

Патопсихология

медицинский психолог
Крюкова Екатерина Андреевна

krukova.k@gmail.com

« ПАТОПСИХОЛОГИЯ изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме»
Б.В. Зейгарник



Принципы построения патопсихологического исследования

« Ближайшая задача психологии заключается в том, чтобы изучить психическое содержание, разложить его на составные элементы, определить связь между этими элементами и отношениями, которые существуют между явлениями внешнего мира и психическими явлениями» Б.В. Зейгарник

*«Основной принцип -системный качественный анализ исследуемых нарушений психической деятельности, который направлен на анализ различных форм распада психики, на раскрытие механизмов нарушенной деятельности и на возможности ее восстановления»
Б.В. Зейгарник*

Компоненты

- эксперимент
- беседа с больным
- наблюдение за поведением больного во время проведения исследования
 - анализ истории жизни заболевшего человека
- сопоставление экспериментальных данных с историей жизни

Этапы патопсихологического синдромного анализа

- **Патопсихологический синдром** можно определить как закономерное возникающее сочетание симптомов нарушений когнитивных процессов и эмоционально-личностной сферы, в основе которого лежит вызванное болезненным процессом «выпадение» объединяющего их звена в системно-структурном строении психики (Тиганов А.С.)
Патопсихологические синдромы являются иерархичными, в их структуре выделяют первичные, вторичные и третичные симптомы.
- **Первичные симптомы** непосредственно связаны с «выпадением» общего звена (фактора) в структуре нарушенных психических функций.
- **Вторичные симптомы** являются опосредованным следствием системных связей функции или ее компонента с первично нарушенных фактором.
- **Третичные симптомы** выступают как феномены компенсации первичных и вторичных симптомов. Компенсаторные симптомы имеют мотивационную природу и часто представлены личностными феноменами.
Иерархическое строение синдрома, основанное на поэтапной качественной квалификации симптомов и позволяет выявить синдромный анализ.
- **Синдромный анализ** в качестве особого метода исследования в клинической психологии можно определить как путь выявления общих звеньев (факторов), в структуре-различных психических функций, качественный системно-структурный анализ патологии психики.

Особое значение приобретает выявление структуры дефекта и анализ сохранных

звеньев - в целях дифференциально-нозологической диагностики, также для психореабилитационных мероприятий.

Этапы синдромного анализа:

1. Регистрация всех феноменов нарушения в основных сферах психической деятельности: внимания и умственной работоспособности в целом, восприятия, памяти, мышления и эмоционально-личностной сфере. Осуществляется первичная квалификация феномена как симптома, т.е. фиксируются ошибки при сопоставлении с нормативами выполнения экспериментальных заданий.
2. Отнесение симптома к одному из трех факторов, составляющих основные компоненты психической деятельности: динамическому, операциональному, мотивационному.
3. Квалификация ведущего фактора в рамках определенной нозологии. Например, ведущий динамический фактор в форме инертности, указывает на возможный эписиндром, лабильности-диффузные органические поражения мозга различной этиологии, ускоренности психической деятельности-актуальное маниакальное или гипоманиакальное состояние. Ведущий мотивационный фактор определяет структуру синдрома при лобных поражениях головного мозга, шизофрении, эндогенной депрессии, широком спектре пограничной патологии.

Этапы подготовки к патопсихологическому исследованию

Производится до периода знакомства с пациентом и проведения патопсихологического исследования!

