно даної духовної структури". На думку И. Берце, у якого ця теорія найбільше чітко представлена, такою первинною структурою є "тонус свідомості" (активність "я"), що при шизофренії виявляється порушеною ("гіпотонія свідомості"). "Гіпотонія свідомості", сама по собі не виявляється і пізнавана лише інтуїтивним шляхом, визначає всю психопатологічну симптоматику, у тому числі і порушення мислення.

До цієї характеристики примикають і погляди Г. В. Груле, що визначив порушення мислення при шизофренії як порушення "напруженості", в основі якої лежить порушення активності особистості. З цими положеннями солідаризується И. Берингер, висуваючи концепцію про слабості "інтенціональної дуги", що є причиною порушень мислення хворого шизофренією, і Е. Штранський, що говорить про "інтрапсихичну атаксію" хворих.

Порушення мислення трактуються як вторинні, як прояв порушень особою "активності", "інтенції" психіки. У статті, присвяченій психології шизофренії (в ІX томі "Керівництва" Бумке), Г. В. Груле висунув у метафоричній формі положення (надовго визначило хід досліджень, що стосується характеристики мислення шизофренії) про те, що машина залишається інтактною, але вона погано або зовсім не керована. Розумові операції, спрямовані на практичні дії, у хворого шизофренією збережені, пам'ять і увага його не порушені, однак він не в змозі синтезувати окремі, самі по собі правильні умовиводи.

Однієї з прикордонних галузей знань, що входять у медичну психологію, є патопсихологія, що вивчає розлади психічної діяльності за допомогою психологічних методів.

Винятково важливого значення набуває патопсихологічний метод у вивченні розладів мислення. За допомогою патопсихологічних досліджень удається розкрити механізми порушення психічної функції, що відповідають виділеним клінічним симптомам і синдромам розладів мислення; виділити ті ланки (фактори) мислення, що розуміється як результат діяльності складної функціональної системи, випадання яких приводить до якісно своєрідних варіантів патології цієї системи в цілому.

При цьому вихідною позицією радянських патопсихологів (Б. В. Зейгарник, 1962, 1976; С. Я. Рубинштейн, 1972; Ю. Ф. Поляків, 1973, 1978) є розуміння процесу мислення як рефлекторно обумовленої діяльності всупереч розповсюдженим у закордонній психології представленням про мислення як про уроджену здатність, що лише перетерплює розвиток в онтогенезі.

Використовуючи у своїх дослідженнях психологічні критерії для оцінки досліджуваних явищ, патопсихологія не може виходити із сугубо клінічної систематики розладів мислення. Кваліфікація, систематизація цих розладів у психіатрії і патопсихології проводяться відповідно різним параметрам. Іноді ті або інші варіанти розладів мислення, виділювані психіатрами і патопсихологами, збігаються, однак патопсихології властивий більш загальний підхід до розрізнення тих або інших класів патології мислення, вона нерідко оперує більш широкими поняттями в порівнянні з клінічною практикою.

Найбільш відома та має велике теоретичне і практичне значення систематика розладів мислення Б. В. Зейгарник (1958, 1962, 1976). У своїх дослідженнях патопсихологи користуються набором спеціальних експериментальних методик, кожна з яких відрізняється спрямованістю на визначені ланки в протіканні психічних процесів. У патопсихологічних методиках відтворюються конкретні ситуації. У психологічному експерименті моделюється якась проблемна ситуація, що вимагає свого розкриття, тому що окремі вхідні в цю ситуацію елементи знаходяться в неадекватних співвідношеннях (С. Л. Рубинштейн, 1958). Рішення експериментального завдання зводиться до розкриття взаємин між елементами проблемної ситуації в результаті її аналізу і пошукам адекватного способу приведення складових частин ситуації у відповідність.

У психіатричній практиці патопсихологічне дослідження найбільше часто застосовуються з метою діагностики, експертизи, для контролю ефективності лікування, у процесі реабілітації і психотерапії. Їх використовують і з теоретичною метою. У цих випадках вони проводяться по спеціально розробленій програмі і спрямовані на вивчення якого-небудь недостатньо відомого прояву психічної патології.

Будь-яке психопатологічне дослідження стану хворого, вважав Е. Kraepelіn, є в скороченому виді і психологічному дослідженні. Тактика психіатра при зборі анамнестичних відомостей і виявленні симптомів захворювання передбачає постановку хворому питань, що сприяють виявленню психічних відхилень і особливостей особистісної позиції. Для характеристики психічного статусу психіатри використовують і нескладні експериментально-психологічні прийоми (рахунок від 100 по 7, тлумачення переносного значення прислів'їв, опис сюжетних картинок, передача змісту розповіді). Звичайно, проведення цілісного психологічного дослідження вимагає спеціальних знань і знаходиться в сфері компетенції патопсихолога, однак психіатр повинний знати основні методики патопсихологічного експерименту і вміти інтерпретувати одержувані з його допомогою дані в нозологічному аспекті.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ), число неврозів за останні 80 років зросло в кілька десятків разів. Це пояснюється зростаючим темпом життя, що пред'являє до нервової системи людини більш підвищені вимоги.

Важливе значення у виникненні неврозів мають як різні психічні травми службового, сімейного, інтимного характеру, так і несприятливі умови життя в період дитинства - такі, наприклад, як неповна родина, неправильне виховання, сімейні конфлікти і т.д.

Однак однієї психотравми часом виявляється недостатньо для розвитку неврозу. Важливе значення мають і особливості особистості. А вони формуються в процесі виховання в дитинстві і спілкування з навколишніми. Визначене значення має спадковість.

Неправильне виховання в дитинстві може привести до формування особистості з завищеними претензіями, з недооцінкою або повним ігноруванням реальних умов. У таких випадках виникає конфлікт, і це приводить до неврозу.

У ряді випадків розвиток хвороби відбувається тоді, коли організм чим-небудь ослаблений, наприклад після інфекційного захворювання, травми або якої-небудь інтоксикації. Нам нерідко приходилося спостерігати виникнення неврозу після черепно-мозкової травми (контузія, струс головного мозку). Несприятливий вплив на нервову систему робить і зловживання алкоголем, що може з'явитися причиною виникнення неврозу.

Необхідність експериментального дослідження стала особливо очевидної на початку XX в. Так, відомий представник гештальтпсихології К. Левін наполягав на тому, що розвиток психології повинен йти не по шляху збирання емпіричних фактів (шляху, по якому йде і зараз американська психологія), а що вирішальною в науці є теорія, що повинна бути підтверджена експериментом. Не від експерименту до теорії, а від теорії до експерименту - генеральний шлях наукового аналізу. Усяка наука націлена на перебування закономірностей - психологія повинна теж прагнути до перебування психологічних закономірностей. Курт Левін підкреслював це положення. Він говорив про те, що задачею психологічної науки повинно бути навіть не тільки встановлення законів, а пророкування індивідуальних явищ (у термінології Левіна "подій") на підставі закону. Але вони передбачувані тільки при наявності достовірної теорії. Критерієм наукової вірогідності є не повторюваність одиничних фактів, а, навпаки, одиничні факти повинні підтвердити теорію. Такий підхід до об'єкта психологічної науки К. Левин назвав "переходом від арістотелевського мислення до галілеєвського" [17].

Левін указував, що для мислення Аристотеля було характерне твердження, що світ гетерогенний, що кожному явищу властива саме йому іманентна закономірність: дим піднімається догори, тому що він легкий; камінь падає вниз, тому що він важкий. Галілей же установив, що світ гомогенний. Будь-яке окреме явище підкоряється загальним закономірностям. Дослідження повинне виявити ці загальні закономірності й умови, при яких те або інше явище розвивалося. К. Левін вважав, що психологія повинна використовувати галілеєвське мислення. Тому експеримент повинен бути строго продуманий: необхідно створити визначені умови, щоб одержати, вичленувати саме досліджуване явище. Іншими словами, розрізнення арістотелевського і галілеєвського підходів стосовно психологічного дослідження означає перехід від описового методу до конструктивного. Арістотелевський метод у психології полягає в тому, що причина ототожнюється із сутністю досліджуваного явища, у результаті чого наукове пояснення зводиться до класифікації і приводить до виділення середніх статистичних характеристик, у яких переважають оцінні критерії.

Галілеєвський же метод у психології припускає теоретичне пояснення фактів на основі цілісної системи причинних співвідношень. Саме перебування причинних співвідношень дає можливість пророкування одиничних подій. Кожна одинична подія повинна бути осмислена в контексті цілісної ситуації даного моменту. Емпіричний доказ повинний поступитися місцем конструктивно-теоретичному. Психологія повинна вивчати не фенотипи, а генотипи. Експеримент у психології покликаний давати пояснювальну характеристику, а не установлення факту, він повинний пояснити причину, детермінацію людського поводження, того або іншого психічного явища.

**Мета** нашого дослідження полягає в тому, щоб виявити типові патопсихологічні характеристики мислення хворих на неврастенію.

**Предмет дослідження** – патологія мислення при неврастенії.

**Об`єкт дослідження** – патологічні зміни мислення у хворих на неврастенію.

Основними **завданнями** дипломної роботи є:

1. охарактеризувати методологічні основи патопсихологічного дослідження особистості і зокрема, процесів мислення;
2. охарактеризувати особистісні зміни та динаміку мислення при захворюванні неврастенії;
3. дати характеристику організації патопсихологічного дослідження;
4. виявити типові патологічні зміни мислення хворих на неврастенію.

Патопсихологічне дослідження мають велике значення для ряду загальнометодологічних проблем психології, наприклад для рішення питання про співвідношення біологічному і соціального в розвитку психіки. Дані цих досліджень показують, що порушення особистості не означає "вивільнення" її біологічних інстинктів і потреб, а характеризується насамперед зміною самих людських мотивів і потреб. Установлюється також, що закономірності розпаду психіки не повторюють у зворотному порядку етапи її розвитку.

Дані патопсихологічних досліджень використовуються в психіатрії: як діагностичні критерії; при встановленні ступеня інтелектуального зниження; при проведенні експертизи (судової, трудовий, військової); при обліку ефективності лікування, особливо при використанні психофармакологічних засобів; при аналізі порушень психічної діяльності у випадку шкідливих умов праці; при рішенні питання про відновлення втраченої працездатності.

Патопсихологія використовує експериментальні методи дослідження, основним принципом яких є якісний аналіз порушень психіки як опосередкованої і мотивованої діяльності. Патопсихологічний експеримент надає можливість актуалізації не тільки розумових операцій, але і мотивів хворої людини.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПАТОПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТОСТІ

## 1.1 Загальні уявлення про мислення особистості

Людина живе серед подій, які відбуваються одна за одною або паралельно. Потреби, цілі людини зумовлюють необхідність розібратись у тому, що з чого виходить, як пов'язані між собою події, об'єкти, явища, які їхні властивості детермінують цей зв'язок [9].

На перший погляд здається, що в цьому допоможе досвід, збережений у пам'яті людини. Наприклад, вона запам'ятала за прожитий період певну кількість випадкових зв'язків — і цього досить для підтримання життєдіяльності, для реалізації своїх потреб та завдань. Але буття складніше, і лише звички та минулий досвід не розв'язують усіх проблем. Це й змушує шукати таку властивість, такий зв'язок, які б допомогли дати відповідь на питання, досягти мети, розв'язати проблему. Скажімо, якщо будувати урок, покладаючись лише на новітню технологію як універсальну та чудодійну, ми не завжди зможемо досягти мети уроку.

Отже, потрібне уважне вивчення, обстеження, аналіз ситуації з метою виявлення таких взаємозв'язків фактів, подій, об'єктів та їхніх властивостей, які необхідні для розв'язання проблем. Пошук істотної для нас ознаки — непростий, досить своєрідний акт, який виконує мислення. Кожний автор визначає зміст цього поняття, пов'язуючи його з загальним предметом психології — психічним відображенням дійсності, яка опосередковує життя індивіда. Проте в поясненні предмета психологічної науки "психічне відображення" виступає як недиференційована єдність. Відображення, що здійснюється мисленням, має свої сутнісні і специфічні властивості.

Мислення — це вища форма психічного відображення. Пізнання світу починається з відчуттів, сприймань та уявлень, але ця картина світу не дає змоги глибоко і всебічно пізнати його. Зокрема, живе споглядання не спроможне проникнути у складні форми взаємодії явищ, об'єктів, подій, у їх причини та наслідки. Для відображення цих моментів буття необхідний перехід від відчуттів, сприймань (чуттєвого відображення) до мислення. Шляхом мислення індивід виявляє взаємозв'язки між предметами, подіями і явищами, з'ясовує причини та наслідки цієї взаємодії. Мислення, надбудовуючись над відчуттями й сприйманнями, відкриває нові аспекти явищ та різних об'єктів. Так, у фізиці відкриті елементарні частинки або ультрафіолетові та інфрачервоні промені, їх не можна побачити, про них можна тільки мислити [26].

Емпіричне знання містить у собі чуттєві ознаки предметів, явищ дійсності, але там, де цих знань не вистачає, виникає напруження, що є сплавом думки і почуттів. Відправним моментом мислення є постановка запитань: "Що це?", "Чому так?", "Хто винен?", "Що робити?".

Отже, мислення використовує емпіричні знання для міркування і становить трамплін для вищого ступеня відображення світу, що полягає у здійсненні глибинного аналізу, пошуку значущих для індивіда орієнтирів.

Мислення дає знання про істотні властивості, зв'язки і відношення об'єктивної реальності, здійснює у процесі пізнання перехід від явища до його сутності (О. М. Леонтьєв). На відміну від процесів чуттєвого відображення мислення опосередковано відображає дійсність — через аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, тобто через мисленнєві операції, спираючись на знання, що дістає вираження у слові. Опосередковане відображення дає змогу вийти за межі безпосереднього досвіду.

Мислення є узагальненим відображенням дійсності. Це процес пошуку істотних ознак, властивостей предметів та явищ і зв'язків між ними і водночас характеристик, спільних для однорідних явищ або предметів дійсності. Вирізнені найістотніші ознаки лежать в основі узагальнення, розкривають певну закономірність або тенденцію. Так, психологи, вивчаючи особливості сприйняття людиною дійсності, відкрили таку загальну закономірність, як константність.

Мислення має активний, дійовий і цілеспрямований характер. Виникнення в індивіда відчуттів, сприймань зумовлене зовнішніми чинниками. Ці процеси виникають за безпосередньої дії подразників на органи чуття, незалежно від бажань суб'єкта. Мислення, як правило, актуалізується і спрямовується сутністю та значущістю для суб'єкта проблеми [3].

Мислення нерозривно пов'язане з мовою та мовленням. Думка об'єктивується у мові та мовленні. Мовлення є способом, а мова — засобом вираження думки і формою її існування. Будь-яка думка виникає і набуває свого розвитку у слові, а вдало дібране слово вдосконалює, уточнює думку. Чим більше продумана думка, тим чіткіше вона буде виражена у мовленні. Враховуючи особливості взаємозв'язку і взаємодії мислення та мовлення, П. Я. Гальперін розглядає формулювання думок уголос, закріплення думки або судження в слові як один із послідовних етапів формування розумових дій. Так, якщо вчитель пропонує учневі думати вголос, це поліпшує контроль за "маршрутами" думки та вдосконалює її.

Особливу роль у процесі взаємодії мислення і мовлення відіграє внутрішнє мовлення. Воно обслуговує думку, сприяє виникненню її і готує до вираження у зовнішньому мовленні.

Наголошуючи на специфічності взаємодії мови і мислення, німецький філософ Й. Діцген зазначав, що мислення відображає світ як художник, а мова служить для цього художника пензлем, яким він змальовує загальну спорідненість усіх речей. Отже, мислення людини не існує поза мовою.

Мислення має соціальну природу. Суспільно-історичний характер мислення пояснюється тим, що виникнення і розвиток його зумовлені суспільними потребами. Суспільний характер має і мета мислення. Наприклад, актуальними для людства є екологічні проблеми планети.

Для розв'язання проблем люди використовують історичний досвід, засвоюють знання, закріплені у слові. У процесі засвоєння знань розвивається і мислення. Отже, мислення є продуктом суспільно-історичного розвитку. Водночас розвиток мислення зумовлює суспільний поступ, виконує роль його детермінанти.

Щоб підготуватися до життя, молоді потрібно опанувати досвід людства, вчитися. Цей досвід певним чином організований і поданий у навчальних планах, програмах, підручниках і посібниках для різних рівнів існуючої в суспільстві системи освіти. Успішне засвоєння досвіду може відбутися на основі активної цілеспрямованої мисленнєвої діяльності, за умови виявлення творчості та самостійності того, хто навчається.

Отже, мислення — це соціально зумовлений, пов'язаний з мовленням психічний процес самостійного відображення істотно нового, тобто процес узагальненого та опосередкованого відображення дійсності в ході її аналізу і синтезу, що виникає на основі практичної діяльності з чуттєвого пізнання і здатний виходити далеко за його межі.

Визначення мислення, які можна знайти в більшості підручників, охоплюють дві — три ознаки. О. В. Брушлінський прагне збільшити кількість специфічних рис у визначенні мисленні. Але такий підхід швидше показує предмет дослідження або вказує на відмінність мислення від сприймання. Є й інші підходи до визначення мислення. Наприклад, С. Л. Рубінштейн вважав, що основним предметом психологічного дослідження мислення є його процес, або розгляд цього процесу у плані діяльності. П. Я. Гальперін зазначав, що психологія вивчає не просто мислення і не все мислення, а тільки процес орієнтування суб'єкта при розв'язуванні інтелектуальних задач. О. К. Тихомиров переконаний, що предметом психологічного дослідження мислення є види його: Сутність мислення можна визначити так.

Мислення — це психічний пізнавальний процес узагальненого та опосередкованого відображення істотних елементів, властивостей і зв'язків між ними у предметах і явищах об'єктивної дійсності.

Це відображення відбувається на основі виникнення другосигнальних тимчасових нервових зв'язків з опорою на першосигнальні зв'язки. Тимчасові нервові зв'язки на рівні першої сигнальної системи віддзеркалюють емпіричні знання, у яких істотне і варіативне співіснують. Слово ж вбирає в себе суттєве у характеристиці предметів, явищ і подій, завдяки своїй здатності до узагальнення дає змогу відірватися від дійсності, абстрактно відобразити глибинне в об'єктах буття [20].

На основі специфічних рис мислення можна вирізнити його основні функції. Обмежимося виокремленням чотирьох основних функцій (В. Д. Шадриков).

1. Розуміння. За Г. С. Костиком, процеси розуміння — це і є процеси нашого мислення, спрямованого на розкриття тих чи інших об'єктів у їх істотних зв'язках з іншими об'єктами, що досягається на основі включення нового знання у суб'єктивний досвід. Е. В. Ільєнков зазначав, що зрозуміти явище означає з'ясувати спосіб його виникнення, проаналізувати самі умови виникнення явища, що спричинює утворення понять та розуміння. На думку дослідників, розуміння можна розглядати як одну з форм, властивість або компонент мислення.

2. Розв'язання проблем і задач. Мислення виникає тоді, коли суб'єктивного досвіду для досягнення мети не вистачає, тобто в проблемній ситуації. Усвідомити і сформулювати питання — це вже певний крок до розв'язання проблеми. А розуміння того, що відоме і що потрібно шукати, свідчить про перетворення проблемної ситуації на задачу. Уміння знайти зв'язок відомого і невідомого в задачі означає знайти спосіб її розв'язання.

3. Цілеутворення. Утворення цілей являє собою процес породження нових цілей, що відбувається у мисленні. Мислення виявляє свої передбачувальні можливості й формує образ кінцевого результату діяльності. Загальна мета мисленням конкретизується у проміжних цілях. Отже, постановка загальної, проміжної та кінцевої мети і є цілеутворюючим процесом, що відбувається у мисленні.

4. Рефлексія. Розглядається як діяльність суб'єкта, спрямована на усвідомлення способів і дій свого пізнання. Самопізнання виконує регулювальну функцію щодо поведінки або діяльності суб'єкта.

Мисленням називається процес опосередкованого й узагальненого пізнання об'єктивної реальності. Цей процес повною мірою можна назвати вищим пізнавальним, оскільки саме мислення сприяє породженню нових знань, творчості. З іншого боку, порушення різноманітні мислення лежать в основі численних психічних розладів.

Для того, щоб бути правильним і сприяти одержанню вірних знань про об'єктивну реальність, мислення повинно відповідати таким параметрам як: продуктивність, цілеспрямованість, темп (швидкість). Параметр стрункості мислення (асоціативного процесу) виражається в необхідності мислити відповідно до логічних вимог, а також граматично коректно формулювати думки. Під продуктивністю розуміють вимоги мислити так логічно, щоб асоціативний процес приводив до нових знань. Цілеспрямованість мислення диктує необхідність мислити заради якої-небудь реальної мети. Темпом мислення позначається швидкість протікання асоціативного процесу, що умовно виражається в кількості асоціацій в одиницю часу.

Виділяється кілька видів мислення: наочно-діюче, образне, понятійне і образне. Більш простим й елементарним є діюче мислення, найбільш яскраве уявне в дітей. При наочно-діючому мисленні пізнання реальності відбувається в процесі взаємодії людини з об'єктами і перетворення ситуації, тобто в процесі дій. Використовуючи досвід людина формує уявлення про предмет або явище і може далі опосередковано й узагальнено пізнавати. Іншим є наочно-образний вид мислення. При ньому пізнання об'єктивної реальності відбувається внаслідок перетворення образів сприйняття в образи-уявлення. Більш складними є понятійне й образне мислення, що відносяться до теоретичних видів мислення. При понятійному виді мислення людина виконує дії думаючи (на відміну від наочно-діючого і наочно-образного видів мислення), використовуючи раніше придбані поняття, судження й умовиводи про реальний світ. Образне мислення відрізняється лише тим, що людина маніпулює не поняттями, судженням і умовиводами, а образами [26].

