

Тема 6. Патопсихологічна характеристика психічних процесів.

1. Порушення відчуття.
2. Розлади сприймання.
3. Розлади уваги.
4. Порушення пам'яті.
5. Розлади мислення.
6. Розлади інтелекту.
7. Порушення мовлення.
8. Порушення емоційної сфери.
9. Порушення волі.

Завдання для самостійної роботи

1. Скласти таблицю порушень пізнавальних психічних процесів.
2. Скласти таблицю порушень емоційно-вольової сфери

Порушення відчуттів.

Кількісні порушення відчуттів:

1. Анестезія – втрата здатності відчувати різні види подразнень.
2. Гіпостезія – зниження здатності відчувати різні види подразнень.
3. Гіперестезія – підвищення здатності відчувати різні види

подразнень.

Втрата чутливості (анестезія), як правило, розповсюджується на больову, температурну, тактильну чутливість. Вона може бути тотальною, коли відсутні всі види, і парціальною, коли відсутні окремі види чутливості.

До парціальних кількісних порушень чутливості відносяться:

1. Аналгезія – відсутність больового відчуття.
2. Батіанестезія – відсутність м'язево-суглубового відчуття.
3. Термоанестезія – відсутність температурного відчуття.
4. Амбліопія – зниження гостроти зору.
5. Амавроз – втрата зору.
6. Анакузіс – втрата слуху.
7. Гіпоакузіс – зниження слуху.
8. Гіперакузіс – підвищення слуху.
9. Аносмія – відсутність відчуття запахів.
10. Гіпосмія – зниження відчуття запахів.
11. Гіперосмія – підвищення відчуття запахів.
12. Агейзія – втрата смаку.

Якісні порушення відчуттів

1. Парестезії – своєрідні відчуття, оніміння, поколювання, одерев'яніння, “повзання мурашок”, які виникають спонтанно без дії подразнення ззовні.

2. Синестезії – виникнення відчуття в одному аналізаторі після подразнення іншого аналізатора. Так, хворий може відчувати неприємні смакові відчуття при певних зорових подразненнях або кольорові відчуття при дії звукових подразнень (музики).

3. Дизестезія – видозмінене, парадоксальне відчуття подразника: дотик відчувається як біль, холод – як тепло.

Кількісні і якісні порушення відчуття зустрічаються при органічних ураженнях мозку, істеричних і астенічних станах. Ці явища звичайно супроводжуються змінами в емоційних і вольових сферах (нестриманість, дратівливість, схильність до утворення нав'язливих і надцінних ідей), а також змінами функціонального стану окремих внутрішніх органів (серцебиття, пульсація судин, утруднення дихання, підвищення артеріального тиску, підсилення перистальтики кишок та ін.).

Порушення сприймання

При патології психічної діяльності найчастіше зустрічаються такі розлади сприймання: ілюзії, галюцинації, агнозії.

Ілюзії – це обмани сприймання. Це спотворення за зовнішньою ознакою або за смисловим змістом реально існуючих предметів і явищ.

У залежності від аналізатора, з яким пов'язане сприймання, ілюзії поділяються на зорові, слухові, нюхові, тактильні, смакові.

Зорові ілюзії проявляються у вигляді спотворення зорового образу (пальто, яке висить в шафі сприймається за реальну людину, кущ в лісі – за звіра). Особливим видом зорових ілюзій є **парейдолії**, при яких відбувається сприймання об'єктів з елементами фантазування (тріщини на стіні або шпалери сприймаються як фантастичні пейзажі, чудовиська, казкові герої).

До зорових ілюзій відносять і такі обмани сприймання, як хибне впізнавання, або симптом Капгра (симптом позитивного двійника – впізнавання в чужій людині знайому, симптом негативного двійника – не впізнавання знайомої людини).

До особливих видів зорових ілюзій відносяться дереалізаційні розлади, при яких суттєво змінюється сприймання об'єктів. До них відносяться:

Мікропсії – розлади сприймання у вигляді зменшення розмірів оточуючих предметів.

Макропсії – розлади сприймання у вигляді збільшення розмірів оточуючих предметів.

Дисмегалопсія – розлади сприймання у вигляді розширення, подовження, перекручування навколо осі оточуючих предметів.

Слухові ілюзії характеризуються порушенням сприймання реальних слів, шумів, звуків (шум за дверима сприймається як дзвоник). Особливим видом слухових ілюзій є **вербальні ілюзії**, при яких нейтральна розмова двох людей сприймається хворим як розмова, яка має пряме відношення до нього.

Смакові ілюзії проявляються видозміною звичайного для об'єкту смаку (поява присмаку гіркого, паленого, зіпсованого).

Нюхові ілюзії проявляються у вигляді видозмін звичайного запаху об'єкту (запах ароматизованого мила сприймається як запах ацетону, бензину).

Тактильні ілюзії також формуються на базі реальних відчуттів (звичайний дотик сприймається хворим як гострий біль).

За механізмом виникнення виділяють: фізичні, фізіологічні і психічні ілюзії.