1. Ознакомление с историей болезни пациента: анамнез, особенности динамики болезни, результаты других лабораторных исследований (биохимических, неврологических, офтальмологических и др.), психический статус пациента в истории болезни.
2. Формулирование клинической задачи, решение вопросов о том или ином виде патопсихологической диагностики: дифференциально-нозологическая ; с акцентом на оценке динамики психической деятельности в процессе лечения и течения болезни; экспертной (судебно-психиатрической, трудовой, военной)
3. Выбор методик , очередность их применения, их модификации. (принцип от простого к сложному, варьировать степень сложности в соответствии с когнитивным уровнем пациента)

Правила оформления патопсихологических заключений

1. *Шапка* (ФИО больного, возраст, номер истории болезни)
2. *Заключение* по данным экспериментально-психологического обследования:
 - Описание психического статуса обследуемого, которое опирается на данные клинической беседы и наблюдения: ориентированность в месте и времени и собственной личности
 - Особенности внешнего вида
 - Невербальные характеристики психического статуса (мимическая и интонационная экспрессия, позы, жесты)
 - Речь, характер предъявляемых жалоб, отношение к заболеванию, критичность к обстоятельствам и условиям стационарирования, характеристики контакта с экспериментатором, эмоционально-личностные и поведенческие характеристики
 - ОПИСАНИЕ общей характеристики обследуемого в экспериментальной деятельности, специфика мотива экспертизы, оценка основных параметров его сформированности и содержательного наполнения.
3. *Результаты* патопсихологического исследования с последовательным описанием регистрируемых симптомов с квалификацией образующих их факторов в основных сферах психической деятельности: внимания, восприятия, памяти, мышления, эмоционально-личностной сфере
4. В *заключении* приводится резюме с перечислением всех выявленных симптомов с учетом их иерархии, отражается конечная цель-описание нозологически специфичной структуры патопсихологического синдрома.

Особенности патопсихологического структурного анализа при различных нозологических формах.

1. Шизофрения

- *«Нецеленаправленный» патопсихологический синдром.* Связан с преимущественным нарушением мотивационного фактора познавательных процессов и выраженным дефектом
- *Психопатоподобный патопсихологический синдром.* Искажение и гипертрофия эмоционально-личностной сферы
- *Псевдоорганический патопсихологический синдром.* Связан с феноменом «редукции энергетического потенциала» и представляющий снижение побудительной функции мотива

2. Аффективные расстройства.

Основной дефект лежит в сфере аффекта либо в сторону его угнетения, или в сторону подъема.

- *Депрессивные расстройства.* Простые (ведущее-аффективные расстройства) и сложные (бредовые идеи и сенестопатии). Патопсихологический синдром определяется первичным нарушением мотивационного фактора в виде гипертрофии эмоционально-личностного реагирования, выражающегося в сниженном эмоциональном фоне, заниженной самооценке, перфекционизме, мотивационных нарушениях (аффективная дезорганизация мышления и неадекватность критичности), вторично-замедление когнитивных процессов.
- *Мания* : циклотимическая гипомания, простая мания и психотическая мания. Патопсихологический синдром включает гипертрофию эмоционально-личностного реагирования, выражающуюся в повышенном эмоциональном фоне, завышенной самооценке. Первично происходит дисфункция динамического фактора, в форме ускорения психических процессов, вторично нарушается операциональный и

3. Эпилепсия

Эндогенно-органическое, хроническое прогредиентное заболевание, протекающее с судорожными и бессудорожными пароксизмальными расстройствами, характерными изменениями личности, возникающим со временем выраженным слабоумием и вероятностью развития острых и затяжных психозов. В патопсихологическом синдроме в качестве основного звена поломки выделяется нарушение динамического фактора психической деятельности в виде ее инертности (нарушение подвижности психических процессов)

4. Диффузные органические повреждения головного мозга

Возникают в следствии инфекционных, сосудистых процессов и хронической интоксикации

как вследствие употребления ПАВ так и при соматической пат алогии. Как правило диффузные органические изменения приводят к развитию деменции. Например, при алкоголизме происходит сочетание органического психосиндрома с явлениями личностной деградации.

5. Деменция .

Приобретенное слабоумие, стабильное снижение познавательной деятельности с угасанием

в той или иной степени ранее приобретенных знаний, умений и практических навыков и трудностями или невозможностью освоения новых.

Деменция при болезни Альцгеймера, болезнь Пика, сосудистая деменция, деменция в следствии ЧМТ и др. Выявляется определенное сочетание когнитивных (общее интеллектуально-мнестическое снижение) и личностных дисфункций.