Немаловажними характеристиками розумового процесу є розумові операції: аналіз, синтез, узагальнення, конкретизація, абстрагування. Кожна з перерахованих операцій сприяє більш глибокому проникненню в суть речей, розуміння внутрішніх зв'язків, а значить більш точному пізнанню реальності. Аналізом називається розумова операція по розчленовуванню предмета на складені елементи. Синтез - побудова цілого з аналітично заданих частин. При операції узагальнення відбувається уявне виділення і фіксація стійких властивостей предметів і явищ (абстрагування) з подальшим їх з'єднанням у визначений клас. Абстрагуванням на відміну від узагальнення позначають тільки операцію виділення і фіксації стійких властивостей предметів і явищ, що у дійсно не існують. Під конкретизацією розуміється розумова операція зворотна узагальненню, тобто з загального визначення поняття виводиться судження про приналежність одиничних речей і явищ визначеному класові.

Поряд з перерахованими вище видами й операціями мислення, виділяють розумові процеси: поняття, судження й умовивід. Поняттям називають процес виявлення істотних ознак предметів або явищ, судженням - процес порівняння двох або більш понять і формулювання на цій підставі якої-небудь думки, умовиводом - висновок, що базується на серії логічних дій. Умовивід, як заключний процес, що приводить до нового знання, може формуватися або за допомогою індукції, або дедукції. При першому способі умовивід робиться виходячи з послідовності загального судження до частки, при другому - від часткового до загального.

## 1.2 Патологічні зміни мислення при захворюванні на неврастенію

Мислення є складною саморегулюючою формою діяльності. Воно визначається метою, поставленою задачею. Істотним етапом розумової діяльності є звірення одержуваних результатів з умовами задачі і передбачуваних підсумків. Для того щоб цей акт звірення виконувався, людська думка повинна бути активної, спрямованої на об'єктивну реальність. Утрата цілеспрямованості мислення приводить не тільки до поверховості і незавершеності Суджень, але і до того, що мислення перестає бути регулятором дій людини. Однак положення про те, що мислення є регулятором дій, не слід розуміти так, начебто мислення варто розглядати як джерело, як рушійну силу поведінки. Ф.Енгельс говорив: "Люди звикли пояснювати свої дії зі свого мислення, замість того, щоб пояснювати їх зі своїх потреб (які при цьому, звичайно, відбивають у голові, усвідомлюються), і цим шляхом з часом виник той ідеалістичний світогляд, що опанувало розумами особливо з часу загибелі античного світу".

Отже, джерелом людської дії є усвідомлені потреби, що виникли в результаті суспільно-трудової діяльності людини. Потреба, усвідомлена людиною, виступає для нього у виді конкретних життєвих цілей і задач. Реальна діяльність людини, спрямована на досягнення цих цілей і дозвіл даних задач, регулюється і коригується мисленням. Думка, пробуджена потребою, стає регулятором дії; для того щоб мислення могло регулювати поводження, воно повинно бути цілеспрямованим, критичним, особистісно мотивованим.

Не існує мислення, відірваного від потреб, мотивів, прагнень, установок, почуттів людини, тобто від особистості в цілому. Про це говорить С.Л.Рубінштейн [31] у своїй книзі "Про мислення і шляхи його дослідження": "Питання про мотиви, про спонукання аналізу і синтезу мислення взагалі... це власне кажучи питання про джерела, у яких бере свій початок той або інший розумовий процес".

Л.С.Виготський постійно підкреслював, що думка не остання інстанція, що сама думка народжується не з іншої думки, а з мотивуючої сфери нашої свідомості, що охоплює наші потяги і потреби, наші інтереси і спонукання, наші афекти й емоції.

При побудові своєї теорії поетапного формування розумових дій П.Я.Гальперин теж указує на необхідність насамперед формування мотиву до дії.

За останні роки намітився підхід до мислення як діяльності керування пошуком рішення задач. Хоча цей аспект, продиктований кібернетичними дослідженнями, безумовно, виявився плідним для психології мислення, він разом з тим викликав у ряду дослідників однобічний підхід в аналізі процесу мислення; мислення стало розглядатися як аналог роботи електронно-обчислювальних машин. Воно стало зводитися до елементарних інформаційних процесів, до маніпуляції символами. О.К.Тихомиров зауважує: "Якщо поширення кібернетики привело до концентрації уваги на загальній принциповій схемі всякої діяльності, то проблема специфічно людських особливостей діяльності виявилася незаслужено як би відсунутої на другий план".

Тим часом, говорячи про "упереджену" природу людської діяльності, А.Н.Леонтьєв пише, що "особистісний зміст виражає саме його (суб'єкта. - Б.З.) відношення до усвідомлюваних об'єктивних явищ".

Природно, що змінений особистісний зміст повинен зіграти істотну роль у будові і протіканні розумової діяльності.

Зв'язок порушення мислення зі зміною мотиваційної сфери спостерігається при різних формах щиросердечних хвороб. Уже при аналізі того виду патології мислення, що ми називали "перекручуванням рівня узагальнення", ми можемо власне кажучи говорити про порушення мотиваційного компонента мислення. Хворі, у яких відзначалося подібне порушення, спиралися у своїх судженнях на ознаки і властивості, що не відбивали реальні відносини між об'єктами.

Особливо чітко такі порушення виступали при деяких експериментальних пробах, що вимагала виділення і добору ознак, на основі яких можливий синтез і узагальнення (наприклад, при різних варіантах класифікації об'єктів). Приводились способи класифікації подібних хворих, коли ложка могла бути об'єднана з автомобілем "за принципом руху", шафа поєднувався з каструлею, тому що в "обох є отвору". Нерідко предмети поєднувалися на підставі їх забарвлення, розташування в просторі або стилю малюнка. Подібна підвищена полегшена актуалізація формальних асоціацій, неадекватних зближень була виявлена й іншими дослідниками. Так, Ю.Ф.Поляків і Т.К.Мелешко наводять приклад, коли хворої бачить подібність між олівцем і черевиком у тім, що "обидва предмети залишають слід". Описуючи подібні явища, вони пояснюють їх тим, що випадкові, малоймовірні зв'язки актуалізуються в хворих з такою ж частотою, як і зміцнені. Це положення правильне. Випливає, однак, розібратися в тім, що являють собою в психологічному відношенні поняття "істотні", "зміцнені", "значимі" або, навпаки, випадкові ознаки або властивості предметів.

Значимим, істотним є для людини те, що набутило сенсу в його життєдіяльності. Не частота появи тієї або іншої ознаки або властивості предмета робить його значима або істотним, а та свідомість, та роль, що ця ознака зіграла в житті людини. Істотність ознаки і властивості, значимість самого предмета або явища залежать від того, який зміст вони придбали для нього. Явище, предмет, подію можуть у різних життєвих умовах набувати різного сенсу, хоча знання про них залишаються ті ж. А.Н.Леонтьєв прямо вказує, що явище міняється з боку "змісту для особистості".

Разом з тим значення речей, сукупність наших знань про них залишаються стійкими. Незважаючи на те, що особистісна спрямованість і зміст мотивів можуть виявитися різними, основна практична діяльність формує стійкість предметного значення речей [40].

Наше сприйняття світу завжди містить у собі і значеннєве відношення до нього, і його предметно об'єктивне значення. При відомих обставинах превалює те одна, те інша сторона, але обидві вони злиті в гармонійній єдності.

Звичайно, зміна емоцій, сильні афекти можуть і здорову людину привести до того, що предмети і їх властивості почнуть виступати в якомусь зміненому значенні. Однак в експериментальній ситуації, як би вона ні була значима для хворого, об'єкти виступають у своїй однозначній характеристиці. Посуд завжди виступає як посуд, а меблі - як меблі. При всіх індивідуальних розходженнях - різниці в утворенні, при всій різнорідності мотивів, інтересів - здорова людина при необхідності класифікувати об'єкти може. Операція класифікації може проводитися в більш-менш узагальненому плані, але предметне значення об'єкта, з яким людина робить ту або іншу операцію, залишається стійким. Тому ознаки, на підставі яких проводиться операція класифікації, актуалізуючись при цьому властивості предметів носять у відомій мері характер стандартності і банальності. У ряду наших хворих шизофренією ця стійкість об'єктивного значення речей порушилася.

Звичайно, і в них вироблялися загальні з нашими знання про речі і явища. Їх уявлення про світ в основному збігається з нашим. Вони їдять ложкою і як засіб пересування використовують тролейбус; стосовно до виконуваної інтелектуальної задачі - класифікації предметів - ці ж хворі могли віднести ложку до категорії посуду або шафу до категорії меблів, але одночасно з цим ложка могла виступити і як об'єкт "руху". Поряд з актуалізацією звичайним, обумовленим усім минулим життям властивостей, ознак, відносин між предметами і явищами могли оживлятися і неадекватні (з погляду наших уявлень про світ) зв'язку і відносини, що набували сенсу лише завдяки зміненим установкам і мотивам хворих. Та єдність, у яке включалося значення предмета і значеннєве відношення до нього, губилося завдяки зміні в сфері мотивів і установок. Особливо яскраво виступало порушення особистісного компонента в тім виді порушень мислення, що ми охарактеризували як "різноплановість мислення".

Різноплановість мислення. Порушення мислення, позначене нами як "різноплановість", полягає в тім, що судження хворих про яке-небудь явище протікають у різних площинах. Хворі можуть правильно засвоювати інструкцію. Вони можуть узагальнити пропонований їм матеріал; актуалізовані ними знання про предмети можуть бути адекватними; вони порівнюють об'єкти на підставі істотних, зміцнених у минулому досвіді властивостей предметів. Разом з тим хворі не виконують завдання в необхідному напрямку: їхнього судження протікають у різних руслах [3].

Мова йде не про тієї всебічної, властивому мисленню здорової людини підході до явища, при якому дії і судження залишаються обумовленими метою, умовами завдання, установками особистості.

Мова йде також не про ті коливання рівня і змісту суджень, що виникають як результат зміненої динаміки мислення. Як ми говорили вище, при непослідовності суджень хворі на якийсь відрізок часу позбавляються можливості правильно й адекватно міркувати. Однак це не являє собою втрату цілеспрямованості розумової діяльності як такий. Дії хворого адекватні мети й умовам, поставленим експериментатором (наприклад, хворий залишає узагальнений спосіб рішення і починає поєднувати об'єкти на підставі конкретної ознаки), але його дії проводяться в плані класифікації: він поєднує предмети на підставі властивостей, ознак самих предметів. При різноплановості мислення сама основа класифікації не носить єдиного характеру. Хворі поєднують об'єкти протягом виконання того самого завдання те на підставі властивостей самих предметів, то на підставі особистих смаків, установок. Процес класифікації протікає в хворих у різних руслах (табл. 1).

З приведеної таблиці видно, що хворий Г. виділяє групи те на підставі узагальненої ознаки (тварини, посуд, меблі), то на підставі матеріалу (залізні), кольору (картинки пофарбовані в синій і червоний кольори). Інші предмети поєднуються на підставі моральних і загальнотеоретичних уявлень.

Деякі хворі керуються при виконанні завдання особистими смаками, обривками спогадів. Так, хворий В. (параноїдна форма шизофренії), виконуючи завдання "класифікація предметів", намагається утворити групи тварин, рослин, але відразу додає: "Але якщо підходити з точки зору мого особистого смаку, то я не люблю гриби, я викину цю картку. Колись отруївся грибами. А от це плаття мені теж не подобається, воно не витончене, я них покладу убік . А от моряк мені подобається, і спорт я визнаю (поєднує моряка і лижника в одну групу)".

Таблиця 1. Виконання завдання "класифікація предметів" хворим

|  |  |
| --- | --- |
| Предмети, об'єднані хворим у групи | Пояснення хворого |
| Слон, кінь, ведмідь, метелик, жук і інші тварини | Тварини. |
| Літак, метелик | Група літаючих (метелик вилучений хворим із групи тварин). |
| Лопата, ліжко, ложка, автомобіль, літак, корабель | Залізні. Предмети, які свідчать про силу розуму людського (саме-років вилучений із групи літаючих). |
| Квітка, каструля, ліжко, прибиральниця, пила, вишня | Предмети, пофарбовані в червоний і синій кольору. |
| Слон, лижник | Предмет для видовищ. Людям властиво бажати хліба і видовищ, про це знали древні римляне. |
| Шафа, стіл, етажерка, прибиральниця, лопата | Меблі. Ц-група що вимітають пагане з життя. Лопата - емблема праці, а праця несумісна із шахрайством. |
| Квітка, кущі, дерева, овочі і фрукти | Рослини. |
| Склянка, чашка, каструля | Посуд. |

Таким чином, хворий утрачає мета завдання не тому, що він виснажився, а тому, що виконує класифікацію виходячи то з "особистого" смаку, то кладучи в основу спогад про те, що він "отруївся грибами".

Інший хворий К., описаний нами разом з П.Я.Гальпериним, при класифікації предметів не погоджується віднести собаку в групу виділених їм домашніх тварин: "Я не стану їсти собачину". Спрямованість на об'єктивний зміст дії втрачається, поряд з адекватними судженнями виступає "різноплановий" характер мислення. Подібна різноплановість була виявлена нами при виконанні завдання "виключення предметів".

У результаті одночасного співіснування, переплетення різних аспектів, різних підходів до завдання, судження, визначення і висновки хворих не являють собою планомірного, цілеспрямованого виконання завдання. У розумовій діяльності хворих переплітаються логічні судження, обривки уявлень, елементи спогадів, бажань [31].

Аналогічні порушення мислення відзначала і Г.В.Біренбаум при дослідженні хворих шизофренією. Вона вказувала, що у хворих мислення "тече як би по різних руслах одночасно". Визначаючи цей симптом як обминання сутності, Г.В.Біренбаум відзначала, що хворі часто підмінювали виконання завдання виявленням суб'єктивного відношення до нього (усне повідомлення) [26].

При виконанні будь-якого найпростішого завдання хворі підходили не з позицій, обумовлених конкретною ситуацією експерименту, а керувалися зміненим відношенням, зміненими життєвими установками. При цьому могло і не бути безпосереднього привнесення змісту психопатологічного симптому в експериментальну ситуацію (наприклад, хворий не "вплітав" елементи марення у виконання завдання). Однак поряд з адекватними асоціаціями оживлялися зв'язки, що мають якесь відношення до хворобливих установок хворого, що виступають у даній конкретній ситуації як "вигадливі". Предметне значення речей стає в одній і тій же значеннєвій ситуації хитливим, часом суперечливим.

Подібне неадекватне погоджування не стоїть у зв'язку речей, уявлень виступає тому, що для хворого стає можливим розгляд самих повсякденних речей у неадекватній ситуації аспектах.

Приведені дані характеризуються багатьма клінічними даними. Аналіз історій хвороби хворих, спостереження за їх поведінкою у житті і лікарні виявили неадекватність їх життєвих установок, парадоксальність їх мотивів і емоційних реакцій. Поведінка хворих відхилялася від звичайних нормативів. Порожні інтереси, погляди хворих відступають на задній план перед неадекватними, хворобливими установками. Хворий міг не піклуватися про своїх близький, але він виявляв підвищену заклопотаність із приводу харчового раціону своєї кішки, інший хворий міг залишити свою кваліфіковану професію і, прирікаючи свою родину на позбавлення, займався тим, що цілими днями розставляв речі перед фотооб'єктивом, тому що, на його думку, "бачення в різних ракурсах приводить до розширення розумового кругозору".

Парадоксальність установок цих хворих, значеннєва зміщеність приводила до глибокої зміни структури будь-якої діяльності як практичної, так і розумової. У якості істотного виступало те, що відповідало зміненим парадоксальним установкам хворого. При виконанні експериментальних завдань, що вимагала порівняння і добору ознак, подібна значеннєва зміщеність приводила до неадекватного оперування.

Якщо хворий, що бачив сенс життя в розміщенні предметів перед фотооб'єктивом, класифікував предмети на підставі їхнього розташування на картинках, то вибір такого принципу був для нього осмисленим [26].

У тих випадках, коли хворої захоплений маревними переживаннями, різноплановість мислення виступає чітко й у клінічній бесіді. У ситуації, афективно не насиченої, різноплановість мислення може виступити лише в рудиментарній формі. Однак, як ми бачили вище, вона може чітко виявитися в експериментальній ситуації. У цих випадках значна зміщеність приводить до актуалізації незначущих, "латентних" (С.Л.Рубінштейн) властивостей, що співіснують з адекватними. Мислення позбавляється цілеспрямованості.

У своїй доповіді на XVІІІ Міжнародному конгресі психологів у Москві в 1966 р. "Потреби, мотиви, свідомість" А.Н.Леонтьєв говорив про те, що "засвоєні людиною значення можуть бути більш вузькими або більш широкими, менш адекватними або більш адекватними, але вони завжди зберігають свій об`єктивізований, як би "надособистий характер". Очевидно, в описуваних нами хворих цей "надособистий" характер значень губиться.

Резонерство. Ще більш чітко виступає роль зміненого особистісного відношення в структурі того виду патології мислення, що позначається в психіатричній клініці як резонерство.

Це розлад мислення визначається клініцистами як "схильність до марного мудрування", як тенденція до непродуктивних просторікуватих міркувань. Досліджуючи цей симптом, ми знайшли (1962), що резонерські судження хворих визначаються не стільки порушенням його інтелектуальних операцій, скільки підвищеної афективністю, неадекватним відношенням, прагненням підвести будь-яке, навіть незначне явище, під якусь "концепцію".

Нерідко неадекватні судження відзначаються навіть у хворих, у яких взагалі експеримент не виявляє порушень пізнавальних процесів. Так, хворою психопатією, що у досвіді на піктограму підбирає адекватні зв'язки для запам'ятовування слова "розвиток", малює двох людей, що розходяться в різні сторони, пояснюючи: "Це розлука, розлука приводить до удосконалення, адже розлука це сум, а почуття суму облагороджує людини, знімає його міщанську лушпайку самовдоволення". Інша хвора при пред'явленні прислів'я "Не всі те золото, що блищить", говорить: "Це значить, що треба звертати увагу не на зовнішність, а на внутрішній зміст" - і відразу додає: "Але все-таки я повинна сказати, що з погляду діалектики це не зовсім правильно, адже існує ж єдність форми і змісту, виходить, треба звернути увагу і на зовнішність".

Психологічна характеристика симптому резонерства була предметом спеціального дослідження нашої співробітниці Т.І.Тепеніциною [26]. Як показали результати її дослідження, неадекватність, резонерство хворих, їх багатомовність виступали в тих випадках, коли мала місце афективна захопленість, надмірне звуження кола змислоутворюючих мотивів, підвищена тенденція до "оцінних суджень". Т.І.Тепеніцина [26] пише, що "резонерство виражається в претензійно-оцінній позиції хворого і схильності до більшого узагальнення стосовно дрібного об'єкта суджень".

Розірване мислення виявляється в розриві смислових зв'язків між поняттями за збереження граматичної й синтаксичної форми речення.

Характеризується розпадом логічного ходу вимови зі збереженням здатності складати граматично правильні фрази і пропозиції. Прекрасним літературним прикладом розірваності мислення є безглуздий діалог відповідача і позивача в книзі "Гаргантюа і Пантагрюель" Франсуа Рабле.

Розірваність мислення може виявлятися монологом, коли хворий наодинці із собою або в присутності кого-небудь говорить неспинно довго і безглуздо. При цьому не звертається уваги на реакцію співрозмовника, на те, чи розуміє він сказане, чи слухає взагалі. На відміну від сенсорної афазії розуміння мови оточуючих не порушено. Не страждає також розуміння призначення предметів, до відомого ступеня зберігається здатність до цілеспрямованої предметної діяльності - процеси наочно-діючого мислення протікають на задовільному рівні. Це виражається дисоціацією між зовні упорядкованою поведінкою і можливістю виконувати нехай нескладні трудові операції, з одного боку, і глибокою розірваністю мови,- з іншого. Розірваність мислення може спостерігатися в письмовій мові.

Поряд з монологами розірваної мови - шизофазією, розірваність мислення може виявлятися симптомом „промах-відповідей”. Зустрічаються різні види відповідей. Це можуть бути відповіді, у яких ігнорується зміст питання і відсутні логічні зв'язки в самому висловленні. В іншому варіанті відповідей вимовляються фрази, що самі по собі не позбавлені змісту, однак не знаходяться в логічному зв'язку з питанням, що задається. До проявів розірваності можна віднести, мабуть, і такі відповіді, що даються в іншому логічному аспекті, хоча і знаходяться в плані заданого питання. Основний зміст питання залишається без уваги, зачіпається лише той його аспект, що прямо не формулюється й у кращому випадку тільки припускається. Такого роду зісковзування в іншу логічну площину варто відрізняти від неточних відповідей, обумовлених неуважністю. В останньому випадку головний зміст звичайно виділяється, неточності стосуються мало істотних або тонких деталей.

Психологічну основу розірваності мислення вбачають у явищах зісковзування думки - розпушенні логічних структур і переходах суджень з одного логічного плану в іншій. Це відбувається внаслідок того, що актуалізуються латентні або слабкі зв'язки між поняттями, а істотні, магістральні залишаються на периферії свідомості.

Дисоціація, що виявляється розпадом логічних і збереженням граматичних структур, відбиває розходження між мовою і мисленням. Відомо, що мовні форми (внутрішня структура мови) у ході індивідуального розвитку закладаються багато раніше, ніж здатність до логічного мислення.