Фізичні ілюзії – спотворення сприймання реально існуючих предметів або явищ з усвідомленням цього спотворення. Виникає, як правило, за рахунок різної світлопроникливості середовища, в якому знаходиться даний об'єкт (повітря, вода), різниці у кольорах, освітленні, розміщенні серед інших предметів (два однакових за величиною кола здаються різними, коли одне з них оточене маленькими колами, а інше – великими).

Фізіологічні ілюзії – спотворене сприймання реального об'єкту або явищ в результаті особливого стану аналізатора чи системи комплексного сприймання. Прикладом може бути відчуття руху транспорту після його зупинки, похитування ґрунту під ногами після довготривалого перебування на кораблі.

Психічні ілюзії – спотворене сприймання реально існуючого об'єкту з неадекватним, невідповідаючим дійсності розумінням його справжньої суті. В основі їх лежать зміни сенсорного аналізу і синтезу на основі цілісної оцінки, розуміння і усвідомлення.

В якості основних сприятливих цьому факторів виникнення психічних ілюзій можуть бути: афективна напруга, афективне звуження свідомості, афективна установка.

У психічно здорової людини у стані афекту також можуть з'явитися ілюзії, але вони критично оцінюються – це є основний критерій відмінності хворобливих ілюзій від нехворобливих.

Ілюзії, переважно зорові і слухові, виникають у хворих шизофренією, епілепсією, хронічним алкоголізмом, наркоманіях, інфекційних захворюваннях, отруєннях, а також у сильно ослаблених хворих.

Галюцинації – сприймання, які виникають без наявності реального об'єкту і супроводжуються переконанням у тому, що даний об'єкт в даний час і даному місці дійсно існує.

Галюцинації, як і ілюзії, поділяються за органами чуття. Найчастіше зустрічаються зорові, слухові і нюхові галюцинації.

Зорові галюцинації – найчастіше зустрічаються при гострих інтоксикаційних психозах (алкогольний делірій), інфекційних захворюваннях. Хворий може бачити людей, тварин, різних чудовиськ. Галюцинаційні образи бувають як рухомі, так і нерухомі, яскраві і тьмяні. Хворі часто самі приймають активну участь в галюцинаторних сценах (щось ловлять, ховаються під стіл, ліжку, на когось нападають, від когось ховаються).

Прості зорові галюцинації називаються фотопсіями (сприймання яскравих спалахів світла, кілець, зірок).

Слухові галюцинації. Хворий сприймає різні звуки, людські голоси, які реально не існують.

Слухові галюцинації поділяються на прості (акозми – шум, свист, кроки, плач, тріск) і складні (вербальні) галюцинації – голоси знайомих і незнайомих людей, які ставлять запитання, коментують і обговорюють поведінку, погрожують, дають поради, вказівки. Голоси чуються з близької або далекої відстані, можуть бути одно- або багатоголосими, говорять рідною або іноземною мовою. Голоси можуть бути дружелюбними або ворожими. Наприклад, “Не мий”, “Не приймай їжі, вона отруйна”, “Стрибни з балкона”, “Не відповідай на запитання” та ін.

Різновидом слухових галюцинацій є “ехо думки” – голос повторює думку і “ехо читання” – голос читає вслід за хворим.

До слухових галюцинацій відноситься і так званий вербальний галюциноз – слухові галюцинації у вигляді монологу або діалогу, коментування минулих і теперішніх вчинків і їх осудження.

Слухові галюцинації найчастіше зустрічаються при шизофренії і хронічному алкоголізмі.

Смакові галюцинації – смак падали, гіркоти, металу.

Тактильні галюцинації – відчуття під шкірою паразитів, розтікання по тілу води, відчуття стороннього тіла в роті.

Особливим видом складних тактильних галюцинацій є так звані тілесні (органічні) галюцинації. Хворий скаржиться на відчуття обростання тіла шерстю, росту зубів, викривлення кінцівок, пересування мозку.

Суттєвим для діагностичного процесу є поділ галюцинацій на істинні і хибні (псевдогалюцинації).

Істинні галюцинації характеризуються яскравістю, чуттєвістю і екстрапроекцією галюцинаційних образів (образ має певне місце в просторі). При істинних галюцинаціях пацієнт вказує на місце розміщення образу поза собою, в зовнішньому просторі, на певній відстані (чує голос за стіною, бачить людину на відстані). Критична оцінка відсутня.

Псевдогалюцинації – це галюцинації, які не мають екстрапроекції: образ хворий бачить “внутрішнім оком”, чує “внутрішнім вухом”, сприймає в суб’єктивному просторі. Галюцинаторні “голоси” або образи проектується не зовні, а локалізуються у голові хворого. Наприклад, хворий періодично чує голос, яким говорить “чорт”, і одночасно бачить в голові це саме слово, написане сірими літерами.

Псевдогалюцинації мають нав’язливий “зроблений” характер галюцинаторних образів. Образи тьмяні, розмиті. Хворий може на деякий час відгородитись, заховатися від них. Ставлення хворого до псевдогалюцинаторних образів може бути критичне або некритичне.

Особливим видом галюцинацій є психічні галюцинації – сприймання чужих думок в голові, інколи з почуттям насильства, почуттям підміни думок, крадіжки думок, зупинки думок, переживання відкритості власних думок і читання думок.

Ставлення пацієнта до галюцинацій може бути критичним і некритичним.

