ВЯТСКИЙ СОЦИАЛЬНО — ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

Гуманитарный факультет

Контрольная работа

по предмету «ПАТОПСИХОЛОГИЯ»

Тема: Специфика патологии познавательной деятельности

при шизофрении

Выполнила Перминова Наталья Алексеевна

студентка 3 курса, группа ПС-33

Дата сдачи работы 11.01.2010

Оценка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверил\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Киров

2010 г.

Шизофрения - хронически текущее психическое заболевание, характеризующиеся сочетанием специфических изменений личности (аутизм, эмоциональное уплощение, снижение активности - редукция энергетического потенциала, утрата единства психических процессов) с разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами.

Большинство больных шизофренией плохо справляются с тестами, оценивающими интеллект. Исследования показали, что среднее снижение интеллекта по сравнению с его преморбидным уровнем составило 16 пунктов по IQ, и происходит оно в первые 2 года болезни, оставаясь относительно стабильным в дальнейшем при хроническом течении шизофрении. В более серьезных случаях нарушения интеллекта приводят к социальной дезадаптации.

Ведущее нарушение при шизофрении - это расстройство мышления, проявления которого крайне разнообразны. Отмечается утрата целенаправленности, последовательности, логичности мышления, его разорванность, нередки наплывы мыслей, содержание которых больной затрудняется воспроизвести, ощущение пустоты в голове. Процесс мышления утрачивает автоматический характер и становится объектом внимания больных, исчезает образность мышления, преобладает склонность к абстракции и символике. В.А. Гиляровский объясняет склонность больных к символике "паралогичностью" мышления. Г.Е. Сухарева в своих работах отмечает, что "во многих случаях уход от реального в мир схем и абстракций несомненно играет роль гиперкомпенсации". Больной начинает строить свои собственные системы, прорабатывать все по особой схеме, "все в жизни детерминируется для него какими-то математическими критериями", - пишет Г.Е. Сухарева. Больные отходят от реальности, с которыми у них нет адекватных и эмоциональных связей, в свой особый мир, часто мир причудливых схем и вычурных, абстрактных конструкций". Г.В. Биренбаум, изучавшая нарушения понятий у душевнобольных, также указывала на склонность больных шизофренией к "схематической" и "пустой" символике. Она отмечает, что "это не богатая абстрактность, являющаяся высшей формой отображения действительности, а вычурный формальный прием, благодаря преломлению действительности через аутизм больного". С.С. Корсаков указывал на сочетание рифмованных слов, или сочетания слов по созвучию начальных слогов (аллитерация), или переход от одной идеи к другой только по сходству какого-нибудь признака".

Многие авторы отмечают, что при шизофрении наблюдается феномен соскальзывания, «закупорка» мыслей, обрывы мыслей (sperrung), общее обеднение мышления или его необычность со своеобразием ассоциаций, вплоть до нелепых.

При шизофрении типична «разноплановость» мышления, проявляющаяся в неоднозначности оценки тех или иных событий, когда одновременно используются как существенные, так и незначительные, второстепенные характеристики их. Наряду с признаками амбивалентности, проявляющейся невозможностью принятия решений вследствие одномоментного сосуществования двух противоположных мнений или оценок, больные в сложных ситуациях могут принять правильное решение, найти верный выход из создавшегося трудного, неординарного положения.

В речи больных отмечается склонность к бесплодному рассуждательству, мудрствованию (резонерство). В тяжелых случаях наблюдается разорванность речи (иногда достигающая степени словесной окрошки), при которой речь, сохраняя грамматическую правильность, теряет смысл, нельзя уловить основную мысль, говорящий сам не знает, что он хочет сказать. Часто больные отмечают, что они слышат слова, но смысл их не понимают и не хотят в этот смысл вдумываться, в связи с чем утрачиваются коммуникативные функции речи.

В голосе больного исчезают характерные модуляции: одним и тем же тоном больной говорит как о важнейших событиях своей жизни, так и о делах, мало занимающих его.