Симптом повз-відповідей спостерігається також при істеричних реакціях, але тут він виглядає інакше. Відповідь, неправильний власне кажучи, дається проте в плані поставленої відповіді і до того ж звучить нарочито безглуздо. Так, на прохання повідомити, скільки вийде, якщо два помножити на два, хворий може відповісти по-різному: три, п'ять, сім - неправильно, але завжди на темі завдання і з демонстрацією незнання.

Аутистичне мислення виявляється відірваністю від реальності. Асоціації виникають переважно на основі ідей і уявлень, відчуттів, пов'язаних із хворобою, під час якої переважають внутрішні переживання. Хворі замикаються в собі, тримаються осторонь, майже ні з ким не спілкуються. Відповіді на запитання в них формальні, фантазії співіснують у свідомості з реальністю, бажання сприймаються як дійсність.

Аутистичне мислення виражається в надзвичайній замкнутості, заглибленості у світ власних фантазій, відриві від реальності. Хворі не цікавляться практичною значимістю своїх ідей, можуть обмірковувати думку, що очевидно суперечить дійсності, робити з неї висновки, така ж безглузді, як і вихідна посилка. Пацієнтів не хвилює думка навколишніх, вони небалакучі, потайливі, зате з задоволенням викладають думки на папері, часом списуючи товсті зошити. Спостерігаючи таких хворих, читаючи їхнього запису, можна дивуватися тому, що пацієнти, що поводяться пасивно, говорять безбарвно, байдужо, у дійсності охоплені настільки фантастичними, абстрактними, філософськими переживаннями.

Основні ознаки аутистичного мислення, за Е. Блейлером (1927) такі. По-перше, це алогічне мислення, мислення, для якого логіка або регулярні правила руху думки не є важливими і тим більше обов'язковими.

Аутистичні ідеї знаходяться в грубому протиріччі не тільки з дійсністю, але і між собою, з погляду логіки вони абсолютно безглузді. "Самі суперечливі бажання можуть існувати поряд і одержувати навіть вираження в тих самих аутистичних думках: бути знову дитиною, щоб простодушно насолоджуватися життям, і бути в той же час зрілою людиною, бажання якої спрямовані на високу працездатність, на важливе положення в суспільстві, жити нескінченно довго і замінити одночасно це жалюгідне існування нерваною; мати улюблену жінку і зберегти разом з тим для себе волю дій...". Ігноруються не тільки логічні, але і тимчасові відносини. Аутизм "... перемішує безцеремонне сьогодення і майбутнє. У ньому живуть ще прагнення, ліквідовані для свідомості десятки років тому; спогади, що давно вже стали недоступні реалістичному мисленню, використовуються ним як недавні, може їм навіть віддається перевага, тому що вони менше наштовхуються на протиріччя з актуальністю".

По-друге, аутистичне мислення тенденційне. "Ціль досягається завдяки тому, що для асоціацій, що відповідають прагненню, прокладається шлях, асоціації ж, що суперечать прагненню гальмуються, тобто завдяки механізму, що залежить від впливу афектів. Між аутистичним і звичайним мисленням не існує різкої границі, тому що в звичайне мислення дуже легко проникають аутистичні, тобто афективні елементи". Аутистичні ідеї відповідають не реальності, а виникаючим прагненням, бажанням, що кореняться в потребі задоволення. Аутистичне мислення може бути визначене в зв'язку з цим, як мислення емоційне.

Третя особливість аутистичного мислення стосується способи вираження думки: "Аутизм користується першим матеріалом думок, навіть помилковим,... він постійно оперує з недостатньо продуманими поняттями і ставить на місце одного поняття інше, що має при об'єктивному розгляді лише другорядні загальні компоненти з першим, так що ідеї виражаються в самих ризикованих символах". У символіці з найбільшою виразністю виявляється "природжений" характер аутистичного мислення. Символіка "усюди відрізняється неймовірною одноманітністю, від людини до людини, зі століття в століття, від сновидіння аж до хвороби і до міфології... Ті самі комплекси завжди дають привід символіці, і засоби для їх вираження завжди однакові...".

Нарешті, аутистичне мислення характеризує і те, що його механізми створюють задоволення самим безпосереднім чином: "Той, хто задовольняється аутистичним шляхом, має менше основ або зовсім не має основ до того, щоб діяти".

Аутистичне мислення, як підкреслює Е. Блейлер, у багатьох відносинах протилежне реалістичному. Аутистичне мислення бере початок у віці двох, трьох років, з появою в дітей здатності фантазувати.

Персевераторне мислення характеризується тривалим переважанням однієї думки чи уявлення, що зовні виявляється стереотипним повторенням одних і тих самих слів, відповідей. Наприклад, хворий, давши правильну відповідь на перше запитання, потім продовжує її повторювати й на інші. Може спостерігатися як наслідок черепно-мозкової травми.

Символичне мислення характеризується тим, що хворі вживають для вираження думок власні, незрозумілі оточуючі символи. Це можуть нбути добре відомі слова, що використовуються в незвичайному значенні, через що зміст сказаного стає незрозумілим. Нерідко пацієнти видумують власні слова (неологізми).

## 1.3 Динаміка мислення особистості при неврастенії

Визнання рефлекторної природи мислення означає визнання його як процесу. Про це писав ще И.М.Сєченов [31], говорячи, що думка має визначений початок, протікання і кінець.

Ми не можемо в достатній мері проаналізувати внутрішні закономірності мислення, досліджувати структуру розумових операцій, за допомогою яких відбувається відображення об'єктивних властивостей предмета, якщо ми не проаналізуємо процесуальну сторону розумової діяльності. Використання узагальнених способів рішення задач, актуалізація адекватних знань про предмети вимагають не тільки схоронності інтелектуальних операцій, але і динаміки мислення. С.Л.Рубінштейн підкреслював неодноразово, що звести мислення до операційного в стороні і не враховувати його процесуальну сторону означає усунути саме мислення.

Визначення мислення як процесу застосовують не тільки в загальній теоретичній характеристиці мислення, але і до кожного окремого розумового акту. Для успішного виконання інтелектуального акту необхідно виділяти адекватні системи зв'язків, відкидати побічні, оцінювати кожну розумову операцію по ходу її виконання.

Особливості виконання такої складної, багатоетапної по своїй структурі діяльності складають її динамічну характеристику.

Однієї з особливостей мислення як вищої ступені пізнання є його опосередкованість. Звичайно, здійснення цієї опосередкованості забезпечується правильною структурою понять. Пізнання фактів, прихованих від безпосереднього сприйняття, можливо тоді, коли людина здатна проаналізувати, узагальнити сприймані факти. Однак здійснення цього опосередкування, переходу від одних суджень до інших пов'язано також з наявністю більш-менш довгого ланцюга умовиводів. Саме ланцюг умовиводів, що переходить у міркування, є дійсним проявом мислення як процесу. Тому при дослідженні мислення, його формування і розпаду недостатньо обмежуватися одним тільки аналізом утворення і розпаду понять, одною тільки характеристикою інтелектуальних операцій. Дослідження [26] показують, що порушення процесу узагальнення є не єдиним варіантом порушень мислення. Більш того, що найбільше часто зустрічаються порушення мислення не зводяться до розпаду понять; хворобливі стани мозку приводять найчастіше до динамічних порушень мислення.

Порушенню динаміки мислення присвячено мало робіт. Хоча в багатьох психіатричних дослідженнях говориться про динамічний характер деяких порушень мислення, однак під цим мається на увазі їх оборотність.

В ряду хворих (наприклад, хворих судинними захворюваннями мозку) коливання розумової працездатності приводили до коливань пам'яті, що залежить не від складності виконуваної задачі, а від виснаженості коркової нейродинаміки хворих. Подібні коливання, що виступали як непослідовність суджень, спостерігалися й у розумовій діяльності хворих.

Непослідовність суджень. Характерна риса цього порушення полягала в нестійкості способу виконання завдання. Рівень узагальнення хворих в основному не був знижений; хворі правильно узагальнювали матеріал; операції порівняння, переносу не були порушені. Однак адекватний характер суджень хворих, як ми говорили вище, не був стійким.

Зупинимося трохи докладніше на способах дії цих хворих при виконанні ними завдання „класифікації предметів”.

Хворі легко засвоюють інструкцію, застосовують спосіб, адекватний умовам рішення, починають розкладати картки за узагальненою ознакою, але через деякий час змінюють правильний шлях рішення. Досягаючи в окремих випадках високих рівнів узагальнення, хворі епізодично збиваються на шлях неправильних, випадкових сполучень. Ці коливання носили різний характер.

1. Дуже часто спостерігалися чергування узагальнених і конкретно-ситуаційних сполучень.

2. Помилки хворих складалися також у тім, що логічні зв'язки підмінювалися випадковими сполученнями. Так, правильне виконання завдання класифікації предметів порушувалося тим, що хворі поєднували об'єкти в одну групу лише тому, що картки виявилися поруч. Вони нерідко зауважували свої помилки і самі виправляли них.

3. Помилкові рішення хворих виявляються в утворенні однойменних груп: хворі часто виділяють предмети по правильній загальній ознаці, але відразу починають виділяти аналогічну за змістом групу. Так, наприклад, хворий міг виділити групу людей, у яку входили лікар, дитина, прибиральниця, і відразу виділяв ще одну групу людей, куди входив моряк, лижник і т.п.

Лабільність мислення. Порушення динаміки мислення, що виражалося в чергуванні адекватних і неадекватних рішень, не приводило до грубих порушень будові мислення. Воно лише на якийсь відрізок часу спотворювало правильний хід суджень хворих і було, мабуть, порушенням розумової працездатності хворих.

У деяких же випадках порушення динаміки мислення носило більш стійкий характер, змінювало саму будову мислення. Лабільність суджень ставала як би постійним модусом розумової діяльності хворих. Подібна постійна лабільність мислення спостерігається в хворих маніакально-депресивним психозом у маніакальній фазі хвороби [3].

Маніакальний стан характеризується підвищеним настроєм і самопочуттям, психомоторним порушенням хворих. Хворі безперервно голосно говорять, сміються, супроводжуючи свою мову живою, експресивною жестикуляцією і мімікою. Вони надзвичайно відволікаються. Кожне нове враження, сказане слово, сприйнятий предмет направляють їхні думки і представлення, що так швидко переміняють один одного, що хворі не можуть реєструвати їх у своїй мові. Хворі не встигають закінчити одну думку, як уже переходять до іншої; іноді вони викрикують лише окремі слова. Характерно, що, незважаючи на надзвичайну відстороненість і розпорошеність уваги, хворі в маніакальному стані жваво спостерігають за подіями, які відбуваються навколо них, часто вражаючи своєю кмітливістю і тонкістю окремих зауважень.

Як правило, експериментувати з хворими в маніакальному стані не представляється можливим через різко виражену відволікаємість хворих, що виключає їх фіксацію на експериментальній ситуації. Експериментальному дослідженню хворі піддаються тільки в різних ступенях гіпоманіакального стану, при якому можна відзначити деякі патологічні зміни їх розумової діяльності.

Осмислення ситуації, можливість аналізу і синтезу в цих хворих часто не порушені, однак виконання будь-якого експериментального завдання не викликало визначеної стратегії їх мислення. Хворі не задумуються над питанням, не доходять до змісту завдання. Вони імпульсивно приступають до виконання. На питання, у чому спільність і розходження між поняттями "стіл" і "стілець". При розкладанні картинок у послідовному порядку хворі такого типу, осмисливши сюжет, розкладають їх у будь-якому порядку [40].

Виникаючі асоціації носять хаотичний характер і не відгальмовуються. Окремі слова викликають нові думки, що хворі відразу висловлюють; будь-яке виникаюче уявлення, будь-яке емоційне переживання одержує своє відображення в мові хворих. Хворі зосереджуються на експериментальному завданні лише на короткі проміжки часу. Розуміючи зміст прислів'я, хворі не можуть його пояснити. Нерідко яке-небудь слово прислів'я викликає "ланцюжок" асоціацій: іноді хворі, не пояснивши прислів'я, наводять підходящий приклад зі свого життя; останній нагадує їм ще що-небудь подібне, і думка хворих протікає у випадкових напрямках. Наприклад, хворий у гіпоманіакальному стані пояснив прислів'я "Не все те золото, що блищить" у такий спосіб: "Золото - це прекрасний золотий годинник подарував мені брат, він у мене дуже гарний. Коли ми разом училися, ми сварилися, але потім жили мирно. Брат дуже любив театр, ми бачили з ним п'єсу..." і т.д. Хаотичний характер асоціацій перешкодив правильному поясненню прислів'я, слово "золото" відразу повело до цілого ланцюга спогадів. Але можливі й інші вари-анти, коли хворі у своєму поясненні опускають яку-небудь ланку.

Нестійкість способів виконання роботи досягає в деяких хворих надзвичайно перебільшеної форми: вони не тільки не в змозі утримувати хід своїх суджень у встановленому раніш напрямку, але і починають реагувати на будь-який подразник, до них не адресований.

З особливою виразністю феномен "відстороненості" виявився в асоціативному експерименті. Як відповідні реакції часто виступали назви предметів, що знаходилися перед очима хворих ("уплітання"); при пред'явленні слова "спів" хворий відповідає словом "стіл", на слово "колесо" - словом "окуляри" і т.п. Подібна тенденція називати предмети, що знаходяться перед очима, спостерігалася іноді й у хворих інших груп, однак були достатні вказівки експериментатора, щоб хворі починали правильно виконувати інструкцію. У наших же хворих вказівка експериментатора викликало правильні реакції лише на короткий час; через невеликий проміжок часу хворі знову називали предмети, що попадали в поле їхнього зору [12].

Ця тенденція виступала також і в тім варіанті асоціативного експерименту, де інструкція передбачала особливу спрямованість відповідей, зокрема, де було потрібно назвати визначена кількість предметів визначеного кольору (червоного, зеленого). Ця задача може викликати відомі ускладнення й у здорових піддослідних; вона припускає активне "відкидання" тих слів, що не відповідають змістові інструкції. У цих випадках піддослідні прибігають до різних прийомів, що повинні полегшити пригадування необхідних слів (наприклад, оглядаються навколо себе, дивляться на навколишні предмети), але вони не використовуються ними для відповіді, якщо слова не відповідають інструкції. Остання здобуває визначальне значення; відповіді здорової людини в ситуації експерименту залежать від умов задачі, від вимоги експериментатора.

Наші хворі в цьому експерименті часом називали предмети, що знаходилися перед ними, хоча вони аж ніяк не були забарвлені в необхідні кольори. Інструкція експериментатора викликала цілеспрямовані дії на короткий відрізок часу. Любою об'єкт, будь-яка випадково почута фраза могла викликати дії хворих, неадекватні змістові їхньої діяльності, що спотворюють хід їхніх суджень.

Інертність мислення. Антиподом описаного порушення є той тип порушень розумової діяльності, в основі якого лежить інертність зв'язків минулого досвіду. У цих випадках хворі не можуть змінювати обраного способу своєї роботи, змінювати хід своїх суджень, переключатися з одного виду діяльності на іншій.

Подібні порушення часто зустрічаються в хворих епілепсією, іноді в хворих з віддаленими наслідками важких травм головного мозку, при деяких формах розумової відсталості.

Подібні хворі іноді в стані працювати, але роблять це з частими зривами, утрачають колишню кваліфікацію і виконують роботу, що не вимагає придбання і використання нових знань. У психоневрологічну лікарню вони надходять в зв`язку з декомпенсацією стану. В історіях хвороби відзначається, що хворі беруть участь у трудових процесах, читають газети, виявляють часто інтерес до життя відділення; разом з тим якість їх розумової продукції невисока, темп роботи уповільнений.

Експериментально-психологічне дослідження виявляє сповільненість, тугорухливість їх інтелектуальних процесів. Навіть у тих випадках, коли вони можуть узагальнити матеріал (виділити основну ознаку в досвіді на класифікацію предметів, зрозуміти умовність інструкції), вони допускають помилкові рішення, якщо їм необхідно переключитися на новий спосіб рішення задачі. Зміна умов утрудняє їхню роботу [14].

Ця тугорухливість розумового процесу приводила в кінцевому рахунку до того, що хворі не справлялися навіть з елементарними завданнями, якщо останні вимагали переключення. Так, наприклад, один хворий у досліді, де йому треба було опосередкувати свій процес запам'ятовування і відтворення слів за допомогою малюнка (складання піктограм), міг придумати умовні позначки для опосередкування слів, якщо він міг намалювати людини, і не міг цього зробити в тих випадках, коли йому здавалося незручним малювати людини.

Погану переключеність виявляють хворі й у досвіді на опосередковане запам'ятовування по методу А.Н.Леонтьєва. Вибравши для запам'ятовування слова яку-небудь картку, хворі не в змозі підібрати для цього слова іншу. Отже, рішення задачі доступно хворим, якщо воно виконується тільки одним визначеним способом.

Подібна інертність зв'язків колишнього досвіду, у якій виявляється порушення динаміки розумової діяльності, у результаті приводила до зниження операції узагальнення і відволікання. Виконуючи задачу "класифікація об'єктів", хворі не тільки не поєднують в одну групу диких і домашніх тварин, але кожне з домашніх тварин виступає для них як одиничний екземпляр. У результаті саме завдання класифікації не виконується навіть на конкретному рівні. Процес сортування, класифікації, що вимагає розгальмовування одних елементів, зіставлення з іншими, тобто відомої гнучкості оперування, переключення, для них утруднений. Так, один хворий, виділивши групу людей, розділяє неї на двох підгруп: людей, зайнятих фізичною працею, і людей, зайнятих розумовою працею (до останнього відносить і лижника).

Експериментатор пропонує об'єднати деякі групи, наприклад домашніх і диких тварин, людей різних професій.

Хворий погоджується, починає заново сортувати картинки, але в підсумку приходить до колишнього способу, відстоює його [20].

Такі ж труднощі переключення виявляється й в експерименті по методу виключень об'єктів. Так, хворий при пред'явленні картки, на якій зображений стіл, стілець, диван і настільна лампа, заявляє: "Звичайно, усе це меблі, це точно, а лампа не меблі. Але адже на столі повинна стояти лампа, якщо справа відбувається ввечері або хоча б у сутінки... Ну, узимку рано сутеніє, а тоді краще видалити диван... Коли є стілець - можна без дивана обійтися". На зауваження експериментатора: "Адже ви ж сказали самі, що лампа не меблі" - хворої відповідали: "Звичайно, правильно, треба виділити меблі, але лампа настільна, вона на столі стоїть. Я б запропонував виділити диванчик". Незважаючи на те що сам хворий не тільки зрозумів, але і вказав на принцип узагальнення (меблі), він у реальній дії - сортуванню предметів - знову і знову повертається до виділеному їм властивості: "Лампа настільна, вона повинна стояти на столі". Хворий не може переключитися з прийнятого їм рішення.

Конкретні зв'язки колишнього досвіду інертно домінують у розумовій діяльності хворих і визначають весь подальший хід їхніх суджень.

Через подібну інертність зв'язків колишнього досвіду хворі часто не упускають при виконанні завдання ні однієї деталі, жодного властивості предметів і в результаті не приходять навіть до елементарного узагальнення. З цього прагнення до уточнення, з бажання вичерпати при рішенні якого-небудь питання все різноманіття фактичних відносин і виникає те своєрідне епілептичне "резонерство", що виявляється в докладності, зайвій деталізації, що метафорично позначається в клініці як в'язкість мислення.

Особливо часто виявляється подібна інертність зв'язків колишнього досвіду при виконанні завдання, що вимагає більш розгорнутого пояснення, - при визначенні понять. Для ілюстрації приведемо типове визначення простого поняття.

Інертність конкретних зв'язків колишнього досвіду виявляється й в асоціативному експерименті з інструкцією відповідати словом протилежного значення.

Отримані дані показують, що латентний період досить значний і складає в середньому 6,5 секунди, в окремих хворих він часом досягав 20-30 секунд.

Звертає на себе увага велике число запізнілих відповідей: хворі відповідають не на пропоноване слово, а на колишнє. Наприклад, відповівши на слово "спів" словом "мовчання", хворий на наступне слово "колесо" відповідає словом "тиша"; відповівши на слово "обман" словом "віра", на наступне "голоси" хворої реагує словом "неправда".

Запізнілі відповіді наших хворих є істотним відхиленням від нормального протікання асоціативного процесу. Вони свідчать про те, що слідовий подразник має більше сигнальне значення, ніж актуальний. Для уточнення механізму цих особливостей варто звернутися до аналізу побудови асоціативного експерименту [3].

Слово, яким випробуваний реагує на слово-подразник, не є єдиною виникаючою в нього асоціацією. Однак реагування лише одним словом порозумівається тим, що інструкція експериментатора, тобто завдання, передбачає лише одне і притім перше слово, що прийшло на розум. Інші виниклі при цьому зв'язки загальмовуються. Пред'явлення іншого слова викликає нові асоціації, інакше кажучи, відповідна реакція хворого обумовлена всякий раз актуально звучним словом. Актуальність же подразника залежить від поставленої задачі, від ситуації.

У роботах багатьох психологів вивчалася залежність утворення асоціативних зв'язків від умов і змісту діяльності. А.Н.Леонтьєв і Т.Ф.Розанова [26] показали, що при зміні змісту завдання (інструкції) ті самі подразники викликають різні асоціативні зв'язки. Закріплення і відтворення асоціативних зв'язків повинне відбуватися саме в залежності від поставленого завдання.