Про критичне ставлення говорять у тих випадках, коли пацієнт оцінює галюцинації як прояв хвороби.

Про некритичне ставлення говорять тоді, коли пацієнт галюцинаційні образи сприймає як реально існуючі і поведінка його спрямовується змістом галюцинацій.

Так, наприклад, одному пацієнту голоси наказали вилити на себе гарячу воду, він це виконав, отримавши важкі опіки. Іншому пацієнту, коли він їхав в поїзді, голоси наказали розірвати залізнодорожний квиток. Він тричі виконав цю вимогу, купуючи на станціях нові квитки.

Механізм виникнення галюцинацій і на сьогодні достатньо не відомий.

Згідно однієї з теорій, галюцинації виникають у результаті появи патологічних вогнищ інертного збудження в корковому кінці аналізатора. При зорових галюцинаціях таке інертне вогнище збудження знаходиться в потиличній ділянці кори.

Згідно концепції Е.А. Попова, галюцинації – результат виникнення перехідних (гіпнотичних) фаз у клітинах кори головного мозку.

Найчастіше галюцинації зустрічаються при ендогенних психозах, хронічному алкоголізмі, наркоманіях, токсикоманіях.

Агнозії – порушення зорових, слухових і кінестетичних сприймань при локальних ураженнях кори головного мозку, викликаних судинними захворюваннями, травмами, пухлинами та іншими патологічними процесами.

Зорові агнозії поділяються на предметні агнозії і оптико-просторові.

Предметні агнозії проявляються в тому, що пацієнт не впізнає окремі предмети. Так, розглядаючи малюнок окулярів, пацієнт говорить: “Я бачу коло, потім пряму лінію ... це соняшник”.

Предметні агнозії можуть бути різного ступеня вираженості. Так, хворий може впізнати предмет або його малюнок, але не впізнає цей предмет, коли він на малюнку зашумлений (заштрихований), або коли в нього відсутня якась деталь (малюнок риби без плавників сприймається як ракета, слон без хобота – як інша тварина).

Деякі пацієнти не можуть виділити на малюнку предмети з накладеними один на одного контурами (так звані фігури Попельрейтера).

При предметній агнозії на перший план виступає порушення узагальненого сприймання предметів – пацієнти не можуть впізнати зображення столу, стільця, чайника, ключа і інших предметів.

У деяких пацієнтів спостерігається порушення зорового сприймання, при якому узагальнене сприймання предметів залишається відносно збереженим і на передній план виступають розлади індивідуального сприймання. У таких пацієнтів порушується здатність впізнавати знайомі обличчя. Пацієнти не знають, чи бачили вони це обличчя раніше чи ні, жіноче чи чоловіче обличчя перед ними, погано розрізняють міміку, не вловлюють виразу веселості, сміху, смутку, плачу. Дана агнозія отримала назву агнозії на обличчя, або агнозії індивідуальних ознак.

Одна з форм порушень зорового гнозиса отримала назву оптико-просторової агнозії. При цій формі зорової агнозії порушується сприймання пацієнтом просторового розміщення окремих предметів, пацієнти не можуть правильно сприйняти просторові відношення. Перебуваючи в лікарні, такі пацієнти не можуть навчитися знаходити дорогу в кабінет лікаря, в їдальню, туалет, у свою палату.

Зорові агнозії спостерігаються при ураженні потиличних і частково нижньо-задніх відділів тім'яних долей головного мозку.

Слухові агнозії виникають при ураженнях скроневих ділянок мозку. У пацієнтів цією формою агнозії порушується слухове сприймання. Вони не можуть впізнати знайомі раніше їм звуки: шелест паперу, шум вітру, шум двигуна автомобіля, літака, мотоцикла й ін.

Кінестетичні агнозії виникають при ураженні передньо-нижніх відділів тім'яних долей головного мозку. При цьому виникають розлади вищих форм дотикового сприймання, які отримали назву астереогноз. Промацуючи з закритими очима будь-який предмет (ключ, монету, гребінець), пацієнти не можуть визначити його форму, величину і впізнати його).

А при відкритих очах цей предмет швидко і безпомилково ними впізнається.

Псевдоагнозії при деменції. Дослідження зорового сприймання у хворих з деменцією (набутим розумовим недорозвитком), які проведені Б.В. Зейгарник, виявили, що пацієнти з деменцією не впізнають силуетних і пунктирних малюнків, не можуть описати сюжету ситуаційних малюнків при одночасному опису окремих предметів і деталей малюнка.

У деяких хворих окремі частини малюнка зливаються, зміщуються з фоном, зображення предметів не впізнається. Предмет впізнавання у них обумовлюється тією частиною малюнка, на яку хворий фіксує свою увагу. Так, гриб хворий називає помідором, коли фіксує свою увагу на головці гриба, або ж бачить у грибі огірок, коли фіксує увагу на його ніжці. Тому при пред'явленні малюнка хворому часто байдуже показують йому цілий предмет чи його частину.

При кольорових сюжетних малюнках дементні хворі легко піддаються дифузному враженню яскравого забарвлення окремих частин малюнка і описують їх за цією ознакою.