6. Олигофрения.

Является органическим психическим заболеванием с явлениями необратимого недоразвития

7. Расстройства личности.

Относятся к категории пограничных психических заболеваний и определяются как «клинически

значимые, устойчивые поведенческие состояния, выражающие характеристики индивидуального стиля жизни и способа отношения к себе и другим». Центральным психологическим звеном при различных психопатиях является нарушение организующей роли

интеллекта над аффектом, при котором утрачивается свойственное здоровой личности единство аффекта и интеллекта и отмечаются проблемы эмоциональной саморегуляции.

8. Невротические расстройства.

Функциональные обратимые психогенные расстройства, предполагающие наличие внутриличностного конфликта и имеющие тенденцию к затяжному течению. Структура патопсихологического синдрома схожа со структурой при расстройстве личности, но в случае

невроза прослеживается связь с психотравмирующей ситуацией. Первичные нарушения

связаны с дисфункцией мотивационного фактора в форме актуализации внутриличностных

конфликтов и нарастанием личностной дисгармонии.

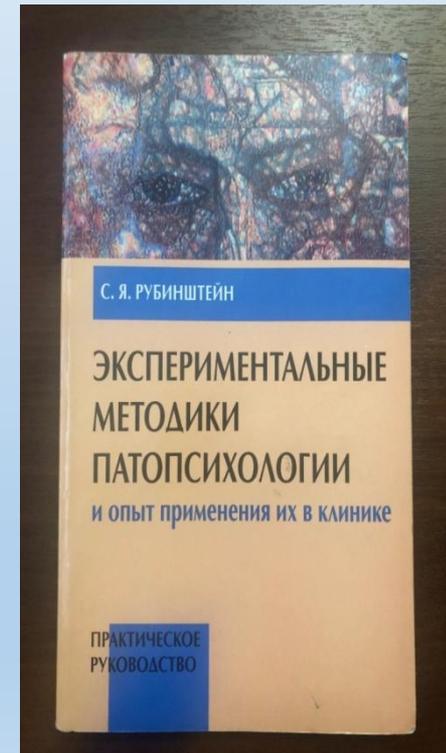
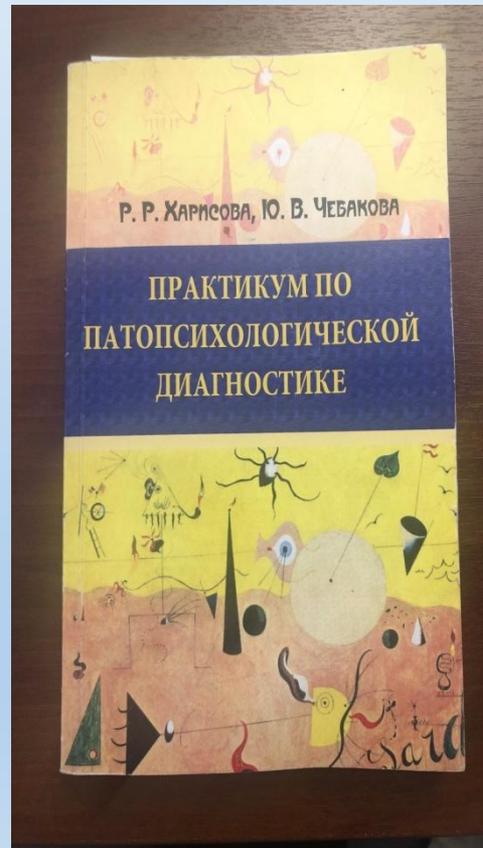
9. Микстовые формы психической патологии.

Например, появление симптомов шизофрении при хроническом алкоголизме (Гретеровский

дебют шизофрении), или возникновение эндогенного процесса при умственной отсталости

(пропфшизофрения). Или когда больные шизофрении в следствие травмы ГМ, или

Литература



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**