У застосуванні до нашої експериментальної ситуації це повинно означати, що тільки вимовлені в даний момент слова повинні були викликати асоціативні зв'язки, що тільки вони повинні були служити сигналом для відповідної реакції. Асоціації ж, викликані вимовленими раніше словами, не повинні були актуалізуватися; колишні подразники повинні були залишитися нейтральними, утративши своє сигнальне значення.

У наших хворих актуально звучні слова не здобували значення подразника. У силу інертності зв'язків минулого досвіду хворі відповідають на слово, що відзвучало. Повноцінність розумової діяльності полягає не тільки в тім, що людина в стані виконати ту або іншу розумову операцію, проаналізувати і синтезувати матеріал, виділити істотне, але й у тім, що ця здатність до правильних операцій є стійким способом дії.

У ситуації експерименту, так само як і в будь-якій життєвій ситуації, виступають усі нові сторони предметів і явищ, міняються умови діяльності. Для того щоб правильно пізнати ці різні відносини, щоб правильно діяти відповідно до змінених умов, людині потрібно вміти переходити від одного способу дії до іншого, він не повинний автоматично оперувати колишніми застиглими операціями або способами.

Мислення відбиває адекватно об'єктивну дійсність, коли збережена не тільки його операційна сторона, але і його динаміка.

# РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ПАТОПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ МИСЛЕННЯ У ХВОРИХ НА НЕВРАСТЕНІЮ

## 2.1 Методологічні засади проведення патопсихологічного дослідження

Патопсихологічний експеримент істотно відрізняється від інших видів експерименту, застосовуваних у медицині, наприклад, у фізіології, біохімії, мікробіології. Патопсихологічний експеримент, як і будь-який інший тип психологічного експерименту, - це штучне створення умов, що виявляють ті або інші особливості психічної діяльності людини (оскільки мова йде про патопсихології) у її патології. Для такого експерименту характерне викликання психічних процесів у строго визначених, що враховуються дослідником умовах і можливість зміни плину цих процесів по заздалегідь наміченому плані. Б. В. Зейгарник (1969) [4] дорівнює патопсихологічний експеримент до широко використовуваного в соматичній медицині "функціональним пробам", за допомогою яких лікарі звичайно визначають стан функції того або іншого внутрішнього органа. Специфічними "навантаженнями" у патопсихологічному експерименті є експериментальні завдання, виконання яких вимагає актуалізації розумових операцій, звичайно використовуваних людиною у своїй життєдіяльності. Таким чином, психічна діяльність хворого досліджується в зв'язку із ситуацією експерименту.

Поряд із загальними рисами, властивими патопсихологічному експериментові й експериментально-психологічному дослідженню психічно здорових, між ними маються й істотні розходження.

Основне розходження обумовлене тим, що патопсихолог досліджує людини, що страждає психічним захворюванням, неврозом, соматичною хворобою, які призвели до психічних змін. Це значно позначається на техніку проведення експерименту, його тривалості, необхідності обліку відносини обстежуваного до ситуації експерименту. У ряді випадків експериментатор у ході досвіду в зв'язку з особливостями поведінки, що виявляються при цьому, хворого змушений істотно змінювати свою тактику, вводити інші, що не передбачалися раніше, методики і т.п..

P. Fraіsse (1966) [6] як основний принцип будь-якого психологічного експерименту виділяє необхідність перевірки існування зв'язку між двома рядами факторів. При цьому фактор, змінюваний експериментатором, називається "незалежної перемінної". Фактор, що змінюється під впливом "незалежної перемінної", називається "залежної перемінної". P. Fraіsse відповідно розрізняє два види психологічного експерименту: спровокований експеримент і експеримент, на який посилаються.

Найбільше часто психологи користуються спровокованим експериментом, що, на думку P.. Fraіsse [4], є класичним - експериментатор впливає на "незалежну перемінну" і спостерігає викликані його втручанням результати.

Про експеримент, на якому посилаються, говорять у тих випадках, коли зміна "незалежної перемінної" відбувається поза яким-небудь зв'язком з діяльністю експериментатора. Типовим прикладом експерименту, на який посилаються, є спостереження за випадками ушкоджень мозку або психічних захворювань, що виявляються в порушеннях психічної діяльності. Своєрідність цих випадків полягає в тім, що на відміну від звичайного, спровокованого, експерименту при них експериментатор одержує можливість спостерігати серйозні і нерідко необоротні зміни "незалежної перемінної".

Патопсихологічний експеримент у більшості випадків - це одночасно спровокований експеримент і експеримент, на який посилаються.

Наявність у патопсихологічному експерименті елементів спровокованого експерименту й експерименту, на який посилаються, пояснює складний взаємозв'язок безлічі факторів, що повинний враховувати при узагальненні матеріалів дослідження патопсихолог. С. Я. Рубінштейн (1965) [6] бачить три способи видозміни умов, що впливають на психічний стан обстежуваного і що зменшують або збільшують властивому хворому психопатологічні зміни. Перший спосіб полягає в зміні ситуації, що створюється на час досвіду. Так, реєструється поводження хворого в умовах абсолютної тиші або спеціально підібраних відповідно до мети дослідження шумів. Другий, найбільше часто застосовуваний. спосіб полягає в спеціальному варіюванні діяльності хворого, наприклад, при пред'явленні йому завдань за методикою класифікації або при завчанні набору слів, не значеннєвих звукосполучень. Третій спосіб відрізняється від попередніх тем, що зміна стану психічних процесів у хворого досягається уведенням визначених фармакологічних препаратів.

Це поділ способів впливу на психічну діяльність хворого в патопсихологічному експерименті необхідно враховувати для дотримання "чистоти" наступні визначені цілі досліду. У той же час у звичайно проведених патопсихологічних дослідженнях можуть спостерігатися елементи перерахованих трьох способів впливу на "незалежну перемінну". Так, можна досліджувати стан уваги в хворого в абсолютній тиші або ж в обстановці спеціально відтворених шумів - зіставлення результатів дозволить дослідити більш повно і різнобічно характеристику функції уваги в обстежуваного. Дослідження пам'яті по методу завчання десяти слів можна сполучити з уведенням стимулююча і гальмуюча діяльність кори головного мозку препаратів (брому, кофеїну).

Можна виділити, як про цього вужа повідомлялося вище, два види експериментально-патопсихологічних досліджень. Перший характеризується спрямованістю на рішення сугубо теоретичних питань, другий покликаний вирішувати питання клініко-практичного характеру. А. Р. Лурія (1962) [10] указує на істотну різницю між цими видами дослідження - при рішенні визначеної теоретичної проблеми психолог виділяє і ставить у центрі своєї уваги який-небудь один процес, досліджуваний їм у спеціально створених умовах. При цьому дослідник відволікається від інших психічних процесів. Прикладом такого дослідження може бути вивчення психологічної структури особливостей мислення при маревних станах, характеру різних сторін пам'яті при захворюваннях, що протікають із мнестичними розладами і т.п. Як правило, у цих випадках вивчаються однорідні і досить представницькі в кількісному відношенні групи хворих, підібрані відповідно цілям і задачам дослідження.

У патопсихологічному експерименті клініко-практичного значення, проведеному з діагностичною або експертною метою, що досліджує не виділяє заздалегідь який-небудь один психічний процес як основний об'єкт вивчення. Уже під час досвіду він визначає ті або інші порушення психічної діяльності, що вимагають особливої уваги і вивчення, і, орієнтуючись на них, проводить дослід надалі.

Різниця в цих двох видах дослідження, крім того, за А. Р. Лурія, полягає й у термінах їхнього проведення. Якщо експеримент, що переслідує сугубо теоретичну, дослідницьку мету, може продовжуватися тривалий час і складатися з численної серії досвідів, для більшої переконливості неодноразово повторюваних, то клініко-психологічне дослідження, що має, у першу чергу, практичне значення, звичайно зводиться до двох-трьох сеансів тривалістю до години. Особливо лімітована тривалість дослідження хворих з органічним захворюванням головного мозку, що виявляють підвищену виснаженість психічних процесів [16].

Останнім часом з'явилася можливість говорити про іншому, що трохи відрізняється колі задач, що коштують перед патопсихологами, коли експеримент використовується для впливу на особистість хворого. Його задача полягає не стільки в тім, щоб знайти психічний дефект у хворого, а головним чином у тім, щоб показати хворому шляхові можливої компенсації цього дефекту і зменшення його в міру проведеного лікування. Мова йде про особливий варіант патопсихологічного експерименту, що умовно може бути названий психотерапевтично спрямованим (В. М. Блейхер, Л. И. Завилянська, 1966) [12].

На закінчення необхідно вказати основні принципи побудови експериментально-психологічного дослідження і психіатричній клініці (Б. В. Зейгарник, 1965) [6].

І. Психологічний експеримент є своєрідної "функціональної пробій", у процесі якої досліджуються специфічні функції людського мозку. Ціль дослідження - виявлення конкретних, визначених форм порушень пізнавальної діяльності (мислення, сприйняття і т.п. ), змін особистості, характерних для того або іншого захворювання.

ІІ. Специфіка психіатричної клініки й обумовлені цим задачі дослідження вимагають якісної характеристики особливостей психічної діяльності хворих. Важливі не тільки труднощі завдання і кількість допущених випробуваним помилок, але і хід його міркувань і мотивація помилкових суджень.

Результати, одержувані в процесі експериментально-психологічного дослідження, повинні бути досить об'єктивними - вони ретельно реєструються і перевіряються в повторних досвідах, а також при дослідженні іншими методиками.

## 2.2 Основні принципи і методи патопсихологічного дослідження

Проблема методу в науці не проста. З одного боку, застосовувані методи дослідження залежать від рівня розвитку науки, від тих принципових положень, теоретичних, методологічних установок, на яких дана область знань базується. З іншого боку, сам розвиток тієї або іншої області знання залежить у певній мері від застосовуваних методів дослідження. Особливо складним стає питання про вибір методів, коли останні стосуються вирішення практичних задач, у тому числі і задач клініки. Вибір експериментальних прийомів залежить від тієї задачі, що ставить перед ним клініка (диференційно-діагностична, психокорекційна, експертна й ін.).

Патопсихологічне дослідження містить у собі ряд компонентів: експеримент, бесіду з хворим, спостереження, аналіз історії життя захворілої людини (яка являє собою професійно написану лікарем історію хвороби), зіставлення експериментальних даних з історією життя. Надзвичайно важливо (хоча в силу об'єктивних обставин це не завжди можливо) проводити дослідження в динаміку, тобто через рік-два.

Розглянемо принципи побудови патопсихологического експерименту. Для того щоб зрозуміти його особливості, необхідно зупинитися в декількох словах на методах дослідження загальної психології. Метод експерименту не є єдиним шляхом пізнання в психології. Він став чільної в міру розвитку психології як точної науки в зв'язку з її загальними теоретичними положеннями і застосуванням у практиці.

Як відомо, увага психологів-раціоналістів має бути спрямовано на розмежування в психіці людини окремих "справжніх здібностей", кожна з яких по-своєму переробляє одержуваний ззовні матеріал. Психологія зводилася до опису роботи цих здібностей. Умоглядний опис внутрішнього світу людини одержало своє відображення не тільки в раціоналістів. Воно знайшло своє місце в представників так називаної "розуміючої" психології Е. Шпрангер, В. Дильтей). Заперечуючи дроблення психіки на окремі процеси або функції, визнаючи неподільність, єдність психічного, представники цього напрямку відмовляються від наукового дослідження психічного, вважаючи, що якщо природу можна пояснити, те психіку можна тільки зрозуміти. Ці положення "розуміючої" психології знайшли своє відображення в концепції психологів- екзистенціалістів.

На практиці це означає, що психолог повинен обмежитися лише спостереженням за поведінкою суб'єкта, реєстрацією його висловлень і самоспостереженням і відмовитися від експерименту, від можливості зміни умов і діяльності, від яких залежить протікання того або іншого процесу. Власне кажучи психолог-екзистенціаліст прагне описати явище, але не проникати в його сутність.

Раціоналістичної емпірична психологія, що прийшла на зміну, принесла із собою інше розуміння методу дослідження. З розвитком емпіричної психології, розвитком психофізіології починає впроваджуватися в психологію метод експерименту (В. Вундт, Г. Еббингауз, Е. Титченер).

Однак деякі положення, особливо Вундта, які створили великий внесок у психологію, сприяли разом з тим тому, що психіка була розділена на окремі функції - "полички" пам'яті, уваги, сприйняття і т.д. і психологічне дослідження зводилося до дослідження цих окремих функцій. Дослідження ж даних функцій повинне зводитися до їхнього виміру.

Як і будь-яка область психологічної науки, патопсихологія використовує метод експерименту. Прийоми патопсихологічного дослідження залежать від тих принципових загально-психологічних теоретичних установок, на яких вони базуються. Тому вибір конкретних шляхів психологічного дослідження є проблемою не тільки методичного, але і методологічного характеру. Для того щоб зрозуміти особливості патопсихологічного експерименту, необхідно зупинитися в декількох словах на методах дослідження загальної психології. Метод експерименту не є єдиним шляхом пізнання в психології. Він став чільної в міру розвитку психології як точної науки і зв'язку з її загальними теоретичними положеннями.

Як відомо, увага психологів-раціоналістів бути спрямовано на розмежування в психіці людини окремих "щиросердечних здібностей", кожна з яких по-своєму переробляє одержуваний ззовні матеріал. Психологія зводилася до опису роботи цих здібностей [6].

Умоглядний опис внутрішнього світу людини одержало своє відображення не тільки в раціоналістів. Воно знайшло своє місце в представників так називаної „розуміючої” психології (Е.Шпрангер, В.Дильтей). Заперечуючи дроблення психіки на окремі процеси або функції, визнаючи неподільність, єдність психічного, представники цього напрямку відмовляються від наукового дослідження психічного, вважаючи, що якщо природу можна пояснити, те психіку можна тільки зрозуміти. Ці положення розуміючої психології знайшли своє відображення в концепції психологів-екзистенціалістів.

На практиці це означає, що психолог повинний обмежитися лише спостереженням за поводженням суб'єкта, реєстрацією його висловлень і самоспостережень і відмовитися від експерименту, від можливості зміни умов і діяльності, від яких залежить протікання того або іншого процесу. Власне кажучи, екзистенціаліст прагне описувати явище, але не проникати в його сутність.

Раціоналістична емпірична психологія, що прийшла на зміну, принесла із собою інше розуміння методу дослідження. З розвитком емпіричної психології розвитком психофізіології починає впроваджуватися в психологію метод експерименту (В.Вундт, Г.Еббінгауз, Е.Титченер), що проникає в практику неврології і психіатрії. У найбільших клініках (В.М.Бехтерєва в Ленінграді, Е.Крепеліна в Лейпцизі, С.С.Корсакова в Москві) відкриваються психологічні лабораторії [16].

Принципи методичних прийомів, що використовуються в лабораторіях, різні. Коротко зупинимося на них.

Як і всяка область психологічної науки, патопсихологія використовує в основному метод експерименту. Метод патопсихологічного дослідження залежить від тих принципових загально-психологічних теоретичних установок, на яких він базується. Тому вибір конкретних шляхів психологічного дослідження є проблемою не тільки методичного, але і методологічного характеру.

Метод експерименту не є єдиним шляхом пізнання в психології. Він стає чільної в міру розвитку психології як точної науки і зв'язаний із загальними теоретичними положеннями. Як відомо, увага психологів-раціоналістів бути спрямовано на розмежування в психіці людини окремих "щиросердечних здібностей", кожна з яких по-своєму переробляє отриманий ззовні матеріал. Психологія зводилася до умоглядного опису роботи цих здібностей.

Умоглядний опис внутрішнього світу людини одержало своє відображення не тільки в раціоналістів. І в наш час воно має місце в представників так називаної "розуміючої" психології (Шпрангер, Дильтей). Заперечуючи дроблення психіки на окремі процеси або функції, визнаючи неподільність, єдність психічного , представники цього напрямку в психології вважають, що якщо природу потрібно пояснювати, то психіку можна тільки зрозуміти. Ці положення "розуміючої" психології знайшли своє відображення в концепції екзистенціалістів.

На практиці це означає, що психологи повинні обмежитися лише спостереженням за поводженням хворих, реєстрацією їхнього висловлень і самоспостережень; вони відмовляються від експерименту, від можливості зміни умов і діяльності, від яких залежить протікання того або іншого процесу. Власне кажучи психолог-екзистенціаліст може описувати явища, але не проникати в їхню сутність.

Раціоналістичної емпірична психологія, що прийшла на зміну, принесла із собою інше розуміння методу дослідження.

З розвитком емпіричної психології, розвитком психофізіології починає впровадяться в психологію метод експерименту (Вундт, Еббингауз, Титченер); цими методами починають користуватися неврологи і психіатри. У найбільших клініках (В.М.Бехтерева в Ленінграді, Э.Крепелина в Німеччині, С.С.Корсакова в Москві) відкриваються психологічні лабораторії.

Довгий час у клініках панував метод кількісного виміру психічних процесів, метод, що ґрунтувався на вундтовській психології. Погляд на психічні процеси як на уроджені здібності, що лише кількісно міняються при розвитку, привів до ідеї про можливості створення вимірювальної психології. Експериментальне дослідження психічних процесів зводилося до встановлення лише його кількісної характеристики, точніше, до виміру окремих психічних здібностей.

Принцип кількісного виміру уроджених здібностей ліг в основу психологічних методів дослідження в психіатричних і неврологічних клініках. Дослідження розпаду якої-небудь функції складалося у встановленні ступеня кількісного відхилення від її нормального стандарту.

У 1910 р. найвизначніший невропатолог Г.І.Россолімо [16] розробив систему психологічних експериментів, що нібито, на його думку, дозволяла установити рівень окремих психічних функцій - психологічний профіль суб'єкта. На думку автора, різні патологічні стани мозку викликали визначені типові профілі зміни психодинаміки. В основі цього методу лежала концепція емпіричної психології про існування уроджених ізольованих здібностей. Ця помилкова теорія так само, як і спрощений кількісний підхід до аналізу порушень психічної діяльності, не могла забезпечити впровадження методів, адекватних запитам клінічної практики, хоча сама спроба наблизити психологію до рішення клінічних задач була прогресивної для свого часу.

Метод кількісного виміру окремих психічних функцій досяг своєї крайньої виразності в тестових дослідженнях Біне - Симона, що були спочатку спрямовані на виявлення рівня розумових здібностей. Вимірювальні тестові дослідження базувалися на концепції, відповідно до якої розумові здібності дитини фатально визначені спадкоємним фактором і в малому ступені залежать від навчання і виховання. Кожній дитині властивий певний, більш-менш постійний віковий інтелектуальний коефіцієнт (ІQ).

Задачі, що пропонувалися дітям, вимагали для свого рішення визначених знань, навичок і дозволяли судити в кращому випадку про кількість придбаних знань, а не про будову і якісні особливості їх розумової діяльності.

Подібні дослідження, спрямовані на чисто кількісні виміри, не дозволяють прогнозувати подальший розвиток дитини. А тим часом за допомогою цих тестів проводилося і зараз проводиться в деяких країнах відділення дітей, нібито "здатних" від народження, від інших, затримка розумового розвитку яких з'являлася залежної теж від уроджених особливостей. Метод тестів був використаний і в нас у країні в так званих педологічних дослідженнях дітей у школах.

Метод кількісного виміру залишається дотепер ведучим у роботі багатьох клінічних психологів за рубежем. У численних опублікованих за останні роки монографіях і статтях, присвячених експериментально-психологічному дослідженню хворих, приводяться методи подібних тестових досліджень аж до обчислення ІQ [4].

При дослідженні хворих методами, спрямованими на вимірювання функцій, не можуть бути враховані ні особливості розумової діяльності, ні якісна сторона порушення, ні можливості компенсації, аналіз яких настільки необхідний при дозволі клінічних задач.

Шляхом виміру виявляються лише кінцеві результати роботи, сам же процес її, відношення випробуваного до завдання, мотиви, що спонукали випробуваного обрати той або інший спосіб дії, особистісні установки, бажання - словом, усе різноманіття якісних особливостей діяльності випробуваного не може бути виявлено.

Поряд з чисто кількісним методом за останні роки в закордонній патопсихології намічається тенденція до використання методик, що спрямовані лише на виявлення особистості.

Представники цього напрямку використовують у своїх дослідженнях так називані прожективні методи. Завдання, що пропонується випробуваному, не передбачає яких-небудь визначених способів рішення. На відміну від тесту, що вимагає виконання задачі відповідно визначеним умовам, "прожективний" метод використовує будь-як задачу лише як привід для того, щоб випробуваний міг виявити свої переживання, особливості своєї особистості і характеру.

Як конкретну методику застосовується опис картин з невизначеним сюжетом ("Thematіc Apperceptіon Test", скорочено ТАТ). "Чорнильні плями" Роршаха, що являють собою різні симетрично розташовані конфігурації самого вигадливого виду. Сюжетні картинки, пропоновані для опису, являють собою зображення дій або поз персонажів. Випробуваний повинний описати картинку, розповісти, що на ній намальовано, про що думають, що переживають зображені персонажі, що з ними відбудеться, що передувало зображеній події. При цьому, на думку деяких авторів "прожективного методу", відбувається відоме ототожнення випробуваного з зображеним персонажем. По висловлюванню французького психолога А.Омбредана, "особистість відбиває за допомогою цього методу, як об'єкт на екрані" (звідси і назва "прожективный"). Цей метод часто називають "клінічним підходом до психіки здорової людини".