Нарушения речи и мышления при шизофрении в выраженных случаях описываются психиатрами как "расплывчатость, разорванность". У больных с вялым течением болезни клинические изменения речи и мышления могут быть выражены столь слабо, что не проявляются в обычной беседе. Анализ показал, что все те виды познавательных процессов (как мыслительных, перцептивных, так и речевых), протекание которых у больных изменено, имеют в своей структуре общее звено, которое можно определить как избирательное привлечение (актуализация) сведений из памяти на основе прошлого опыта. Различение существенных и несущественных признаков есть не что иное, как воспроизведение возникших в прошлом жизненном опыте временных связей, при образовании которых существенные и несущественные признаки предметов и явлений получали различное подкрепление. Те виды деятельности, в структуре которых роль этого звена незначительна, протекают у больных без существенных отличий от здоровых. Поэтому при шизофрении больные, иногда даже с грубым дефектом, могут неплохо выполнять некоторые виды довольно сложной мыслительной деятельности (цифровые операции, решение конструктивно пространственных задач, игра в шахматы и т.п.).

Ослабление избирательности проявляется в расширении круга привлекаемых сведений, в актуализации редко используемых, маловероятных, необычных и потому латентных признаков, речевых связей, зрительных и акустических эталонов. Указанные особенности и обуславливают такие известные проявления патологии речи и мышления как "вычурность, псевдоабстрактность, разноплановость". Для выявления этих особенностей используется широкий набор методических приемов: классификация предметов и понятий, исключение лишнего предмета, сравнение понятий, построение объекта по ряду заданных признаков, опосредование понятий с помощью рисунков и т.п. Как правило, методики предъявляются больным с "глухой" инструкцией, что дает свободу выбора приемов, способов актуальной деятельности при нахождении оснований для обобщений.

Если в норме успешность решения зависит от сложности материала, то для болезненно измененной психики такое соотношение не является однозначным. Как правило, больные шизофренией успешнее справляются с более формализованными вербальными заданиями, тогда как невербальные содержат большое количество элементов и провоцируют соскальзывание по случайным малозначимым признакам. Не ограниченные рамками прежнего опыта и здравого смысла, больные на экспериментальном материале легко объединяют разнородное, сравнивают несравнимое. Например: в задании на классификацию предметов наряду с категориальными создаются группы "по принципу скольжение - утюг, коньки", "по принципу прозрачности - стакан, очки". При сравнении понятий также выявляется ослабление доминирования существенных признаков ("сапог и карандаш стучат... оставляют следы... у сапога внизу подошва, а у карандаша стержень").

Описанные выше особенности познавательных процессов характерны для шизофрении в целом, но если рассматривать каждую ее форму в отдельности, то для каждой из них характерны свои проявления.

При простой форме шизофрении (которая чаще характерна для подростков) типичным проявлением предшествует особый период, когда в течение нескольких месяцев наблюдаются эмоциональная лабильность, изменчивость настроения и склонность к напряженным занятиям - многими часами сидят над уроками, или целиком отдаются какому-нибудь увлечению, или запоем читают. Однако уже в этот период аффективные реакции становятся немотивированными, а интенсивные занятия скоро оказываются непродуктивными. Затем угасают прежние интересы, забрасывается учеба, теряются прежние приятели.

Контакт становится формальным. Мимика утрачивает живость и тонкую выразительность. Голос делается монотонным, лишенным эмоциональных модуляций. Одним тоном, как бы на одной ноте, говорят и о вещах индифферентных, и о том, что должно было бы волновать и живо задевать. Болезненными переживаниями делятся крайне неохотно. Лишь иногда подтверждают трудность сосредоточиться, ощущение пустоты в голове - "провалы в мыслях".

Параноидная шизофрения. При бредовом варианте параноидной шизофрении на начальном этапе преобладают бредоподобные фантазии паранойяльного характера в виде особых игр, причудливых интересов познавательного характера. В этих случаях у детей нередко обнаруживается преждевременное интеллектуальное развитие - к 2 годам они обладают большим запасом слов, в 3-4 года умеют читать. Рано определяются устойчивые односторонние интересы сверхценного характера. Вначале это проявляется в стремлении задавать особые "пытливые", "философские" вопросы, в особых стереотипных формах со схематизацией предметов игры (специальный подбор посуды, обуви и т. п.), в утрированной склонности к коллекционированию определенных, стереотипно повторяющихся предметов (мыло, флаконы, замки, монеты).