Звільнене від організуючої ролі мислення зорове сприймання у дементних хворих стає дифузним, легко виникає структурний розпад, несуттєві елементи малюнка стають центром уваги і ведуть до невірною впізнавання.

У результаті випадіння і розладів смислових компонентів у дементних хворих страждає ортоскопічне сприймання, яке проявляється в тому, що хворі не впізнають предмет або малюнок в перевернутому вигляді (наприклад, малюнок kota в перевернутому вигляді сприймається як якийсь пам'ятник, черевик у перевернутому вигляді – як урна т. ін. У прямій експозиції хворий впізнає ці предмети.

Характерним для дементних хворих є те, що при незначному віддаленні предметів не зберігається константність їх величини.

Таким чином, картина розпаду сприймання при деменції підтверджує провідну роль фактору осмисленості і узагальнення в будь-якому акті людського сприймання.

Порушення уваги

Загострення уваги – людина легко зосереджується і продуктивно працює. Зустрічається при гіпоманіакальних станах.

Виснажливість уваги проявляється в тому, що хворий здатний мобілізувати свою увагу на початку діяльності, а в подальшому увага падає і працездатність знижується.

Патологічна фіксація уваги характеризується надмірною прикутістю уваги до певного об'єкту, діяльності, думки. Зустрічається при надцінних ідеях, нав'язливих станах, маячних ідеях.

Персеверація уваги – патологічний стан, при якому одна і та же дія повторюється багаторазово в результаті затруднення перемикання уваги на нову дію, новий об'єкт. Зустрічається при ураженнях лобних долей мозку.

Підвищене перемикання уваги – характеризується безперервним перемиканням уваги на нові об'єкти зовнішнього світу, слова, події, в результаті чого хворі не можуть зосередитись довготривалий час на одному об'єкті, постійно перескакують від однієї думки на іншу, використовуючи при цьому поверхневі, неглибокі асоціації. Зустрічається при маніакальних станах.

Порушення пам'яті.

Кількісні порушення пам'яті:

Амнезії – розлади пам'яті в вигляді порушення здатності запам'ятати, зберігати і відтворювати інформацію.

При порушенні процесу запам'ятовування виникає фіксаційна і перфораційна амнезія.

Фіксаційна амнезія – характеризується порушенням запам'ятовування отриманої людиною інформації (біжучих подій) і прискоренням процесу забування.

Перфораційна амнезія характеризується лише частковою фіксацією інформації, а інша частина її не фіксується в пам'яті людини. Подібні порушення пам'яті, які виникають у хворих хронічним алкоголізмом, називаються палімпсестами (втрата здатності відтворювати окремі деталі, епізоди, які мали місце в період інтоксикації).

Порушення процесу збереження і відтворення приводить до появи “провалів пам'яті” – ретроградної, антероградної, ретроантероградної.

Ретроградна амнезія – випадіння з пам'яті подій (інформації), які були набуті до виникнення з пацієнтом епізоду порушення свідомості.

Антероградна амнезія – випадіння з пам'яті інформації, яка була набута після епізоду порушення свідомості.

Ретроантероградна амнезія – випадіння з пам'яті інформації, яка була набута до і після епізоду порушення свідомості.

Порушення пам'яті можуть бути не лише тотальними, але і частковими. До останніх відносяться гіпомнезії і гіпермнезії.

Гіпомнезія – зниження, ослаблення пам'яті. Зустрічається при перевтомі, після перенесення важких захворювань, при церебральному атеросклерозі, черепно-мозкових травмах.

Гіпермнезія – стан, при якому відмічається підвищена здатність до запам'ятовування. Зустрічається при шизофренії, маніакальній стадії маніакально-депресивного психозу. Гіпермнезія також може виникнути при прийомі алкоголю, наркотиків, кофеїну, фенаміну. Зустрічаються окремі спеціальні види гіпермнезій, що проявляється в легкому відтворенні дат, подій, цифр, музичних творів.

Якісні порушення пам'яті.

Найбільшу діагностичну цінність мають якісні порушення пам'яті, так звані парамнезії. **Парамнезії** – патологічні стани, при яких спостерігаються

помилки, обмани пам'яті, які зустрічаються в процесі відтворення тих чи інших подій.

До парамнезій відносяться: конфобуляції, псевдоремінісценції, криптомнезії.

Конфобуляції – патологічний стан, при якому провали пам'яті замінюються видуманими подіями і фактами, яких не було.

Псевдоремінісценції – патологічний стан, при якому порушується хронологія пам'яті, при якій події минулого переносяться в теперішній час життя хворого.

Криптомнезії – патологічний стан, при якому провали пам'яті заповнюються подіями, взятими з розповідей інших людей, книжок, кінофільмів, тобто хворий привласнює собі чужі думки і дії.

У психіатричній клініці у хворих хронічним алкоголізмом після черепно-мозкових травм, нейроінфекції і інтоксикації головного мозку зустрічається так званий синдром Корсакова.

Корсаківський амнестичний синдром включає в себе: фіксаційну амнезію, парамнезії, порушення орієнтації в просторі і часі, при збереженій пам'яті на давні події.

Порушення мислення

Порушення мислення в психіатричній практиці носять різноманітний характер. Їх важко звести в одну якусь схему класифікації.