Таким чином, прожективний метод, що є власне кажучи антиподом методу виміру, за задумом його авторів повинний надати можливість якісної оцінки поводження випробуваного. Якщо тестовий метод спрямований на оцінку результатів роботи, то при прожективному методі сама проблема помилкового або правильного рішення взагалі не виникає. Дослідник, що застосовує прожективний метод, звертає увагу не на допущені помилки або на правильні рішення, а на особистісні реакції випробуваного, на характер виникаючих при цьому асоціацій [10].

Якщо проаналізувати, про які особистісні переживання й установки мова йде, то виявляється, що дослідники намагаються розкрити за допомогою цього методу несвідомі, сховані мотиви і бажання хворого. Окремі особливості сприйняття випробуваного (наприклад, чи бачить він об'єкти в русі або в спокої, чи звертає він увага при описі плям Роршаха на великі частини малюнків або на дрібні деталі і т.п.) інтерпретуються як показники особистісних особливостей.

Таким чином, цей метод повинний на противагу кількісному вимірові окремих функцій дати можливість якісного аналізу цілісної особистості. Раціональне зерно, що утримується в "прожективному" методі, повинне безумовно бути використано. Однак виявлення з його допомогою переживання, особливості не можуть служити індикаторами будівлі особистості, стійкої ієрархії її мотивів і потреб. Прожективні методи повинні самі стати об'єктом дослідження.

Зупинимося на принципах експериментально-психологічного дослідження в радянській патопсихології. Положення матеріалістичної психології про те, що психічні процеси є не уродженими здібностями, а прижиттєво формуються видами діяльності, вимагає, щоб психологічний експеримент давав можливість досліджувати психічні порушення як порушення діяльності. Він повинний бути спрямований на якісний аналіз різних форм розпаду психіки, на розкриття механізмів порушеної діяльності і на можливості її відновлення. Якщо мова йде про порушення пізнавальних процесів, то експериментальні прийоми повинні показати, як розпадаються ті або інші розумові операції хворого, що сформувалися в процесі його життєдіяльності, як видозмінюється процес придбання нових зв'язків, у якій формі спотворюється можливість користування системою старих, що утворилися в колишньому досвіді зв'язків. Виходячи з того, що всякий психічний процес має відому динаміку і спрямованістю, варто так побудувати експериментальне дослідження, щоб воно відбило схоронність або порушення цих параметрів. Таким чином, результати експерименту повинні дати не стільки кількісну, скільки якісну характеристику розпаду психіки. Ми не будемо надалі зупинятися на описі конкретних методик. Вони викладені в книзі С.Я.Рубінштейн [16] "Експериментальні методики патопсихології".

Саме собою зрозуміло, що отримані експериментальні дані повинні бути надійні, що статистична обробка матеріалу повинна бути використана там, де поставлена задача цього вимагає і допускає, але кількісний аналіз не повинний ні замінити, ні відтіснити якісну характеристику експериментальних даних. Кількісний аналіз допустимо тоді, коли проведена ретельна якісна психологічна кваліфікація фактів. Перш ніж приступити до виміру, треба установити, що виміряється.

Варто погодитися з зауваженням А.Н.Леонтьєва, зробленим у його статті "Про деякі перспективні проблеми радянської психології", що не треба зближати науково обґрунтовані експерименти, "які дають можливість якісної оцінки, з так називаними тестами розумової обдарованості, практика застосування яких не тільки справедливо засуджена в нас, але викликає зараз заперечення й у багатьох інших країнах світу" [10].

Ідея про те, що один лише кількісний аналіз не може виявитися придатним при рішенні ряду задач, зв'язаних з діяльністю людини, знаходить своє визнання серед ряду учених закордонних країн. Так, один з видних американських фахівців в області керування професор А.Заді пише, що "точний кількісний аналіз поводження гуманістичних систем не має, очевидно, великого практичного значення в реальних соціальних, економічних і інших задачах, зв'язаних за участю однієї людини або групи людей". Більш того, він підкреслює, що "здатність оперувати нечіткими безлічами і здатність, що випливає з неї, оцінювати інформацію є одним з найбільш коштовних якостей людського розуму, що фундаментальним образом відрізняє людський розум від так називаного машинного розуму, приписуваного існуючим обчислювальним машинам".

Отже, основним принципом побудови психологічного експерименту є принцип якісного аналізу особливостей протікання психічних процесів хворого на противагу задачі лише одного кількісного їх виміру. Важливо не тільки те, якої труднощів або якого обсягу завдання хворий осмислили або виконав, але і те, як він осмислював, чим були обумовлені його помилки й утруднення. Саме аналіз помилок, що виникають у хворих у процесі виконання експериментальних завдань, являє собою цікавий і показовий матеріал для оцінки того або іншого порушення психічної діяльності хворих.

Той самий патопсихологічний симптом може виявитися обумовленим різними механізмами, він може виявитися індикатором різних станів. Так, наприклад, порушення опосередкованої пам'яті або нестійкість суджень можуть виникнути внаслідок порушеної розумової працездатності хворого (як це має місце при астеніях різного органічного генезу), воно може бути обумовлено порушенням цілеспрямованості мотивів (наприклад, при поразках лобових розділів мозку), воно може бути проявом дезавтоматизації дій (при судинних змінах мозку, епілепсії) [16].

Характер порушень не є патогномонічним, тобто специфічним для того або іншого захворювання; він є лише типовим для них і повинний бути оцінений у комплексі з даними цілісного патопсихологічного дослідження.

## 2.3 Організація впровадження патопсихологічного дослідження

Патопсихологічне дослідження порушеної психіки проводилися спочатку тільки в психіатричних клініках. Для виділення критеріїв норми і патології вивчалися паралельно особливості психіки здорових людей. З погляду психосоматичної медицини, визначені особистісні особливості людини лежать в основі ряду соматичних захворювань. Тоді патопсихологічне дослідження особливостей психіки необхідно проводити й у соматичних клініках з метою подальшої психокорекції особистості і профілактики соматичних захворювань.

Патопсихологічне дослідження містить у собі наступні компоненти:

* бесіду з хворим;
* експеримент (тестування);
* вивчення історії хвороби;
* спостереження за поводженням під час дослідження;
* аналіз отриманих результатів;
* оформлення висновку.

Патопсихологічне дослідження не повинне бути ятрогенним. Після проведення дослідження в хворого не повинні виникати думки про свою психічну неспроможність у зв'язку з поводженням що досліджує. Навпроти, патопсихолог завжди повинний зберігати в бесіді з хворим максимальну психотерапевтичність, сприяти оптимістичним тенденціям і установкам хворого в прогнозу протікання захворювання і результатів лікування.

Патопсихологічне дослідження можна розділити на кілька етапів. Перший здійснюється клініцистами ще до знайомства психолога з хворим і зводиться, як уже говорилося, до формулювання клінічної задачі. Лікар вирішує питання про те, наскільки корисним у кожнім конкретному випадку може виявитися експериментально-психологічне дослідження. З задачею знайомиться патопсихолог. У бесіді з лікуючим лікарем він уточнює цікавлячі його особливості протікання захворювання, можливі диференційно-діагностичні передумови або можлива дилема експертного судження. Якщо мова йде про контроль ефективності лікування, психолог разом з лікарем обговорює специфіку терапевтичних заходів, передбачувані можливості їх впливу на різні психічні процеси, намічає терміни повторного дослідження [16].

Бесіді з хворим передує ознайомлення патопсихолога з матеріалами історії хвороби. Відсутність у ній цікавлячого психолога даних змушує його збирати додатковий анамнез. Для психолога становлять інтерес не тільки анамнез, але й особливості перебігу хвороби, результати інших лабораторних досліджень - біохімічних, серологічних, електрофізіологічних, офтальмологічних. Потім випливає ретельне ознайомлення з записом про психічний статус хворого в історії хвороби і зіставлення цих матеріалів з тим, що психолог спостерігає в лабораторії. Це дуже важлива обставина: невідповідність психічного стану хворого по записах лікаря у відділенні його статусові в лабораторії дає психологові іноді вже на початку дослідження підстава припустити симулятивну поведінку або агравацію зі сторони обстежуваного і відповідним чином будувати проведення експерименту. Так, іноді обстежуваний за щоденниковими записами виявляє живий темп психомоторики, а в умовах лабораторії демонструє різке уповільнення сенсомоторных реакцій (дуже часто при симуляції й агравації особливо поганими виявляються результати в пробах, проведення яких супроводжується реєстрацією часу).

Стан хворого грає дуже важливу роль в успішному проведенні дослідження. Перед початком експерименту необхідно переконатися у відсутності яких-небудь інтеркурентних соматичних захворювань. Перешкодою для дослідження є одержання хворим психотропних засобів (слід домовитися про можливість проведення дослідження хворого, що одержав ліки, які впливають на протікання нервових процесів, у тих випадках, коли це передбачено задачею психологічного експерименту). Небажане проведення дослідження після безсонної ночі, фізичної перевтоми, при почутті голоду або, навпаки, безпосередньо після їжі. Повторні дослідження бажано проводити в той же час дня, що і первинні.

Ознайомлення з історією хвороби і станом хворого дозволяє що досліджує уточнити поставлену перед ним клініцистами задачу і намітити попередній план дослідження вибір методик, черговість їх застосування.

Однак дослідженню за допомогою методик звичайно передує бесіда з хворим. Не можна почати з записування паспортних даних і тим самим скласти перше судження про стан у хворого мнестичної функції. Надалі в бесіді уточнюється стан пам'яті (короткочасної і довгострокової), уваги, виявляється стан свідомості. Визначається орієнтування хворого в часі, місці і власній особистості, як добре пам'ятає він дати власного життя і загальновідомі історичні. Ці питання повинні бути задані в ході невимушеної, природної бесіди і ні в якому разі не повинні нагадувати іспит, що визначає психічну повноцінність хворого. Якщо в досліджуваного передбачаються розлади пам'яті, обов'язково треба з'ясувати, як сам він оцінює свою пам'ять. У бесіді виявляється наявність або відсутність свідомості хвороби, позиція хворого до приміщення його в психіатричну лікарню і до факту проведення експериментально-психологічного дослідження. При цьому хворому необхідно роз'яснити бажаність такого дослідження, виходячи з його інтересів - уточнення діагностики, призначення лікування і т.п. Бажано, щоб обстежуваний не посилався на необхідність визначення рівня розумової діяльності обстежуваного. Набагато частіше психічно хворі погоджуються на дослідження пам'яті, уваги, сенсомоторики.

Іноді бесіда патопсихолога з хворим істотно впливає на подальший хід дослідження, додає йому специфічну спрямованість. У бесіді з хворим з'ясовуються й особливості особистості хворого до захворювання, оцінка їм зміни самопочуття і працездатності в процесі хвороби. Визначаються культурний рівень хворого, його освіченість, ерудиція, коло інтересів, потреби.

Виконанню завдання за кожною методикою передує інструкція. На думку P. Fraіsse [16], вона складає частину загального визначення експериментальної ситуації і повинна забезпечувати співробітництво обстежуваного з експериментатором. Тому підготовці її надається дуже важливе значення. Від інструкції багато в чому залежить, як обстежуваний розуміє і виконує завдання. Недбало подана і нечітко оформлена інструкція може з'явитися причиною поганих результатів виконання завдання обстежуваним, котрий або погано зрозумів, що від нього потрібно, або вважає, що експериментатор сам відноситься до ситуації експерименту формально. Тому P. Fraіsse пише про те, що саме інструкція сприяє створенню в обстежуваного визначеної установки, що повинна на всьому протязі експерименту бути як можна більш постійної. Інструкція повинна бути відпрацьованої, по вираженню P. Fraіsse, - "обкачаної", попередньо випробуваної на декількох особах, лаконічної, відповідати розумовим можливостям обстежуваного. Її варто складати так, щоб уникнути можливості суперечливого розуміння. У деяких випадках на початку роботи з методики інструкцію необхідно "підкріпити" одним-двома прикладами. Результати дослідження небажано оцінювати лише як успішні або неуспішні. Якщо хворий не справляється з завданням, необхідно з'ясувати причини цього, тому що іноді в основі невдалого рішення лежать зніяковілість, непевність його у своїх можливостях, недостатньо чітко зрозуміла інструкція. Для оцінки результатів важливо визначити, наскільки ефективної виявляється допомога що досліджує, чи приймається вона досліджуваним або відкидається в силу негативних проявів, або в зв'язку з навмисним його поводженням у ситуації експерименту. Останнє ми умовно позначаємо як "опір інструкції".

Велике значення має реєстрація отриманих даних. Загальна тенденція, що відзначається в останній час, до, технізації лабораторій позначається в тім, що патопсихологи все частіше прибігають до використання у своїй практиці магнітофонів для запису ходу експерименту [12]. Магнітофонний запис виявляється корисної при необхідності досить ретельної реєстрації ходу експерименту, що виявляє в обстежуваного найтонші нюанси мовної патології, і особливо в тих випадках, коли за задумом експерименту що досліджує бажає потім відтворити цей запис для повторного аналізу. Крім того, магнітофонна стрічка є гарним ілюстративним матеріалом. У той же час користування магнітофоном створює і деяких труднощів - приводить до необхідності збереження громіздких фонотек або, щоб уникнути цього, патопсихологу знову приходиться переносити результати з магнітофонного запису на папір. Збереження ж протоколів проведених у лабораторії досліджень зовсім обов'язково. Це диктується необхідністю мати у своєму розпорядженні матеріали попередніх досліджень при повторному надходженні хворого, а також є однією з умов наукової розробки накопичених у лабораторії даних.

Відзначені розуміння свідчать про важливість як можна більш повного і точного запису психологом обставин проведеного досліду. Як писав у свій час A. Bіnet, для проведення експериментально-психологічного дослідження потрібно лише перо, небагато паперу і багато терпіння. Ці слова варто розуміти не тільки як визнання частоти вживання в експериментальній психології так званих "олівцево-паперових" тестів. Тут дотримуються вказівок і на таку невід'ємну умову проведення експерименту, як ретельне протоколювання. До протоколу досвіду заносяться по можливості всі судження обстежуваного, а також слова, що досліджує в процесі експерименту. Іноді, переглядаючи після дослідження протокол, у ньому можна знайти вказівки на своєрідні зміни мислення або особистісної позиції хворого, що пройшли непоміченими під час самого досвіду. Особливо важливо точно реєструвати міркування обстежуваного з приводу рішення запропонованих йому завдань. Мотивація рішення нерідко дає більше матеріалу для висновків, чим одна лише реєстрація рішення. Ведення протоколу важливо і для конкретної ілюстрації висновку що досліджує. Правильне ведення протоколу досвіду дозволяє згодом проводити узагальнення, аналізувати дані досліджень спеціально підібраних груп хворих. В міру нагромадження досвіду експериментальної роботи патопсихолог поліпшує якість своїх записів, виробляючи спеціальні умовні значки і позначки, прибігаючи до скорочень слів і використовуючи специфічні терміни.

Протоколи досліджень краще вести на окремих аркушах, що потім скріплювати. На початку протоколу вказують його номер по реєстраційному журналі, дату, позначають відділення і вказують прізвище й ініціали обстежуваного. У журналі крім цих зведень указують вік хворого, діагноз, а також кратність дослідження. Бажано вести алфавітну книгу по роках, що допоможе при необхідності знайти протокол попереднього дослідження даного хворого. Протоколи краще зберігати в папках у хронологічному порядку. Звичайно експериментально-психологічні дослідження психічно хворих роблять без якої-небудь складної апаратури, що істотно зменшує штучність, що виникає при використанні в лабораторії спеціального устаткування, складних пристроїв, кабін, і наближає дослідження до "природного експерименту". За визначенням А. Ф. Лазурського (1925), природний експеримент - це "спроба сполучити довільне втручання в психічне життя людини (являється характерною ознакою всякого експерименту) з порівняно простій і природну обстановку досвіду".

Підбор експериментальних методик

На озброєнні патопсихологів знаходиться безліч експериментальних методик, за допомогою яких досліджуються особливості психічних процесів. Справа, у тім, що більшість методик, спрямованих на виявлення якісних закономірностей психічної діяльності хворих, доступні статистичній математичній обробці. Використання ж психометричних тестів без якісного аналізу матеріалу, одержуваного з їх допомогою, неправомірно і приводить до помилкових висновків (до цього питання ми повернемося в главі книги, присвяченої психометричним методам дослідження інтелектуальної діяльності) [4].

Досить умовним є і розподіл експериментально-психологічних методик на словесні (вербальні) і предметні (невербальні). Навіть користуючись невербальною методикою психолог, як правило, не обмежується реєстрацією отриманих результатів, а шляхом розпиту намагається з'ясувати в хворого мотиви, якими він керувався, виконуючи завдання, цікавиться міркуваннями хворого з приводу зробленої ним в процесі обстеження роботи. Крім того, варто враховувати, що у виконанні завдань за так званими невербальними методиками незмінно бере участь система процесів внутрішньої мови обстежуваного.

Поділ методик відповідно до їх спрямованості на дослідження тієї або іншої психічної функції також є умовним. Як правило, більшість методик своїми результатами свідчить про стан декількох функцій. Приклад цього – методика піктограм, запропонована спочатку для дослідження опосередкованого запам'ятовування і що використовується патопсилогами для вивчення особливостей мислення психічно хворих. Отримані за допомогою цієї методики дані дозволяють патопсихологу судити і про афективно-особистісні особливості хворого. Більшість експериментально-психологічних методик має відносно широкий діапазон. Не можна обмежено досліджувати тільки пам'ять, тільки увага, тільки мислення. У зв'язку з цим необхідно відзначити, що зроблена нами в цій книзі угруповання методик також є умовною і її використання продиктоване зручністю викладу.

З іншого боку, існують групи експериментально-психологічних методик, що мають загальну спрямованість. Так, особливості плину асоціацій виявляються при дослідженні методиками класифікацій і виключення, в асоціативному експерименті, у піктограмах.

Той самий психічний дефект виявляється при дослідженні різних проявів психічної діяльності обстежуваного - так, емоційне спрощення може виступити при дослідженні настільки різними методиками, як проба на запам'ятовування, піктограми, за допомогою картинок з емоційним підтекстом, при визначенні рівня домагань. Підвищена виснаженість психічних процесів визначається при дослідженні таблицями Шульте, Крепеліна, у коректурній пробі, при утворенні аналогій і т.д.

Зі сказаного випливають два принципи підбору експериментально-психологічних методик. Це, по-перше, сполучення методик, що дозволяють більш повно і всебічно досліджувати які-небудь прояви психічної діяльності. Наприклад, при дослідженні пам'яті вживаються проби на завчання штучних звукопоєднань, слів і асоціативних пар слів, застосовуються методики, що дозволяють судити про короткочасну і довгострокову пам'ять, про безпосереднє й опосередковане запам'ятовування і т.д. По-друге, сполучення близьких по спрямованості методик дозволяє судити про вірогідність, надійність отриманих даних. Дані, одержувані в клініко-психологічному експерименті за допомогою однієї методики, завжди бажано підтвердити результатами, отриманими за допомогою інших методик [4].

При виборі для дослідження тієї або іншої методики варто пам'ятати, що спрямованість її може змінитися навіть при незначному, на зовнішній погляд, видозміні інструкції. Так, Т. І. Тепеніцина (1967) [4], вивчаючи психологічну структуру резонерства, установила, що кількість резонерських суджень, що виявляються в експерименті, збільшується при зміні спрямованості інструкції, при якому акцентується, підсилюється індивідуально-оцінна позиція хворого. При з'ясуванні розуміння змісту прислів'їв і приказок, поряд зі звичайною інструкцією (Як ви розумієте зміст прислів'я?), питання задавався й у трохи іншій формі (Як ви відноситеся до цього прислів'я?). Часто однієї цієї зміни інструкції було достатнє, щоб спровокувати резонерство.

З відомої значної кількості патопсихологічних експериментальних методик у кожнім окремому випадку що досліджує користується обмеженим їх числом. Звичайно для дослідження хворого виявляється досить десять-вісім методик, обраних відповідно до задач дослідження. Для практичного лікаря-психіатра вибір методик дослідження нерідко визначається їхньою простотою, можливістю використання їх безпосередньо у відділенні. Володіння великою кількістю прийомів експериментального дослідження дозволяє більш точно направити досвід, підібрати найбільш адекватні методики, а також одержати при дослідженні більш достовірні результати, тому що дані, одержувані при використанні різних методик, будуть більш усебічно характеризувати особливості психічної діяльності обстежуваного й у ряді випадків підтверджувати один одного.

У виборі методик експериментально-психологічного дослідження можуть відігравати істотну роль наступні обставини.

1. Ціль дослідження (диференціальна діагностика, у залежності від передбачуваних захворювань, визначення глибини психічного дефекту, вивчення ефективності терапії). Так, припускаючи шизофренічний процес необхідно використовувати одні методики, а при дослідженні хворого епілепсією для встановлення ступеня виразності інтелектуально-мнестичних розладів - інші. Для багаторазових досліджень у ході лікування обираються методики однакової кількості рівних по труднощам варіантів завдань.

2. Утворення хворого і його життєвий досвід. Наприклад, піддослідному з початковим утворенням не слід давати завдання за методикою утворення складних аналогій.

3. Іноді істотну роль відіграють особливості контакту про хворим. Так, нерідко приходиться досліджувати хворих з порушенням діяльності слухового або зорового аналізатора. Відповідно при глухоті максимально використовуються завдання на зорове сприйняття. Навіть у пробі на запам'ятовування слова випробуваному не зачитують, а пропонують у письмовому виді. При поганому зорі, навпаки, усі методики варіюються для слухового сприйняття.