"Пытливые", "философские" вопросы не случайны по содержанию, они носят абстрактно-познавательный характер, связаны с определенной идеей. От "стадии вопросов" здорового ребенка они отличаются не свойственным данному возрасту чрезмерным интересом к абстрактному, а также тесной связью с устойчивыми однообразными представлениями. По данным К. А. Новлянской (1937), у больных шизофренией детей надолго задерживается период "пытливых вопросов", которые с возрастом принимают характер сверхценных идей.

С 2-3 лет отмечается стереотипии в играх, ребёнок может, например, проявлять особый интерес к электрооборудованию. Он подолгу наблюдает за включением и выключением света, однообразно играет с проводами, вилками, розетками, не обращая внимания на игрушки. В конце дошкольного и младшего школьного возраста эти дети начинают перерисовывать схемы электрической сети, рассматривают учебники физики и электротехники.

В более старшем школьном возрасте односторонние интересы все больше напоминают паранойяльные состояния у взрослых больных. Отмечается свойственное паранойяльным состояниям стремление логически разрабатывать изолированную патологическую идею, нарастает склонность к детализации в мышлении.

В младшем школьном возрасте нередко формируются элементы бредоподобной деперсонализации, возникают фантазии перевоплощения больных в образы своих увлечений. Дети воображают себя "часовым механизмом", "троллейбусом"; "их поведение соответствует фабуле фантазий. Критика к своему поведению снижается.

При галлюцинаторном варианте параноидной шизофрении начало заболевания (предошколыный возраст). Патологическое образное фантазирование сопровождается визуализацией представлений, присоединяются псевдогаллтоцннации и рудиментарные идеи воздействия. Со временем фабула бредовых идей расширяется, присоединяются бредовые идеи отношения, преследования, бредовая деперсонализация ("в голове живут два человека", ребенок как бы "видит" их). У части больных на более поздней стадии болезни возникают рудиментарные парафренные расстройства. При этом высказывания больных приобретают характер фантастического, бреда величия ("я стану богом", "царем" и т. п.). Эти идеи становятся стойкими, критика исчезает, поведение начинает соответствовать болезненным переживаниям.

Гебефренический тип. Речь больных бессвязная, выраженная облегченность ассоциаций (до того, что они становятся неадекватными) или незначительно дезорганизованное поведение. Уплощенный и значительной измененный аффект. Больной необыкновенно активен, но активность его нецеленаправленна, неконструирована. У него обычно имеют место нарушения мышления, очень плохо адаптирован к окружающему миру. Для таких больных типичны нелепые ужимки и ухмылки, и их поведение описывается как глупое или слабоумное.

Кататонический тип. Наблюдается выраженное психомоторное расстройство, которые могут включать ступор и негативизм, ригидность и возбуждение или принятие причудливых поз Иногда наблюдается смена состояний возбуждения и ступора. Особенно часто наблюдается мутизм Больные страдают гиперперексией и наносят себе повреждения в связи с чем требуют тщательного наблюдения. Симптомами могут быть: кататонический ступор или мутизм, кататонический негативизм, кактатоническая ригадность, кататоническое возбуждение, кататоническая поза.

Недифференцированный тип. Часто больные не могут быть отнесены к тому или иному типу шизофрении, потому что симптомы, обнаруживаемые у них, отвечают критериям более чем одного типа.

В заключение следует отметить, что нарушение познавательных процессов при шизофрении может проявляться изменениями скорости, течения и содержания мышления и речи, моторной заторможенностью, плохой памятью, слабостью операциональных функций и т.д.. А описанные особенности являются специфическими, но не исчерпывают всего многообразия нарушений познавательной деятельности, присущего различным формам шизофрении.

**Список литературы**

* 1. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология. - М.-Воронеж, 2002.
	2. Клиническая психология. /Под редакцией Б. Д. Карвасарского. - Спб., 2002.
	3. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психоанализ и психиатрия. - Новосибирск, 2003.
	4. Критская В.П., Мелешко В.П., Поляков В.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. - М.: МГУ, 1991.
	5. Менделевич В.Д. Клиническая психология. - М., 1998.
	6. Сэдок Б. Клиническая психиатрия - М.: Медицина. - Т. 1, 1998. – 672 с.
	7. Тишукова В.П. К проблеме патологии мышления при шизофрении. - Великий Новгород, 2005.