Б.В. Зейгарник поділяє всі порушення мислення на три групи:

1) порушення операційної сторони мислення;

2) порушення особистісного компоненту мислення;

3) порушення динаміки мислення.

Слід мати на увазі, що особливості мислення кожного окремого хворого не завжди можуть бути класифіковані в межах одного виду порушення. Часто в структурі патологічно зміненого мислення хворих спостерігаються складні поєднання різних видів порушень мислення. Так, наприклад, порушення процесу узагальнення в одних випадках може поєднуватись із порушенням цілеспрямованості мислення, в інших – з різними підвидами порушення його динаміки.

Порушення операційної сторони мислення

При деяких формах патології психічної діяльності хворі втрачають можливість використовувати систему операцій узагальнення і відволікання (абстрагування).

Порушення операційної сторони мислення проявляється в двох варіантах: а) зниження рівня узагальнення; б) викривлення процесу узагальнення.

Зниження рівня узагальнення

Зниження рівня узагальнення полягає в тому, що в судженнях хворих домінують безпосередні уявлення про предмети і явища, оперування загальними ознаками замінюється встановленням лише конкретних зв'язків між предметами.

При виконанні експериментальних завдань такі хворі не в стані із багатьох можливих ознак відібрати ті, які найповніше розкривають поняття.

Так, наприклад, у дослідженні за методом класифікації хворий відмовляється об'єднати в одну групу собаку і kota, тому що вони між собою ворогують. Інший хворий не об'єднує лисицю і жука, тому що “лисиця живе в лісі, а жук літає”. Часткові ознаки “живе в лісі”, “літає” визначають судження хворого більше, ніж загальна ознака “тварини”.

При вираженому зниженні рівня узагальнення хворим взагалі недоступна задача на класифікацію. Для досліджуваних предмети за своїми конкретними властивостями настільки відрізняються один від одного, що не можуть бути об'єднані. Навіть стіл і стілець не можна віднести до однієї групи, так як “за столом працюють і їдять”, а “на стільці сидять”. У деяких випадках хворі утворюють велику кількість дрібних груп на основі конкретного предметного зв'язку між ними, наприклад, ключ і замок, нитка і голка, зошит і олівець. Інколи досліджувані об'єднують предмети як елементи якого-небудь сюжету (хворий розповідає що-небудь з приводу цих предметів), але класифікацію не проводять. Наприклад, одну групу складають яйце, ложка, ніж; іншу – зошит, перо, олівець і т. п. При цьому досліджуваний пояснює: “Він прийшов з роботи, закусив яйцем з ложки, відрізав собі хліба, потім трохи позаймався, взяв зошит, перо і олівець...”.

Такого роду помилкові рішення за Б.В. Зейгарник, позначаються як конкретно-ситуаційні поєднання.

Найчастіше такі рішення зустрічаються у олігофренів (95%), у хворих епілепсією (86%), енцефалітом (70%). У всіх цих хворих, як правило, були відсутні психотичні симптоми (марення, галюцинації, розлади свідомості), але переважали ознаки зниження інтелекту. Такі хворі можуть правильно виконати яку-небудь складну роботу, коли її умови обмежені і чітко передбачені. Зміни умов викликають затруднення і неправильні дії хворих. При вираженому ступені захворювання хворі не можуть об'єднати слова, навіть за конкретними ознаками. Інколи предмети сортуються таким чином, що об'єднаними стають лише найближчі два предмети. Наприклад, до столу приєднується книжка (за столом сидять і читають книжку).

Таким чином, операція класифікації, в основі якої покладено виділення ведучої властивості предмету, відволікання від багатьох інших конкретних властивостей предметів, викликає затруднення, і хворі вдаються до ситуаційного обґрунтування груп.

Аналогічні результати були виявлені у цієї групи хворих при виконанні завдання за методом вилучення.

Так, наприклад, при пред'явленні картки, на якій зображені термометр, годинник, вага, окуляри, один хворий говорить, що потрібно вилучити термометр, так як він “потрібний тільки хворій людині”, інший хворий вилучає вагу, пояснюючи це тим, що “коли людина короткозора, вона дивиться на термометр і годинник через окуляри”.

При вираженому ступені інтелектуального недорозвитку хворі не можуть зрозуміти самого смислу запропонованого завдання.

Вони не можуть засвоїти того, що для вилучення четвертого лишнього предмету необхідно об'єднати три предмети, за яким-небудь принципом,

керуючись яким потрібно протиставити їм четвертий. Сама розумова операція об'єднання і протиставлення їм не під силу.

Деякі хворі зразу ж після ознайомлення з інструкцією протестують: “Тут нічого зайвого немає, всі предмети потрібні”. Так, хвора “Д” епілепсією при пред'явленні зображень черевика, туфлі, чобота і ноги заявляє: “Вибачте, тут немає нічого зайвого”. Коли ж експериментатор пропонує вилучити малюнок ноги, так як вона є частиною тіла, а останні три предмети є взуттям, хвора сміється: “Що це ви жартуєте, не розумію? Хіба можна ногу вилучати? Коли б не було у людини ноги, то навіщо їй потрібне взуття?”. В наведеному прикладі хворі підходять до зображених предметів з точки зору їх життєвої придатності і не можуть виконати тієї теоретичної дії, яка від них вимагається завданням.