У процесі дослідження методики звичайно розташовують по зростаючій складності - від більш простих до складного. Виключення складає дослідження випробуваних, від яких очікують агравації або симуляції. У цих випадках іноді більш важкі завдання виконуються правильно, а наступні за ними відносно більш прості вирішуються нарочито невірно. Ця ж особливість характерна і для станів псевдодеменції, коли успішно виконуються більш складні завдання і безглуздо - елементарно прості (А. М. Шуберт, 1957) [4].

Більшість експериментально-психологічних методик відрізняється простотою, для проведення дослідження з їхньою допомогою необхідно лише заготовити окремі таблиці, малюнки. Роботу патопсихолога полегшує наявність у лабораторії видрукуваних типографським способом таблиць, бланків. Патопсихолог повинен мати у своєму розпорядженні відомим "асортимент" методик, підбор яких необхідно продумати. Наприклад, не можна обмежитися таблицями лише для словесного або предметного варіантів методики виключення, кожний з цих варіантів має свої переваги при визначеній постановці досвіду, а іноді бажане використання обох. Методика не може застосовуватися для дослідження хворого до того, як експериментатор не опанував у достатній мері прийомами її проведення. Виготовлення деяких таблиць для дослідження вимагає "відпрацьовування норми" по них. Так, не можна досліджувати приготовленими у своїй лабораторії таблицями Шульте [4], керуючись показниками норми, почерпнутими з досліджень, що проводилися в інших лабораторіях, і за допомогою таблиць, що можливо відрізнялися розміром і яскравістю цифр, іншою їхньою освітленістю.

Особливої розробки вимагає введення в роботу лабораторій оригінальних модифікацій уже відомих методик. У цих випадках слід уточнити не тільки теоретичну можливість застосування даної методики, але й апробувати неї на статистично достовірній групі обстежуваних для підтвердження обґрунтованості припущення про спрямованість цієї методики на вивчення тих або інших психічних процесів і надійності одержуваних з її допомогою результатів.

Аналіз отриманих даних і винесення висновку

Важливим нерідко дуже важким являється заключний етап дослідження - аналіз отриманих в експерименті фактів, їхнє узагальнення і підготовка висновку, що повинне відбивати якісні особливості плину психічних процесів в обстежуваного. При цьому не стільки важлива характеристика отриманих про допомогу окремих методик даних, скільки уміння узагальнити них, виділивши в такий спосіб основні порушення психічної діяльності. Висновок завжди повинний бути відповіддю на питання, що був поставлений клініцистами перед патопсихологом.

М. С. Роговин (1969) [4] пише про те, що результати патопсихологічного експерименту мають відоме самостійне значення, але він надає особливого значення їх клінічної кваліфікації. Зокрема, М. С. Роговин виділяє в проведенні патопсихологічного експерименту три етапи, що представляють послідовну інтеграцію психологічних даних у клінічний висновок. Перший етап полягає в пред'явленні будь-якому хворому будь-якої психологічної проби. Цим створюється власне експериментальна ситуація. Це, по суті, орієнтований етап дослідження. Що досліджує одержує на ньому характеристику ряду загальних даних щодо темпу, обсягу і переключеності психічних процесів. На цьому етапі дослідження патопсихолог переходить до пошуку таких психологічних проб, у виконанні яких повинна з найбільшою імовірністю проявитися психологічна структура порушення. Таким чином, що тут досліджує прагне знайти найбільше нозологічно специфічні (у залежності від сформульованої клінічної задачі) методики експериментального дослідження. Оскільки жоден, узятий ізольовано, психологічний метод сам по собі не має вирішального діагностичного значення, настає третій етап дослідження, який полягає за М. С. Роговину, у зіставленні з результатами інших психологічних проб. На думку М. С. Роговина, власне нозологічна кваліфікація отриманих в експерименті даних уже виходить за рамки роботи патопсихолога і здійснюється шляхом зіставлення виявленої в експерименті структури психічного дефекту з клінічною картиною захворювання.

Форма висновку не може бути єдиної. Зовсім справедливо С. Я. Рубінштейн (1970) [4] пише, що, так само як саме дослідження не може бути стандартним, не може бути і стандарту в складанні висновку. Значною мірою характер висновку залежить і від індивідуальних властивостей патопсихолога і від його робочого навантаження. Цими факторами, наприклад, визначається лаконічність або докладність висновку. Висновок не повинний бути повторенням, навіть стиснутим, протоколу обстеження.

У ряді випадків важливо коротко охарактеризувати психічний стан обстежуваного, пропоновані їм скарги. Це особливо важливо, коли психічний стан хворого в лабораторії відрізняється від описуваного лікуючим лікарем у відділенні, або при виявленні відомого контрасту між самопочуттям хворого і результатами дослідження. Приклад обстежуваний пред'являє скарги астенічного характеру, але в експерименті не виявляється відповідних їм проявів виснаженості, характерного ослаблення пам'яті, активної уваги. Реєстрація психічного стану обстежуваного важлива й у тих випадках, коли цим можна пояснити характер отриманих результатів.

У висновку відзначаються особливості поводження хворого, обумовлені ситуацією експерименту, його відношення до факту обстеження. Обов'язково реєструється наявність компонентів так називаного настановного поводження (воно не завжди є ознакою симуляції або агравації і спостерігається в рамках психогенних станів, особливо при наявності істеричної симптоматики). Настановне поводження часте ставить під питання вірогідність деяких отриманих при дослідженні результатів, так, наприклад, враження про інтелектуальну недостатність у цих випадках вимагає серйозних доказів, прямих і опосередкованих. Зокрема, нерідко при настановній поведінці обстежуваних (особливо коли дослідження проводиться з метою судово-психіатричної експертизи) ми поряд з відповідями, що як би свідчать про зниження рівня узагальнення, за допомогою застосування рівнобіжних по спрямованості методик одержували досить диференційовані вирішення завдань. Однак для виявлення в експерименті такої "нерівномірності рівня досягнень" дослідження повинне проводитися за допомогою великої кількості методик, розташовуваних, як це уже вказувалося, не по ступені наростання труднощі експериментальних завдань, що утримуються в них. Крім того, у цих випадках необхідно проводити дослідження повторно й іноді з інтервалами в кілька днів [16].

У висновку не можна обмежуватися переліком методик, що застосовувалися в процесі дослідження, і реєстрацією факту виконання або невиконання обстежуваним запропонованих йому завдань. На основі аналізу даних експерименту необхідно виділити ведучі патопсихологічні особливості, аналогічно тому, як психіатр на одному з етапів лікарського мислення вичленяє у клінічній картині захворювання домінуючий синдром. І патопсихолог шукає в структурі психічного дефекту обстежуваного свого роду патопсихологічний "синдром". У більшості випадків при дослідженні психічно хворих на перший план виступають розладу мислення, в оцінці яких звертається увага на характеристику процесів узагальнення і відволікання, логічного ладу мислення, його цілеспрямованості і критичності. У зв'язку з цим варто підкреслити величезне значення запропонованої Б. В. Зейгарник (1958, 1969, 1973) [16] систематики розладів мислення в патопсихологічному аспекті.

Визначення, що обстежує в результаті досліду одного з зазначених видів розладів мислення у висновку повинен бути досить аргументовано експериментальними даними. Указуються виявлені при дослідженні особливості пам'яті, уваги обстежуваного, темп його сенсомоторних реакцій, відсутність або наявність ознак підвищеної виснаженості в нього психічних процесів, характер емоційно-особистісних проявів. Іноді неменшу роль може грати констатація патопсихологом відсутності в обстежуваного тих або інших психічних розладів. Наприклад, при диференціальній діагностиці між неврозом і неврозоподібним протіканням шизофренії або між психопатією і шизофренією з психопатоподібними проявами представляється важливим та обставина, що в експерименті не виявляються характерні для шизофренії порушення мислення й афективно-особистісних змін. Усе це в цілому створює більш або менш повну картину структури особливостей психічному діяльності обстежуваного, правильна кваліфікація якої полегшує позначку у висновку діагностичних припущенні, що не повинні бути категоричними, тому що психологічний експеримент є допоміжним у клінічному дослідженні психічно хворого дані патопсихологічного дослідження істотно доповнюють характеристику психічного статусу хворого, служать ґрунтом для заглибленого клінічного аналізу.

Характер висновку залежить і від поставленої перед дослідником задачі. Так, при повторюваних у процесі лікування хворого дослідженнях основна увага приділяється порівнянню результатів, що виявляються. Наприклад, досліджуючи повторно хворого із соматогенною астенією, ми звертаємо особливу увагу на зміну виразності в нього в міру лікування явищ підвищеної виснаженості. Інша задача ставиться перед патопсихологом судово-психіатричною експертизою. Наприклад, у випробуваного клінічно діагностується олігофренія, але потрібно не тільки зафіксувати в це в експерименті недостатність рівня узагальнення, але і ступінь виразності інтелектуального дефекту. Останнє іноді украй важко визначити, керуючись лише клінічними ознаками, а для експертного рішення точне встановлення рівня недостатності процесу узагальнення грає дуже важливу роль. Відповіді на ці питання і повинне містити висновок.

# РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН МИСЛЕННЯ ПРИ НЕВРАСТЕНІЇ

## 3.1 Психологічні характеристики хворих на неврастенію

Кількість осіб, що взяла участь у дослідженні складала 10 чоловік, серед яких 5 – жіночої статі та 5 чоловічої.

В дослідження приймали участь хворі, які мають різні рівні прояву неврастенії. Кожна наступна методика проводилась в усіх групах з інтервалом у 10 днів.

Дослідження проводилося в Чернігівській психоневрологічній лікарні.

Дослідження проводилось в період з 15 жовтня 2007 по 31 листопада 2007 року. Воно проводилось анонімно, кожному з опитаних присвоювався порядковий номер від 1-го до 10-го. Таким чином забезпечувалась анонімність. Кожен з опитаних учнів заповнював бланк добровільно та самостійно.

Усього було досліджено 10 хворих. З них 5 хворих були без гострої психопатологічної симптоматики, без грубого емоційного й інтелектуального дефекту, а також без виражених порушень мислення. Усі хворі відрізнялися порівняльною психічною схоронністю і викликали значні труднощі при постановці діагнозу і рішенні експертних питань.

Хворий Н. неврастенією усвідомлює свою "нервову слабість": у нього з'являються непевність у собі, почуття внутрішньої напруженості і тривоги. Іноді такі люди скаржаться на "погану пам'ять", однак при перевірці це не виявляється. Справа в тому, що напруга уваги, необхідна для спогаду, стає для них важкою, тяжкою. Ослаблення уваги веде до неуважності, що у свою чергу сприяє поганому запам'ятовуванню. Хворі неврастенією звичайно не витримують тривалої напруги. Для їх діяльності характерно вдале інтенсивне "початок" і швидке падіння продуктивності в роботі.

На фоні зазначених проявів "нервової слабості", особливо при стомленні, виникають приступи гнівних спалахів, що є самим яскравим, найбільш помітним для навколишнім вираженням неврастенії. Афективні спалахи звичайно нетривалі, але їхня інтенсивність і частота можуть поступово наростати. В обстановці, коли спалах роздратування може особливо сильно зашкодити хворому, наприклад при розмові зі своїм начальником на роботі, він може стримуватися. Однак при спілкуванні з людьми, якоюсь мірою від нього залежними (вдома або на роботі зі своїми підлеглими), він як би "розряджає" внутрішнє невдоволення, що нагромадилося, і напруга: починає кричати, грубити, не слухає пояснень, у гніві іноді може вдарити. Зупинити в цей момент приступ порушення дуже важко, але, як правило, він швидко завершується повним безсиллям - і фізичним, і моральним.

Хворого ж опановує безліч думок, пов'язаних з його роботою, із взаєминами з навколишніми. Сон у нього недостатньо глибокий, турбують тривожні сновидіння, йому не хочеться вставати, він відчуває в'ялість, погано себе почуває, протягом дня сонливість заважає нормально працювати. Однак до вечора стан вирівнюється, з'являється навіть бадьорість, і знову до глибокої ночі людин не може заснути. Такий ритм сну пояснюється тим, що загальмований стан мозку після нічного сну довго не розсіюється, так само як і виникле порушення (у результаті роботи, виконуваної "через силу") зберігається набагато довше, ніж у здорової людини.

Майже постійним супутником неврастенії є головний біль. Поряд з цим пацієнт відзначає неприємні відчуття у внутрішніх органах, насамперед у серце, а також у шлунку, кишечнику, печінці і т.д. Вважається, що в цих випадках інтерорецептивні роздратування, що надходять із внутрішніх органів у кору головного мозку, не "загальмовуються" належним образом і викликають стан дискомфорту.

Бадьора, весела, життєрадісна людина, занедужуючи неврастенією, стає сумовитим, нетовариським, недовірливим, у нього з'являється втомлена, розслаблена хода. Хвилювання і пригніченість викликають серцебиття, частий пульс, супроводжувані тремтінням, рясним пітливістю, запамороченням; можуть спостерігатися приступи ядухи, прискорене або утруднений подих; запор, зниження апетиту, нерідко прискорене сечовипускання. Часто неврастенія супроводжується різними порушеннями полової функції, що через помисливість хворих викликають у них сильну тривогу і ще більш погіршують загальний стан.

Основна причина розвитку неврастенії - перевтома в результаті непосильної роботи, тривалої розумової напруги, нездорових, "невисловлених" відносин між рідними і близькими. Усе це постійно "давить" на людину і викликає в нього невротичні порушення.

Змушена бездіяльність, що спостерігається, зокрема, при ряді експериментальних і тренувальних занять, також викликає невротичні реакції. Ці спостереження повною мірою підтверджують точку зору про те, що неврастенічні розлади можуть бути викликані як надто сильним подразником, так і відсутністю роздратування.

З фізіологічної точки зору прийнято вважати, що неврастенія визначається слабістю процесів внутрішнього гальмування або ж ослабленням дратівливого процесу в центральній нервовій системі. Захворювання може виникнути в людей з різним типом нервової діяльності, частіше при слабкому типі, рідше при сильному. Протікає хвороба нерівно, періодично настає ремісія або погіршення в залежності від зовнішніх умов або соматичних захворювань.

Хворий Д. почуває себе як після важкої фізичної роботи або після важкого захворювання, скаржиться на м'язові болі, особливо в поперековій області (підвищена напруга цих м'язів), на серцебиття, болі в животі, розлад статевої сфери.

Головні болі виявляються у вигляді стискаючого обруча (неврастенічний шолом), відзначається відчуття тиску усередині голови, сумбур у голові.

Хворий відзначає труднощі концентрації уваги і запам'ятовування, які є проявом психічної утоми. З ранку характерне почуття утоми, до вечора - пожвавлення. Хворий погано засинає, бачить кошмарні, поверхневі сни. Відчувають дратівливість, злість, почуття вичерпаності, "вулканічні" виверження гніву.

Для хворого неврастенії характерні поспіх і нудьга. Хворий хоче "перейти в інший світі", залишити в минулому дійсність, бігти від неї або зруйнувати.

Хворий В. Він скаржиться насамперед на швидку стомлюваність - фізичну, а головним чином розумову. Від якої-небудь дріб'язкової роботи в будинку він зараз же утомлюється. Пройти пішки не особливо велику відстань зі служби йому уже важко: він утомиться, і потрібно сісти на якийсь час, щоб "віддихатися". Він легко утомлюється і від своєї професійної роботи і узагалі від усякої розумової праці, і тому всяка справа в нього тягнеться повільно. Пам'ять погана, він забуває, куди що поклав, що хотів зробити, що тільки що прочитав. Увага також погана - небагато читає, і думки летять кудись далеко; він спохватиться і бачить, що без кінця сидить над однією і тією же сторінкою. Колишнього інтересу до роботи немає, і його вже ніщо не цікавить. Він став дратівливим: від будь-якої дріб’язкової зміни може оскаженіти, наговорити поганих слів, а потім відразу остигає і болісно переживає свій спалах. Від усього він хвилюється, від будь-якої дрібниці роздратовується і довго не може заспокоїтися. Настрій завжди пригнічений, усім незадоволений. Потім скаржиться на розлади у фізичній сфері, масу всіляких болючих відчуттів, і багато всього іншого. Так багато, що і сам хворий постійно виймає з кишені якісь папірці з записами, і знову починає свою нескінченну розповідь.

Хвора М., вважає себе хворою із січня 1993 року. Захворюванню передували тривалі переживання, пов'язані з "невдалим заміжжям", перенесеним сифілісом, розлученням, переживаннями на роботі і напруженій роботі. Захворювання розвивалося поступово. З'явилися головні болі, дратівливість, сверблячка і біль у вухах. Звернулася до отоларинголога, що діагностував "простудне захворювання ушей" і призначив відповідне лікування. Незважаючи на проведене лікування, біль у вухах продовжував наростати, "здавалося, що у вухах відкрилися виразки", різко підсилилася дратівливість, погіршився сон. Звернулася до районного лікаря, що після ретельного огляду якось "пильно" подивився на хвору і довго мовчав, "не вимовляючи ні слова". "У голові" швидше блискавки мигнула думка, що повернулася стара хвороба (сифіліс), охопило почуття страху. З тих пір ці думки не залишали хвору. Підсилилася дратівливість, перестала спати вночі, знизився настрій, підсилилися головні болі, з'явилася безліч неприємних відчуттів у голові. Звернулася до лікарів шкірно-венерологічного диспансеру; була госпіталізована для обстеження. Всі аналізи на виявлення сифілісу виявилися негативними, але, незважаючи на це, думки про сифіліс не залишали хвору. Плин їх носив хвилеподібний характер: вони то загасали, то загострювалися. Їх загострення було обумовлено погіршенням фізичного стану здоров'я. Незабаром почало здаватися, що в неї з'являються дивні манери в поводженні, і вирішила, що божеволіє Звернулася до психіатра і була направлена в лікарню.

Психічний стан: свідомість ясна, орієнтування усіх видів збережені. Поводження у відділенні формально правильне. Читає художню літературу, мало товариська. Скаржиться на головні болі ниючого характеру, підвищену дратівливість, нав'язливі думки про сифіліс. Фіксована постійно на неприємних відчуттях у голові. Боїться по вечорах закривати очі, тому що боїться, що при цьому може збожеволіти. Критично оцінює свій стан, тяготиться своїм самопочуттям. Настрій знижений. Емоційно нестійка, дратівлива, часом плаксива. Не вірить у своє видужання. Погано спить вночі. Апетит знижений.

Хвора Т., тривалий час відзначалася загальна слабість, знизився апетит, втратила у вазі, з'явилася дратівливість, знизився настрій, погіршився сон, продовжувала працювати на виробництві. Сильно утомлювалася. Один раз, 13 травня 2003 року, після чергового підйому ваги відчула, що в животі "начебто, щось обірвалося". Охопило почуття страху смерті. Такий стан продовжувався біля години. Потім трохи заспокоїлася і продовжила свою роботу. Через 2 тижні аналогічний стан повторився. Перестала спати вночі, підсилилася дратівливість, відновився страх смерті. Звернулася в лікарню, де лікар сказав хворій, що в неї "серце не в порядку". Почала хвилюватися за своє серце, підсилився страх смерті. Він став постійним. Пішла у відпустку, але стан залишався поганим. Почало "кидати в жар", "тіло німіло", настрій знизився, гірше стала їсти, підсилилася дратівливість, погано стала спати вночі. У такому стані була спрямована у відділення неврозів.

Психічний стан: свідомість ясна. Орієнтована в часі і просторі. Поводження у відділенні правильне. В міру товариська, читає художню літературу. Скаржиться на нав'язливі думки про смерті, супроводжувані почуттям страху. Увесь час фіксує свою увагу на неприємних відчуттях в області серця, животі, на відчуттях пробігання струму по всьому тілу. Відноситься критично до свого стану. Просить позбавити її від почуття страху і неприємних відчуттів у тілі.

Емоційно нестійка, дратівлива. Настрій знижений, по екзогенному типі, багато плаче.

Хвора А., скаржиться на наявність безлічі нав'язливих думок і дій, з якими веде боротьбу до знемоги. "В усьому стала сумніватися". Настрій знижений; постійно і болісно задумується над своїм "положенням у житті". Безперервно зі свого одягу щось струшує. Після ранкового туалету повертається по кілька разів у ванну, перевіряє, чи не забула що-небудь там. Постійно аналізує свої вчинки, чи правильно зробила, чи правильно сказала, чи правильно відповіла, і т.д. Критично оцінює свій стан, просить допомогти їй звільнитися від нав`язливостей. Розладів інтелектуальної діяльності не виявляє. Емоційно нестійка, дратівлива. Настрій коливається від легкого зниження до вираженої депресії. Мислення трохи уповільнене, мова монотонна, доповнюється виразною жестикуляцією. Поводження у відділенні правильне. В міру товариська, бере участь у настільних іграх, читає художню літературу, але завжди трохи напружена у зв'язку з тим, що намагається, сховати від оточуючих свої хворобливі переживання.

Хвора Л., свідомість ясна. Орієнтування усіх видів збережені, розладів сприйняття не виявляє. Велику частину часу проводить у ліжку, нетовариська. Постійно скаржиться на почуття бридливості; багаторазово перед їжею намилює руки; миє їх до 30 - 40 разів. "Увесь час здається, що руки недостатньо чисті". Спроба стримати себе від багаторазового миття рук супроводжується посиленням загальної напруги, погіршенням настрою, плаксивістю. Від хворих, до яких відчуває почуття бридливості, намагається триматися на відстані. Нікому не дозволяє доторкатися до її ліжка, до її одягу. Після того, як хто-небудь доторкнувся до її ліжка, просить поміняти білизну, приймає душ кілька разів у день. Перед прийомом їжі багаторазово намилює руки і довго їх миє. Критично оцінює свій стан. Просить допомогти їй, позбавитись від страждань. Емоційно нестійка, дратівлива. Настрій подавлений. Не вірить у видужання. Постійно аналізує свій стан.

Хвора К., не може контролювати свої емоції, володіти своїми почуттями, не може перебороти своє почуття невдоволення усім, що її оточує, іншими людьми і самою собою, і від цього сама страждає, розуміючи, що змінилася. Нестримана по дрібницях, по незначному приводі може сильно розбудуватися, образитися і розплакатися. У неї існує постійна готовність відповісти реакцією образи і роздратування з незначного приводу.

Настрій найчастіше знижений і нестійкий - пригніченість змінюється слізливістю. Відчуває постійне невдоволення собою, самопочуття і настрій постійний коливаються в залежності від зовнішніх причин. Періодично виникає туга, відчуває безвихідність, нездатність що-небудь змінити.

Гірше всього настрій і самопочуття по ранках. Через якийсь час, наприклад, прийшовши у свій професійний колектив, жінка, трохи "розвіюється", але в процесі самої роботи знову наростає стомлення, і всі прояви хвороби знову повертаються.

Якщо раніш вона була товариською, мала багато друзів, то тепер усе їй швидко набридає, стомлює і дратує. Вона може зірватися і накричати на своїх друзів, а вони не розуміють, що з нею відбувається, і можуть виникнути конфлікти.

Жінка відчуває постійне почуття утоми. Вона відчуває ускладнення в інтелектуальній діяльності, стає розсіяною, не може зосередитися і сконцентрувати свою увагу, не може думати, погано засвоює новий матеріал у процесі роботи, не може відтворити прочитаного, погано запам'ятовує, особливо поняття, цифри, дати, імена, номери телефонів.

Хвора неврастенією часто втрачає хід думки, не може згадати те, про що тільки що говорила. Почавши роботу, через кілька хвилин вона ловить себе на думці, що думає зовсім про іншому.

Різко погіршується працездатність. Проте, жінка намагається виконувати свої обов'язки. Але при спробі змусити себе працювати підсилюється слабість, почуття розбитості, головний біль, дратівливість, невдоволення собою і всіма навколо. Усе це ще більше гнітить хвору. Але знаючи, що роботу необхідно закінчити, вона зі всіх сил намагається зробити її, намагається надолужити упущене, часом береться відразу за кілька справ, але продуктивність її діяльності значно знижена, і жодної справи вона не може довести до кінця через відстороненість і виснаженість. Ці невдачі ще більше розбудовують хвору, погіршується самопочуття і настрій, і вона починає вважати себе цілком неспроможною.

Хвора В., може якось стримуватися на роботі, намагаючись не виявляти роздратування у своєму професійному колективі, але додому приходить зовсім змученою, спустошеною, нічим не може займатися, але якщо необхідно виконувати домашні обов'язки, то це її ще більше стомлює, і вона може зірватися на членах своєї родини - чоловіку, дітях, батьках, а після такого спалаху сама починає плакати і просити в них вибачення.

Хворий М., стає млявим, до всьому байдужним, безвладним, нічого не може робити, усе валиться в нього з рук. Хворий не тільки не може працювати, але навіть не хоче розважатися, йому усе байдуже.

Дуже сильно порушується сон. Хворий довго лежать і не може заснути, його дратують будь-які звуки, але й у тиші не може заснути. Сон поверхневий, із тривожними сновидіннями. При найменшому шумі або через неприємні сновидіння хворий часто просипаються серед ночі.

Одним з частих симптомів неврастенії є відсутність почуття відпочинку після сну. Ранком хворий встає млявим, відчувають розбитість, почуття утоми, сон не відновлює його сили.

Спостерігається постійний або періодичний головний біль, він має здавлюючий, стягуючий характер, хворий скаржиться, що голову стягує, як обручем, і тому психіатри називають її "каскою неврастеніка".

Головний біль підсилюється при хвилюванні, при спробі зосередитися і продовжити роботу. Іноді головний біль має пульсуючий характер. Може бути шум у вухах, що збігається з пульсацією в голові.

З'являється підвищена чутливість до всіх зовнішніх подразників. Хворого дратує яскраве світло, з'являється різь в очах і неприємні відчуття, підсилюється головний біль. Шум і голосні голоси теж дратують, хоча раніш це не турбувало.

Хворий погано переносить зміни погоди, перепад температури. У жару в нього підсилюється пітливість, у холодну погоду він відчувають мерзлякуватість, холодіють руки і ноги, він кутаються в теплий одяг, але він його не зігріває.

Дратують і дотику до шкіри - білизна й одяг здаються йому грубими, викликають неприємні відчуття, він не носять синтетичний одяг, тому що в ньому він сильно пітніє, не любить і вовняний, тому що вона колеться і дряпає шкіру.

У хворого знижується або пропадає апетит. Іноді може виникати гостре почуття голоду, але після спроби поїсти апетит зникає і може навіть виникати відраза до їжі. Разом з тим з'являються почуття важкості в області шлунку, відрижка, печія, здуття живота і підвищене відхождення газів, гурчання в животі і запори.

Хвора Г., схильна до аналізу своїх відчуттів, з тривогою прислухається до "роботи серця", кишечнику, і інших внутрішніх органів, починає думати, що в неї якесь незрозуміле серйозне захворювання, постійно скаржаться на здоров'я, погане самопочуття, неприємні відчуття, знаходить у себе ознаки то одного, то іншого небезпечного захворювання (рак, стенокардія та інше) і це ще більше погіршує її загальний стан.

## 3.2 Обґрунтування методів та методик дослідження

Мислення хворих на неврастенією досліджували за допомогою методу піктограм, спостереження, бесіди.

Як відомо, експериментальна методика піктограм спрямована на дослідження опосередкованого запам'ятовування. Цей метод заснований на положеннях вітчизняної психологічної теорії (Л.С. Виготський, А.Р. Лурія, А.Н. Леонтьев) про опосередкований характер психічних актів людини. Сама ж методика піктограм запропонована вперше А.Р. Лурією, вона широко застосовується у вітчизняній психіатрії і застосовується до сьогодні.

Уперше Г.В. Біренбаум використовувала неї для аналізу мислення хворих. Надзвичайно цінні дані її дослідження перетворилися тепер у бібліографічну рідкість. Однак сама методика широко застосовується в патопсихології саме для дослідження мислення (Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн і ін.).

Теоретична задача дослідження полягала в спробі піддати психологічному аналізу ті особливості мислення, що у психіатрії позначаються як "примхливість", а іноді навіть як "розірваність" асоціацій.

Нашою задачею в даній роботі було дослідження мислення хворих за допомогою методу піктограм. Особливість нашої роботи полягала в ретельному аналізі змісту самих виборів образів для запам'ятовування. У зв'язку з цим зазначена методика, що не мінялася по своїй істоті, була трохи доповнена докладними розпитами хворих про те, якої шляхом і чим саме зроблений вибір допоможе при відтворенні заданого слова і вираження. Ми намагалися розкрити причину виникнення того або іншого виду вибору.

Методика „Закономірності числового ряду”

Методика оцінює логічний аспект мислення. Обстежувані повинні знайти закономірності побудови 8 числових рядів і написати відсутні числа. Час виконання - 5 хв.

Методика "Кількісні відносини"

Призначається для оцінки логічного мислення. Обстежуваним пропонуються для рішення 18 логічних задач. Кожна з них містить 2 логічні посилки, у яких букви знаходяться в якихось чисельних взаємозв`язках між собою. Спираючись на пред'явлені логічні посилки, треба вирішити, у якому співвідношенні знаходяться між собою букви, що стоять під рисою. Час рішення 5 хв.

## 3.3 Порівняльний аналіз отриманих даних

Серед отриманих видів виборів було відзначено адекватних по змісту 37%, неадекватних - 62%. Критерій розподілу обираних хворими образів на адекватні і неадекватні не міг, зрозуміло, бути суб'єктивним. Не було, однак, переконливих формальних основ для такого розподілу. Підсумовуючи матеріал, можна було відзначити, що відстрочене відтворення 10 слів було доступніше хворим шизофренією, чим відстрочене на такий же інтервал часу відтворення піктограм. Але критерій відтворення для оцінки адекватності кожного окремого образа не був придатний, тому що всі досліджені хворі були молоді і відтворювали часто механічно (навіть такі слова, що пропускали, зовсім нічим не оперували або оперували безглуздо). Можна було б настільки ж сумарно відзначити, що на відміну від деякої стандартності виборів у здорових ("дружба - рукостискання", "хвороба - ліжко" і т.д.) вибори психічно хворих, особливо хворих неврастенією, були нестандартними, своєрідними (аналогічно нестандартності ознак порівняння в роботі Т.К. Мелешко).

Нам, однак, здавалося більш доречного і продуктивним, відправляючись від узагальнення фактичного матеріалу, виявити типологію і піддати аналізу усі вибори. Доказом неадекватності стає при такому підході сам психологічний аналіз обраних образів. Приведемо приклади найбільш неадекватних, майже непояснених образів.

При запам'ятовуванні виразу "важка робота" хворий малює Ісуса Христа, пояснюючи так: "Навколо голови сяйво, він сіяє від щастя... не роби зла ближньому. Одухотворена особа. Ісус Христос виконує свою функцію".

До слова "справедливість" малює курку: "Якщо я в житті украв курку, то мене запитують і я говорю: так, я украв курку".

Видно, що образи, що хворі придумували для запам'ятовування пропонованих понять, були дуже далекими від змісту заданого поняття. І як не дивно, але подібні види виборів відзначалися в хворих з формально збереженими операціями аналізу, синтезу, відволікання, абстрагування; у піктограмі таких хворих нерідко зустрічалися також адекватні по змісту вибори. Аналізові піддати ці зв'язки надзвичайно важко. "Віддалені" образи можна лише трактувати як "розірваність", "вичурність", "примхливість" і т.п. Це широко розповсюджені в психіатрії характеристики мислення при шизофренії. Але, як відзначає Ю.Ф. Поляків, "такі поняття являють собою лише образні характеристики того, як ми сприймаємо прояви порушень", тому теоретична задача полягала в спробі психологічного аналізу особливості мислення, аналізу цих вигадливих виборів.

У зв'язку з виниклими труднощами в поясненні настільки "віддалених" зв'язків ми вирішили спробувати побудувати психологічний аналіз виборів на більш доступних, менш вигадливих видах зв'язків, сподіваючись, що результати їхнього аналізу допоможуть розібратися в причинах виникнення й у характері структури "віддалених" зв'язків.

1. Аналіз вибірки за об'єктами

Вихолощені (9%). До них ми віднесли порожні, беззмістовні, схематичні зв'язки. Схематизація доходить іноді в малюнках до повної абсурдності. Піддослідні роблять настільки схожі малюнки, що їх стає неможливо диференціювати. Іноді створюють не малюнки, а порожні схеми. Малюнок настільки втрачає границю умовності, що в ньому, власне кажучи, нічого не залишається від потрібного слова. У таких хворих уся потрібна умовність для даного завдання відсутній. Ми приведемо кілька таких видів виборів.

Хвора Б., 1967 р. народження, утворення середнє. При запам'ятовуванні слова "справедливість" ставить двох крапок: "Сказане - зроблено. Якщо багато крапок, то це без закінчення".

Хворий А., 1961 р. народження, утворення середнє. Для того щоб запам'ятати слово "справедливість", малює коло: "Справедливість асоціюється в мене чомусь з навкруги. Коло - це начебто без усяких кутів".

Псевдоабстрактність. Підвидом зазначених типів виборів є псевдоабстрактні, тобто такі, у яких засобом запам'ятовування служили не порожні значки, крапки, лінії, а абстрактні фігури. Ці фігури також несли символічне навантаження.

Хворий Д., 1960 р. народження. "Розлука" - малює брусок: "Брусок потягнули, він і порвався, не витримав навантаження, адже розлука виходить не від людей, що розлучаються, а від якихось зовнішніх умов, факторів. Було єдине ціле, єдине тіло, а утворилося два, розлучаються дві сусідні частини того самого тіла".

Хворий В., 1970 р. народження. "Сумнів" - малює безформний предмет: "Щось безформне, невизначений предмет... сумнів - це теж невизначеність".

Предметність малюнка для пригадування не була витримана, вибори були Надмірно широкими і зовсім не відбивали реального змісту слова.

З прикладів, приведених вище, видно, що хворі опосередковують процес запам'ятовування неадекватно, тобто вибирали такі образи для запам'ятовування, що уже самі по собі не мали ніякого змісту, не несли ніякої інформації, яка б допомогла при відтворенні. Змістовність тут цілком була відсутня, хворий оперував безглуздими символами. Тут слід зазначити, що абстрактні знаки і символи нерідко зустрічаються в піктограмах психічно здорових людей, але там вони змістовні. Тут справа йде про явище, що істотно відрізняється від того, котре позначається словом ("символ") у застосуванні до психіки здорової людини. Для останній символ є умовна позначка якого-небудь поняття або відносини за допомогою визначеного конкретного знання ("серце - любов", "якір - надія", "спіраль - розвиток"). Психічно здорова людина чітко розмежовує буквальне значення від переносного, конкретне від відверненого, тому він, уживаючи символ, завжди усвідомлює відносний і умовний характер зв'язку між позначенням і що позначається.

Вибори по співзвуччю (2%) також випливало віднести до формального. У даному випадку хворі при виборі образа, що допомагає запам'ятати, керувалися звуковим складом слова і вибирали такий малюнок, у назву якого входив той же самий склад, що й у задане слово. Приведемо приклади.

Хворий Р., 1975 р. народження. Щоб було легше запам'ятати слово "обман", малює ложку: "Це неправда, можна обдурити один одного, брехати. Це теж обман. Обман - це неправда, неправда схожа на ложку".

Хворий Н., 1962 р. народження, утворення середнє. Для запам'ятовування вираження "хлопчик - боягуз", малює хлопчика в трусах:

"Хлопчик у трусах, саме труси, спеціальною темною лінією обвів, щоб вони залучали мою пам'ять і навмисне не намалював ніг, на трусах букву Т".

Аналіз приведених засобів запам'ятовування показує, що хворі при виборі образів керувалися складом слова, початковими буквами, зовнішніми враженнями.

Тут також порушені конкретні зв'язки, слова не з'єднані між собою значеннєвим образом, залишається порожня форма слова, зв'язок між ними утвориться "на основі зовнішніх, чисто звукових моментів". Це було описано Б.В. Зейгарник.

Конкретні вибори із символічним поясненням (6%). При утворенні зазначених видів виборів хворі оперували вже не порожніми символами або абстрактними фігурами, а конкретними образами. Однак ці образи не відбивали змістовну сторону заданого поняття, а також несли на собі символічне навантаження. Приведемо приклади.

Розлука - пісковий годинник. "Пісковий годинник - символ часу і розлуки, тому що пісок - це живе, має властивість пересування, а символ розлуки, тому що цей пісок підлеглий не природі, а замкнуть у судині, вона мертвий, але живучий, тому що живе за допомогою людини".

Дружба - бетонний блок. "Що важливіше всього в дружбі? Її міцність, монолітність. Намалюю бетонний блок. Бетонний блок - це символ міцності".

Щастя - квітка і метелик. "Квітка і метелик, що пурхає - це символ спокою і рівноваги в житті". Хворий А., 1976 р. народження. Щоб запам'ятати слово "розлука", малює стіну, сміттєве цебро і людину. Пояснює: "Стіна, сміттєве цебро і сидить людині на цьому цебрі, обхопивши голову, і думає, що знову один. Людини як непотрібну особистість, марність його існування можна асоціювати зі сміттям, смітником, теж яка не потрібна. Стіна - символ самітності, це символ того, що людина замкнулася в собі. Стіни звичайно такі малюють, дуже високими".

Ми бачимо з прикладів, що хворі при опосередкуванні брали один з аспектів поняття. Цей аспект настільки розширювався і гіпертрофувався, що цілком визначав вибір образа. Розберемо один із прикладів. При опосередкуванні слова "дружба" хворий малює бетонний блок. З міркуванні хворого випливає, що дружба - це "міцність", "монолітність". Так, дружба дійсно асоціюється з перерахованими поняттями. Але хворий односторонньо підходить до поняттю, розглядає "дружбу" тільки саме в одному аспекті. Обраний аспект, у свою чергу, настільки неадекватно роздутий і гіпертрофований, що дуже легко погоджується хворим з "бетонним блоком". Таким чином, виходить, що бетонний блок - символ дружби.

Конкретні вибори з масштабним поясненням (2%). По своїй структурі і по походженню вони близькі до описаного вище видам виборів. В основі зазначеного виду вибору також лежить залучення конкретного образа. Але користуються їм неадекватно, додаючи йому невиправдано широкий зміст. Приведемо приклади.

Сумнів - люди, будинку (усе перекреслено). "Узагалі життя, люди, будинку - і сумнів, є чи у всім цьому зміст".

Розум - два якісь тіла. "Здатність людини з'єднувати різні, що далеко коштують речі, якісь ідеї, образи".

Обман - мозок і мовна апарат. "Мозок і мовна апарат - говорить одне, а думає інше".

Багатство - риба. "Рибні запаси - багатство держави".

Зупинимося на прикладі запам'ятовування слова "сумнів". Намальовано конкретні предмети (людей, будинку), а міркування ведеться про життя взагалі, отже, і про сумнів узагалі. Міркування здобувають настільки масштабні розміри, що втрачають зміст, перетворюються в символічне позначення. Цей великий масштаб у застосуванні до дрібних конкретних фактів або предметів характеризується поняттям "резонерство".

Конкретні вибори, засновані на почуттєвому враженні (7%). Цей тип виборів близький за значенням розібраним вище видам образів. Приведемо приклади.

Обман - розбіжні лінії. "Вибух почуттів, супроводжуваних обман... реакція на обман".

Сум - павутина. "Павутина завжди зв'язана з темними кутами в будинку, а темні кути навівають смуток".

Справедливість - руки. "Чисті руки, морально чисті руки, така людина справедлива, він не робить зла".

З прикладів видно, що хворі при виборі образа для запам'ятовування керувалися почуттєвими враженнями. Так, до слова "обман" хвора малює розбіжні лінії, тому що обман супроводжується "вибухом почуттів". Таке переживання можливе. Але в даному випадку знову узята одна сторона поняття, що занадто гіпертрофується.

Усі приведені варіанти виборів ми поєднуємо в групу символічних.

Аналіз результатів. Схильність хворих неврастенією до символізації вже давно була відзначена багатьма психіатрами (С.С. Корсаків, В.А. Гіляровський, Г.Е. Сухарєва, А.А. Перельман, А.Н. Залманзон) і психологами (Г.В. Биренбаум, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубінштейн). Деякими з них була почата спроба дати теоретичне обґрунтування зазначеному фактові. Так, В.А. Гіляровський пояснює схильність хворих до символіки "паралогічності" мислення. Г.Е. Сухарєва у своїх роботах відзначає, що "у багатьох випадках відхід від реального у світ схем і абстракцій безсумнівно відіграє роль гіперкомпенсації". Хворий починає будувати свої власні системи, проробляти усі за особливою схемою, "усі в житті детермінується для нього якимись математичними критеріями", - пише Г.Е. Сухарєва. Хворі відходять від реальності, з якими в них немає адекватних і емоційних зв'язків, у свій особливий світ, часто світ вигадливих схем і вигадливих, абстрактних конструкцій". Г.В. Биренбаум, що вивчала порушення понять у душевнохворих, також указувала на схильність хворих неврастенією до "схематичного" і "порожній" символіці. Вона відзначає, що "це не багата абстрактність, що є вищою формою відображення дійсності, а вигадливий формальний прийом, завдяки переломленню дійсності через аутизм хворого". С.С. Корсаків указував на сполучення римованих слів, або сполучення слів по співзвуччю початкових складів (алітерація), або перехід від однієї ідеї до іншої тільки по подібності якої-небудь ознаки".

Детальний аналіз приведених прикладів дозволив нам ближче підійти до теоретичного пояснення виникнення символічних виборів. В основі виникнення кожного такого вибору лежить, видимо, різний ступінь афективної насиченості розумового акта. Там, де проведені були вибори, зроблені на основі почуттєвого враження, а також вибори з масштабним і символічним поясненням, чітко виступає роль афективної насиченості розумового акта хворих. Дійсно, коли хворий вибирає до слова "сум" - "зламану гілку", цей зв'язок без сумніву відбиває деяке афективне розжарення хворого. Він сам розкриває нам свої переживання, порівнюючи цей образ із загибеллю дитини. Такого роду вибори можуть виникнути тільки при особливої емоційності сприйняття, при наявності загострених переживань. Таке трактування виникнення символічних образів цілком погодиться з думкою Б.В. Зейгарник, прямо ставить символіку мислення хворих шизофренією в тісному зв'язку з "різноплановістю" і емоційною насиченістю. У своїй монографії автор пише: "Саме через "різноплановість" мислення й емоційну насиченість повсякденні предмети починають виступати у виді символів".

Правомірний сумнів у тім, що всі ці види виборів є родинними по походженню. Цілком ймовірно , вихолощені, порожні по співзвуччю вибори можуть свідчити не стільки про афективне розжарення, скільки про вгасання, спустошення афективного життя. Дійсно, коли хворі для запам'ятовування найрізноманітніших понять малюють тільки одні знаки, крапки або використовують якийсь склад заданого поняття, ці образи говорять про початок емоційного спустошення. Тут мається на увазі не кількісний ступінь афективного розжарення, а визначена динаміка афективного світосприймання, від розжарення до порожнечі. Емоції, випробовувані хворими, не регулюють його розумовий акт, а, навпаки, дезорганізують його. Вибори образів для запам'ятовування стають неадекватними.