Неможливість виконання завдання в узагальненому плані, невміння відволікатись від окремих конкретних властивостей предметів пов'язані з тим, що хворі не можуть засвоїти умовності, яка прихована в завданні.

Особливо чітко виступає таке нерозуміння умовності при тлумаченні досліджуваним прислів'їв і метафор.

Як відомо, прислів'я є таким жанром фольклору, в якому узагальнення, судження передаються через зображення окремого факту або явища конкретної ситуації. Справжній смисл прислів'я тільки тоді стає зрозумілим, коли людина відволікається від конкретних фактів, про які говориться в прислів'ї, коли конкретні поодинокі явища набувають характеру узагальнення. Тільки при цій умові здійснюється перенесення змісту ситуації прислів'я на аналогічні ситуації. Таке перенесення подібне за своїм механізмом з перенесенням способу розв'язання однієї задачі на іншу, що особливо чітко виступає при співставленні фраз до прислів'їв.

Розглядаючи проблему перенесення С.Л. Рубінштейн відзначає, що “в основі перенесення лежить узагальнення, а узагальнення є наслідком аналізу, який розкриває суттєві зв'язки”.

Дослідженнями К. Шнайдер, Е. Гадліха, К. Гольдштейна встановлено, що хворі з захворюваннями центральної нервової системи часто не можуть зрозуміти переносного смислу прислів'їв і метафор.

Б.В. Зейгарник встановила, що хворі, які не змогли виділити узагальнену ознаку в досліді на класифікацію предметів, часто не можуть передати переносного смислу прислів'їв.

“Куй залізо, поки гаряче” означає, на думку одного із хворих, що “залізо не можна кувати, коли воно холодне”. Інший хворий при пред'явленні прислів'я “Не в свої сани не сідай” говорить: “Навіщо в чужі сани сідати? Як же це? Недобре в чужі сани залазити”. З великим зусиллям вдається пояснити таким хворим переносний смисл, але при пред'явленні наступного прислів'я хворий знову намагається передати лише його конкретний зміст. Внаслідок того, що слово виступає для хворих у конкретному значенні, вони не можуть осмислити умовність, яка криється в прислів'ї.

У деяких випадках, хоч хворі здатні зрозуміти переносний смисл, прислів'я їм здається, що він є недостатньо точним і не відображає всі фактично можливі життєві ситуації. Так, хворий “Х” не згідний з прислів'ям “Шила в мішку не заховаєш”, заявляючи: “Це не завжди так. Буває так, що злодії ховаються, їх не

впіймаєш. Я знаю такий випадок”. Інший хворий заявляє з приводу прислів'я “Вовків боятися – в ліс не ходити”: “Це неправильне прислів'я. Інколи не потрібно ризикувати: це прислів'я проповідує непотрібне геройство”.

У даному випадку хворі в стані зрозуміти умовний смисл прислів'я, але той факт, що він не може бути застосований до всіх життєвих ситуацій, заважає їм признати його правильним.

Хворі не можуть зрозуміти того, що смисл прислів'їв може не співпадати з окремими життєвими ситуаціями. Отже, і в цих випадках виступає надмірна пов'язаність хворих з реальними життєвими фактами, невміння абстрагуватись від них, що приводить до нерозуміння умовності змісту прислів'я і метафори.

Особливо чітко виступає нерозуміння умовності в досліді на опосередковане запам'ятовування (метод піктограм). Складність цього завдання полягає в тому, що малюнок не може відбити тієї кількості асоціацій, які можуть актуалізуватись при сприйманні слова; необхідно відібрати лише яку-небудь з них, яка здатна “стати” на місце слова, а це можливо лише при достатньому рівні узагальнення.

Проведені Г.В. Біренбаумом та Б.В. Зейгарник дослідження за допомогою методики піктограм виявили, що у хворих з грубими органічними ураженнями мозку переважають конкретно-ситуаційні зв'язки.

Так, хворі з органічними ураженнями мозку не можуть придумати малюнок для запам'ятовування слів “важка робота”, “розвиток”, “хвора жінка”.

Деякі хворі намагаються майже фотографічно відобразити в малюнку життєву ситуацію.

Так, при необхідності запам'ятати вислів “веселе свято” хворий говорить: “Що тут намалювати? Необхідно мабуть намалювати накритий стіл, їжу, пляшки. Як це все намалювати, я ж не художник”.

Інколи хворі не можуть зупинитись на якому-небудь певному малюнку, так як ні один з них не передає достатньо повно і точно конкретне значення слова. Так, один з хворих хоче для запам'ятовування слів “голодна людина” намалювати хліб, але тут же відкидає цей малюнок як неправильний: “У голодної людини якраз то хліба і немає”. Тут же він вирішує зобразити фігуру худої людини, але і цей малюнок його не задовольняє, тому що “людина може бути худою не із-за голоду, а із-за хвороби”. Не в стані зрозуміти умовність, яка є в завданні, хворі часто намагаються уточнити буквальний смисл слова.