Таким чином, пояснення всім описаним видам виборів варто шукати в динаміку афективного насичення інтелектуального акта, що і відрізняє них від наступної групи образів для запам'ятовування.

2. Аналіз вибірки за динамікою розумового акта

Неадекватність виборів виявляється часто не стільки в обраному образі для запам'ятовування, скільки в самому процесі вибору.

Множинний тип виборів (5%). Даний вид виборів є наслідком найбільш грубого порушення динаміки розумових процесів. Для подібного типу виборів характерно, що до заданого поняття вибирається трохи не зв'язаних між собою образів для запам'ятовування. Приведемо приклад.

Справедливість - ваги, полиця з книгами, дитина і сонце. "Терези, важіль не коливається - виходить, усі справедливо, чаша "гріхів" не перетягає чаші "покарань". Одна чаша темна, інша - світла. У чорної - гріх, у світлої - покарання. Стрілка нагору, тому що справедливість тріумфує, не хочу судити нагору ногами... Полку з книгами - звід законів, судити потрібно справедливо, за законом, але не так, щоб після цього було заподіяно зло, вище цих законів може бути воля, дана людині від природи, людина породжена вільним. Пташка і квітка - символ волі. В даний час потрібно пам'ятати про те, що справедливість - це дарунок нащадкам, маленька дитина - символ потомства, щоб діти були завжди щасливі, нехай завжди буде сонце. Терези нижче всього, а вище - воля".

З приклада видно, що для запам'ятовування одного поняття хворий використовує відразу кілька образів, що по змісту далекий друг від друга і не зв'язані між собою. Розумові процеси хворого грубо розпливчасті, ненаправлені, що характерно для хворих шизофренією. У зв'язку з цим і відзначається така легкість виборів образів для запам'ятовування. У розпливчастості, неспрямованості і лежить причина множинності виборів.

Такий тип виборів варто відрізняти від докладності, що властива хворим епілепсією. У наших хворих також відзначалася докладність виборів (5%). У тих випадках, коли має місце докладність, мова може йти тільки лише про багатопредметність виборів, тобто всі предмети розташовані в одному плані і кожнім предметі служить для підкріплення запам'ятовування. Наприклад, хворою епілепсією, вирішуючи намалювати до слова "хвороба" ліжко, обов'язково підмалює лежачого на ліжку людини, градусник, пухирець з ліками. З цього приклада видно, що хворий не може відвернутися від безлічі конкретних зв'язків, не в змозі відтворити що-небудь одне головне. (Про цей факт писала у своїй монографії Б.В. Зейгарник). Тим часом множинність - наслідок різноплановісті, розпливчастості асоціацій.

Повною протилежністю множинним і докладним виборам є стереотипні вибори. Такий тип зв'язків виявляється тільки при розгляді піктограми в цілому. Прикладом таких зв'язків служать піктограми, у яких хворі для запам'ятовування найрізноманітніших , навіть різнорідних понять, користуються тими самими образами (наприклад, малюють або тільки людей, або тільки будинку, або тільки квіти і т.п.).

Такий тип виборів є також наслідком порушення динаміки розумових процесів. Але порушення при стереотипії виборів вже іншого порядку, думка тече настільки інертно, що хворі як би застряють на одному образі.

Конкретні вибори з розпливчастістю в поясненнях (15%). Відмінною рисою названих образів є факт, коли хворі, вибираючи близькі до адекватного образи, не використовують його як засіб запам'ятовування, не утримуються на єдиній лінії, ідуть у поясненнях до надлишковим, побічним асоціаціям. Приведемо приклади.

Розлука - стіна. "Це стіна, велика, глуха, людина перед нею, що втратив частину себе, частина сил, змучений, тужний... ця туга віднімає в нього сили, можливості, єдино чим тримається - це надією".

Так, "стіна" може нагадати "розлуку". І спочатку хворий правильно починає міркувати і пояснювати вибір, але у своїх міркуваннях швидко іде убік і починає міркувати просто про людину, його надіях, вплітаючи в міркування власні переживання. Конкретний образ як би розчинявся, розпливався в міркуваннях хворого і не міг служити засобом запам'ятовування.

При такого роду виборах порушення розумового акта виступають не стільки в змісті самих виборів, скільки в поясненнях.

Фрагментарний вид виборів (13%). Зазначений вид виборів характеризується тим, що обрані образи є фрагментами конкретної ситуації, створеної самими хворими, але фрагментами, обраними невдало. Приведемо приклади.

Справедливість - палець. "Вказівний палець, піднятий догори... коли люди доводять справедливість, то вони можуть зробити такий жест".

Ми бачимо, що в процесі вибору образа будувалася конкретна ситуація, який хворі намагалися пояснити свій вибір. Але з адекватно побудованої ситуації вибирається непридатний для запам'ятовування образ.

Як вказує А.Р. Лурія, "у процесі опосередкованого запам'ятовування людина не піклується про те, щоб виділити придатні для запам'ятовування". Але фрагментарні вибори, що зустрічалися в наших хворих, зовсім були непридатні і некорисні для запам'ятовування. Можна було б припустити, що ці фрагменти придатні для хворого тому, що зв'язано з його особистими переживаннями, тобто є егоцентричними. Однак пояснення хворих доводять, що це не так. Наприклад, якщо хворий малює ослін до слова "надія", можна було б думати, що це зв'язано з особистими переживаннями, але пояснення "коштуючи, чекати незручно" заперечує таке припущення. Такий невдало обраний фрагмент міг виникнути тільки при неспрямованості розумового акта.

Фрагментарний тип виборів варто віднести до менш грубих порушень динаміки розумового акта, але все-таки до порушень неї.

Таким чином, у цьому розділі об'єднані такого роду вибори, що обумовлені порушенням динаміки психічних процесів (інертність, сповільненість, надмірна плинність), і такі, у яких порушена цілеспрямованість розумового акта.

3. Аналіз вибірки за значимістю змісту

Методика піктограми, що стимулює вільний вибір образа для запам'ятовування, носить до деякої міри прожективний характер. Вона в нормі відбиває особисті інтереси, задуми або побоювання випробуваних. Особливо велике це відображення при завданні запам'ятати емоційно значимі слова ("надія", "щастя", "хвороба" і т.п.). Іноді навіть для запам'ятовування нейтральних слів здорові випробувані обирали слова, зв'язані з особистими устремліннями (наприклад, "багатство" - автомобіль або нова квартира). Егоцентричність тут досягала ступеня безглуздості. Хворий відмовлявся малювати що-небудь для запам'ятовування вираження "смачна вечеря", тому що він сам ніколи не вечеряє. Іноді хворі з іпохондричним синдромом до тому ж "смачній вечері" малювали мікроби. У ряді випадків у піктограмах уперше виявлялися суіцидальні наміри хворих.

Наявність егоцентрично обумовлених виборів залежало не тільки від змісту переживань хворих, але і від ступеня приступності. У ряді випадків хворі навіть до емоційно значимих слів приводили занадто загальні, що не мають ніякого відношення до їх переживань. Так, наприклад, хворий, що знаходиться в психіатричній лікарні, може до слова "хвороба" намалювати людини, у якого одна рука коротше інший, або перев'язаний порізаний пальчик. Це говорить про те, що хворі не бажають розкриватися перед експериментатором, не хочуть показувати свої внутрішні переживання і думки. Такого роду вибори дають можливість розкрити внутрішню емоційну відгородженість хворого.

Ми спостерігали в хворих шизофренією й інший варіант "відгородженості" і небажання показати, оголити свій внутрішній світ. У цьому випадку хворі використовували прислів'я, приказки, витримки з пісень і літературних творів.

Особливий інтерес представляє аналіз якості малюнків - не з погляду художньої цінності, а як вираження стану психіки (незавершеність, схематичність і т.д.). Цьому присвячене величезна кількість закордонної літератури, у більшості - психоаналітичної, але іноді має і діагностична цінність. Це дає можливість проаналізувати і наш матеріал, що буде предметом подальшої роботи.

За результатами проведеного дослідження, тобто за двома методиками дослідження логічного мислення при неврастенії представленими в роботі ми виявили:

1 хворий на неврастенію має високий рівень логічного мислення – у хворого високі бали по всіх предметах.

2 хворих мають середній рівень логічного мислення.

7 хворих – виявили низький рівень логічного мислення – досить низькі результати.

# ВИСНОВКИ

В результаті проведеного дослідження нами зроблені наступні висновки.

1. При неврастенії найзначніших порушень зазнають мислительні процеси. Патології зазнає асоціативний процес (застрявання, резонерство, стереотипне повторення), процес суджень (обсесії, зверхцінні ідеї, маячня), операційна сторона мислення, динаміка мислительної діяльності. Порушення особистості відбуваються індивідуально, які стосуються формування ієрархії мотивів, смислоутворюючих функції діяльності, критичності, підконтрольності поведінки, вольових процесів, зміни емоційних відношень до себе та до світу.
2. Розлади мислення досліджені за допомогою таких тестових завдань: розуміння оповідання, встановлення послідовності подій, класифікація, визначення понять, виключення зайвого, піктограми. Перебіг емоційно-вольових процесів хворого, зазвичай, аналізується в ході експерименту шляхом спостереження за поведінкою, реакціями на успіх чи невдачу, а також в результаті бесіди з хворим.
3. Патопсихолог в клініці здійснює такі види роботи:
4. нозологічну діагностику – визначення до якого захворювання належать зміни в психічній діяльності людини;
5. бере участь у психіатричній експертизі: воєнній, судовій, трудовій, навчальній;
6. оцінює ефективність терапії і прогнозу, тобто фіксує динаміку стану хворого для подальшої реабілітації.
7. Основними принципами патопсихологічного дослідження є принципи кількісного вимірювання, експериментально-психологічного дослідження.
8. Організація патопсихологічного обстеження складається з етапів - патопсихолог починає працювати за заявкою лікаря на хворого, заносить дані в свій журнал реєстрації, продумує стратегію та методики обстеження; готується приміщення, стимульний матеріал, апаратура тощо; патопсихолог вивчає історію захворювання, продумує план обстеження; проводиться бесіда з хворим, налагоджується контакт; етап проведення власне обстеження з допомогою 8–10 методик, протоколювання результатів; написання заключення. Патопсихолог не формулює клінічний діагноз хвороби, а описує досліджуваного в термінах психології. При психічних захворюваннях порушується нормальний процес відображення дійсності.
9. Для того, щоб ще поглибити знання патопсихолога про особливості особистості хворого, він використовує вже більш спеціалізовані методики, які висвітлюють ті чи інші методики такого складного конструкту, як особистість людини, а саме: дослідження самооцінки, особистісний питальник Айзенка, ПДП Лічка, MMPI, шкалу тривожності Спілбергера, тест Роршаха, ТАТ, тест Розенцвейга, тест Люшера, методику незавершених речень тощо. На підставі узагальнених даних, отриманих в ході вивчення особистості хворого, його психічних процесів та станів, нами сформульовано висновки про порушення психічного розвитку обстежуваного.
10. В результаті проведеного нами дослідження виявлені типові, зокрема зміни мислення серед 10 хворих на неврастенію, були виявлені суттєві зміни (низькі показники) опосередкованого запам'ятовування та порушення логіки умовисновків. Піктограма виявилася ефективним методом для оцінки мислення хворих шизофренією, зокрема для ранньої діагностики розладу мислення. Процес складання піктограми являє собою цілісний акт, у якому як би злиті мнестичні, емоційні і змістовні компоненти розумового акта. Проведені дослідження свідчать про те, що неадекватність розумових процесів при неврастенії обумовлена не тільки неадекватністю самого об'єкта вибору, а обов'язково сполучиться з порушенням процесу вибору об'єкта для запам'ятовування.

# СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамова Г.С. Практическая психология. - М., 1997. - 368 с.
2. Беккер Г. X. Социально-психологическое исследование групповой психотерапии при неврозах.— Журн. невропатол. и психиатр. - 1981, № 11, с. 1708— 1710.
3. Беспалов Б. И. Действие. Психологические механизмы визуального мышления. - М., 1984.
4. Блейхер В. М. Клиническая патопсихология. – Т.: Медицина, 1976. – 326 с.
5. Блейхер В. М., Завилянская Л. И. О некоторых особенностях психотерапии в системе реабилитации больных с неврозоподобными состояниями. — В кн.: Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. - Л.: Медицина, 1982, с. 256—259.
6. Буль П. И. Основы психотерапии. — Л.: Медицина, 1974. —310 с.
7. Варшавский К. М. Гипносуггестивная терапия (лечение внушением в гипнозе). — Л.: Медицина, 1973. — 192 с.
8. Вельвовский И. 3. Принципиальные основания к внедрению психотерапии в комплекс санаторно-курортной медицины. — В кн.: Психотерапия в курортологии. Киев: Здоров'я, 1966, с. 15—24.
9. Виш И. М. Практическая психотерапия. — Воронеж, 1969. — 288 с.
10. Вольперт И. Е. Психотерапия. — Л.: Медицина, 1972. — 232 с.
11. Выготский Л. С. Мышление и речь // Собр. соч.: В 6 т. — М.: Педагогика, 1982. - Т.2.
12. Гельдер М. и др. Оксфордское руководство по психотерапии. В 2-х томах. – К., 1999.
13. Губачев Ю. М., Стабровский Е. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. — Л.: Медицина, 1981. — 216 с.
14. Гузиков Б. М., Зобнев В. М., Мейроян А. А., Рыбакова Т. Г. Групповая и семейная психотерапия при алкоголизме: методические рекомендации. — М.: МЗ СССР, 1980. —30 с.
15. Давиденков С. Н. Неврозы.— Л.: Медгиз, 1963. — **271** с.
16. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Изд. центр «Академия», 2005. – 208 с.
17. Иванов Н. В. Психотерапия в условиях психоневрологического диспансера. — М., 1959. —64 с.
18. Кайдановская Е. В., Кумкова Е. И., Мурзенко В. А. и др. Клинико-психологические исследования групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. — Л., 1979, с. 84—89.
19. Калмыкова З. И. Продуктивное мышление как основа обучаемости. - М., 1988.
20. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. - Л.: Медицина, 1982. - 272 с.
21. Карвасарский Б. Д., Губачев Ю. М. Психотерапия при психосоматичните заболевания. — В кн.: Психосоматичната зависимост. София: Медицина и физкултура, 1981, с. 166—180.
22. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 1985. – 304 с.
23. Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. /Под ред. М. М. Кабанова, К. Вайзе. — М.: Медицина, 1980. — 400 с.
24. Коломинский Я.Л., Панько ЕА. Диагностика и коррекция психического развития дошкольника.— Минск: Універсітзцкае, 1997. — 234 с.
25. Кондратенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. - Минск, 1997 – 464 с.
26. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. 2-е изд. — М.: Медицина, 1984. —272 с.
27. Лебединский М. С. Очерки психотерапии. 2-е изд. — М.: Медицина, 1971.— 412 с.
28. Лэндрет ГЛ. Игровая терапия: искусство отношений. — М.: Международная академия, 1994. —366с.
29. Максименко С. Д. Основи генетичної психології: Навч. посібник. - К.: НПЦ "Перспектива", 1998.
30. Машбиц Е.И., Бабенко Л.П., Верник Л.В. Основы компьютерной грамотности / Под ред. А.А.Стогния и др. – К.: Выща шк., 1988. – 215 с.
31. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – М.: МЕДпресс, 1999. – 592 с.
32. Менделевич В.Д., Авдеев Д.А., Киселев С.В. Психотерапия «здравым смыслом». - Чебоксары, 1992. - 76 с.
33. Моляко В.А. Психология конструкторской деятельности. – М.: Машиностроение, 1983. – 134 с.
34. Мурзенко В. А. Групповая психотерапия при неврозах. — В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. - Л., 1975, с. 77—83.
35. Мягер В. К. Актуальные проблемы психогигиены и психопрофилактики. — В кн.: Психогигиена и психопрофилактика. - Л., 1983, с. 5—8.
36. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. — 426 с.
37. Панков Д. В. Рациональная психотерапия. — В кн.: Руководство по психотерапии. Ташкент: Медицина, 1979, с. 192—205.
38. Панов А.. Г., Беляев Г. С, Лобзин В. С, Копылова И. А. Теория и практика аутогенной тренировки. — Л.: Медицина, 1980. — 272 с.
39. Пезешкиан Н. Психотерапия повседневной жизни. - М., 1995. - 336 с.
40. Петухов В. В. Психология мышления: Учеб.-метод. пособие. -М., 1987.
41. Психодиагностика: Учеб. пособие / Под ред. Гуревича К.М., Борисовой Е.М. - М.: МСПИ, 2001. - 368 с.
42. Психологія / За ред. Г. С. Костюка. - К.: Рад. школа, 1968.
43. Психологія: Підручник / За ред. Трофімова Ю.Л. - К.: Либідь, 1999. - 511 с.
44. Психотерапия. /Под ред. В. М. Банщикова. М., 1967. — 135 с.
45. Райковська Г.О. Розвиток технічного мислення студентів у процесі вивчення креслення: Дис. канд. пед. наук. 13.00.02 / Національний педагогічний університет ім. М.П.Драгоманова. – К., 2002. – 219 с.
46. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога. – М.: Владос, 1996. – 529 с.
47. Уолен С., Уэсслер Р. Рационально-эмотивная психотерапия. - М., 1997. - 257 с.
48. Самойлов А. Е. Теоретические проблемы логико-психологического анализа мышления. - Запорожье, 1997.
49. Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. – К.: Здоровья, 1982. – 376 с.
50. Смульсон М. Л. Психологія розвитку інтелекту. - К.: Знання, 2001.
51. Тихомиров О. К. Психология мышления. - М., 1984. – 238 с.
52. Холодная М. А. Интегральные структуры понятийного мышления. - Томск: Изд-во Томск, ун-та, 1983.
53. Чистякова М.И. Психогимнастика. — М.: Просвещение, 1990. — 127 с.
54. Шевченко Ю. С. Психокоррекция: теория и практика. - М., 1995. - 224 с.
55. Эйдемимер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. – Л., 1990. – 192 с.
56. Юнг К. Психологические типы. - М., 1995. - 616 с.

# ДОДАТКИ

**Додаток А**

Стимульний матеріал до методу піктограм

Веселе свято Важка робота Смачна вечеря

Розвиток Розлука Багатство

Багатство Сумнів Справедливість

Отрутне питання Сміливий вчинок Теплий вечір

Глуха бабуся Сліпій хлопчик Дівчинці холодно

Сум Хвороба Щастя

Дружба Війна Розум

Беззубий дід Темна ніч Голодна людина

Сердита вчителька Хлопчик боягуз Хвора жінка

Надія Страх Розпач

Любов Заздрість Жаль

Думка Влада Чекання

**Додаток Б**

Інструкція: "Вам пред'явлені 7 числових рядів. Ви повинні знайти закономірність побудови кожного ряду і уписати відсутні числа. Час виконання роботи - 5 хв".

Числові ряди

1) 24 21 19 18 15 13 - - 7

2) 1 4 9 16 - - 49 64 81 100

3) 16 17 15 18 14 19 - -

4) 1 3 6 8 16 18 - - 76 78

5) 7 16 19; 5 21 16; 9 - 4

6)2 4 8 10 20 22 - - 92 94

7)24 22 19 15 - -

КЛЮЧ

1) 12 9; 2) 25 36; 3) 13 20; 4) 36 38; 5) 13; 6) 44 4б;7) 10 4

Оцінка проводиться за кількістю правильно написаних чисел. Норма дорослої людини - 3 і вище.

**Додаток В**

Стимульний матеріал до методики "Кількісні відносини"

|  |  |
| --- | --- |
| 1. А більше Б в 9 разів  Б менше В у 4 рази  В А | 10. А менше Ю в 2 рази  Е більше В в 3 рази  А В |
| 2. А менше Б в 10 разів  Б більше В в 6 разів  А В | 11. А менше Б в 3 рази  Б більше В в 4 рази  В А |
| 3. А більше Б в 3 рази  Б менше В у 6 разів  В А | 12. А більше Б в 2 рази  Б менше В у 5 разів  А Б |
| 4. А більше Б в 4рази  Б менше В в 3 рази  В А | 13. А менше Б в 5 разів  Б більше В в 6 разів  В А |
| 5. А менше Б в 3 рази  Б більше В у 7 разів  А В | 14. А менше Б в 5 разів  Б більше В в 2 рази  А В |
| 6. А більше Б в 9 разів  Б менше В в 12 разів  В А | 15. А більше Б в 4 рази  Е більше В в 6 разів  В А |
| 7. А більше Б в 6 разів  Б більше В в 7 разів  А В | 16. А менше Б в 3 рази  Б більше В в 3 рази  А В |
| 8. А менше Б в 3 рази  Б більше В в 5 разів  В А | 17. А більше Б в 4 рази  В менше В в 7 разів  В А |
| 9. А менше Б в 10 разів  Б більше В в 5 разів  В А | 18. А більше В в 3 рази  Б менше В в 5 разів  А В |

КЛЮЧ

1. В<А 7. А<В 13. В<А

2. А<В 8. В<А 14. А<В

3. В>А 9. В>А 15. В<А

4. В<А 10. A>D 16. A<B

5. А>В 11. В<А 17. В>А

6. В>А 12. А<В 18. А>В

**Інструкція**: "Вам запропоновані 18 логічних задач; кожна з яких має дві посилки. Час рішення задач - 5 хв." Оцінка проводиться за кількістю правильних відповідей. Норма дорослої людини - 10 і більш.