Так, хворий, якому дано завдання намалювати малюнок на слова “голодна людина”, намагається в'яснити у експериментатора, яка саме ця голодна людина: тому, що він безробітний чи просто не встиг поїсти. Замість узагальненого поняття “голодна людина” виступають різні уявлення про голодну людину в різних ситуаціях.

Таким чином, співставлення даних, отриманих за допомогою різних методів (класифікації предметів, вилучення предметів, пояснення прислів'їв, метафор і метод піктограм), виявило у хворих епілепсією, енцефалітом, олігофренією порушення процесу узагальнення: конкретно-ситуаційний характер їх суджень, нерозуміння переносу, умовності. Ці хворі були об'єднані Б.В. Зейгарник у групу хворих, у яких порушення мислення кваліфікується як зниження рівня узагальнення.

Зниження рівня узагальнення також може бути виявлено за допомогою асоціативного експерименту, методу “встановлення послідовності подій”. При виконанні цих методик хворими з органічними ураженнями центральної нервової системи окремі деталі не пов’язуються, не синтезуються, ситуація в цілому не осмислюється. Судження хворих про предмети не включає в себе всього того суттєвого, що дійсно відноситься до нього. Тому пізнання хворих неповне, незавершене, мізерне. Із-за надзвичайно звуженого кола асоціацій, мовного обсягу знань і вмінь хворі обмежені в своїх можливостях і можуть діяти тільки в певних жорстко передбачуваних умовах. Зміна ситуації не викликає у таких хворих зміни способу їх дій.

Таким чином, мислительна діяльність хворих з епілепсією, олігофренією, органічними ураженнями центральної нервової системи недосконало відображає предмети, явища і їх взаємозв’язки, тому що повноцінний процес відображення об’єктивних властивостей і закономірностей явищ завжди передбачають вміння абстрагуватись від конкретних деталей.

Викривлення процесу узагальнення

Викривлення процесу узагальнення є антиподом процесу зниження рівня узагальнення.

Коли при зниженні рівня узагальнення судження хворих не виходять за межі часткових поодиноких зв’язків, то при викривленні процесу узагальнення відмічається значний відрив суджень від конкретних зв’язків.

Хворі з викривленням процесу узагальнення в своїх судженнях відображають лише випадкові сторони явищ, суттєві зв’язки між предметами і явищами не приймаються до уваги, предметний зміст речей і явищ часто не враховується.

Так, виконуючи завдання на класифікацію предметів, хворі керуються надмірно загальними ознаками, неадекватними реальним відношенням між предметами.

Наприклад, хворий М. об’єднує виделку, стіл і лопату за принципом “твердості”; гриба, коня і олівець він відносить в одну групу за принципом “зв’язку органічного і неорганічного”.

Подібні виконання завдання Б.В. Зейгарник кваліфікує як беззмістовні, вихолощені. Найчастіше вони зустрічаються у хворих шизофренією (67%) і у психопатів (33,3%).

Подібні хворі живуть у світі своїх маячних переживань, мало цікавляться реальною обстановкою, намагаються до незначних, буденних явищ підходити з “теоретичних позицій”. В бесіді такі хворі здатні торкнутися питань загального характеру, але вони не в стані інколи відповісти на конкретне запитання.

Мова хворих носить дивний характер. Так, наприклад, говорячи про шафу, один з хворих називає її “обмеженою частиною простору”.

При виконанні завдання на класифікацію предметів хворі шизофренією об’єднують їх на основі дуже загальних ознак (твердість, рух), що виходить за межі змістовної сторони явищ, або на основі чисто зовнішніх, несуттєвих ознак (отвори). Так, хвора М. (шизофренія, параноїдна форма) об’єднує в одну групу жука і лопату, пояснюючи це так: “Лопатою риють землю, жук також риється в

землі”; шафу і каструлю (у обох предметів є отвори); годинник і велосипед (годинник вимірює час, а коли їдуть на велосипеді – вимірюється простір).

Особливо чітко беззмістовний характер суджень хворих шизофренією і психопатією проявляється при виконанні завдання на складання піктограми. Так, один з хворих для запам’ятовування слова “розвиток” малює дві стрілки, для запам’ятовування слова “розлука” – лук.

Беззмістовний характер розумової діяльності хворих шизофренією виявляється і в асоціативному експерименті.

Так, експеримент, проведений в лабораторії Б.В. Зейгарник з 50-ти хворими шизофренією, показав, що адекватні відповіді спостерігались в 30,4% випадках (всього було пред’явлено 1050 слів). Майже половину відповідей (45,8%) складала відповіді типу “ехолалій” (колесо – колісниця), відповіді за співзвучністю (лікування – міркування), відповіді типу мовних штампів (мета – мета оправдує засоби). Були і відповіді типу екстрасигнальних (місяць – отрута). Відповіді, які відображали конкретну властивість предметів, мали місце в 11,4% випадків. Відсутність відповідей спостерігалась у 12,4% випадків і була пов’язана з негативістським ставленням до завдання.

Переважа формальних, випадкових асоціацій, відхід від змістовної сторони завдання створюють основу для того безплідного розмірковування, яке характеризує подібних хворих і яке носить назву “резонерство”. Ця особливість мислення подібних хворих часто виявляється вже при самій простій розумовій дії – опису сюжетних малюнків.

Хворі не вникають у їх конкретний зміст, а сприймають їх з точки зору загальних положень. Так, малюнок, на якому зображена жінка, що носить дрова, один з хворих описує її: “Це жінка і її доля”.

Резонерство особливо чітко виступає при виконанні завдань, які вимагають словесних формулювань, наприклад, при визначенні і порівнянні понять. Так, хворий М. (шизофренія) дає таке визначення годинника: “Імпульс, або пульс життєдіяльності всього людства”. Хворий А. (шизофренія) при порівнянні слів “дощ” і “сніг” дає таке визначення: “Предмети вологості, які відрізняються пересуванням деяких речовин по відношенню до окружності землі”.

Ще чіткіше вихолощене резонерство проявляється в досліді на пояснення прислів’їв. Хворий Е. (шизофренія), визначаючи смисл прислів’я “Не все те золото, що блищить”, вдається до вихолощеного розмірковування з приводу цінності золота з точок зору філософської і соціально-етичної.

Подібні резонерські висловлювання обумовлені, з однієї сторони, тим, що слово виступає для хворого в різних значеннях, з іншої сторони, саме завдання, поставлене перед хворим, не спрямовує його думки, він виходить із більш узагальнених “принципів”.

Подібні порушення мислення у хворих шизофренією Ф.В. Бассін назвав “сміисловою пухлиною”.

І.П. Павлов неодноразово відзначав, що використання мови – це перевага людини, але вона завжди в собі приховує можливість відриву від дійсності, відходу в безплідну фантазію, коли за словом не стоять найближчі провідники дійсності. Логіка перебігу думок повинна контролюватися практикою, за образним висловлюванням І.П. Павлова, “добродійкою дійсності”. Із-за

відсутності перевірки практикою мислительна діяльність хворих стає неадекватною, їх судження перетворюються, за висловлюванням І.П. Павлова, в “розумову жвачку”.

Можливо, цим пояснюється і той переконливий факт, що у подібних хворих мова не полегшує виконання завдання, а утрудняє його; виголошені хворим слова викликають нові, часто випадкові асоціації, які хворими не відгальмовуються. Виконавши в реальній дії завдання правильно, хворі неадекватно розмірковують із приводу нього.

Цей факт проявляється в експерименті на співвіднесення фраз до прислів'їв і метафор; хворі часто вибирають адекватну фразу, але при цьому безглуздо пояснюють свій вибір і після пояснення анулюють своє вірне виконання.

Таким чином, при виконанні експериментальних завдань хворі зближують будь-які відношення між предметами і явищами, навіть коли вони неадекватні конкретним життєвим фактам. Реальні відмінності і подібності між предметами не приймаються хворими до уваги, не служать контролем і перевіркою їх суджень і дій, і замінюються чисто словесними, формальними зв'язками. Такі хворі намагаються підвести будь-яке незначне явище під певну теоретичну “концепцію”.

Порушення особистісного компоненту мислення. У клініці психічних захворювань спостерігаються порушення мислення, обумовлені порушеннями особистості. До них відносяться різноплановість мислення, резонерство.

Мислення є складною саморегулюючою формою діяльності. Воно визначається метою і поставленим завданням. Суттєвим етапом мислительної діяльності є зіставлення отриманих результатів з умовами задачі і передбачуваними результатами. Для того, щоб процес зіставлення виконувався, людська думка повинна бути активною, спрямованою на об'єктивну реальність. Втрата цілеспрямованості мислення приводить не тільки до поверховості і незавершеності суджень, але і до того, що мислення перестає бути регулятором дії людини.

Зв'язок порушення мислення зі змінами мотиваційної сфери спостерігається при різних формах душевних хвороб.

Вже при аналізі того виду патології мислення, яке називається “викривлення рівня узагальнення”, можна, по суті, говорити про порушення мотиваційного компоненту мислення.

Як вже відмічалось, хворі, в яких виступають подібні порушення, спіралися в своїх судженнях на ознаки і властивості, які не відображають реальні відношення між об'єктами.

Наше сприйняття світу завжди включає в себе і смислове відношення до нього, і його предметно-об'єктивне значення. Явище, предмет, подія можуть у різних життєвих умовах набувати різного смислу, хоча знання про них залишаються ті ж самі. Суттєвість ознак і властивостей, значущість самого предмету або явища залежать від того, який смисл вони набули для людини. А.Н. Леонтьєв вказував, що явище змінюється зі сторони “смислу для особистості”.

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

Звичайно, зміна емоцій, сильні афекти можуть і здорову людину привести до того, що предмети і їх властивості почнуть виступати в зміненому значенні. Але в експериментальній ситуації, яка б вона не була значуща для хворого, об'єкти виступають у своїй однозначній характеристиці. Посуд завжди виступає як посуд, меблі – як меблі. При всіх індивідуальних відмінностях – різниці в освіті, при всій різнорідності мотивів, інтересів – здорова людина при необхідності класифікувати об'єкти не підходить до ложки як до “рухомого предмету”. Операція класифікації може проводитися в більшому чи меншому узагальненому плані, але предметне значення об'єкту, з яким людина здійснює ту чи іншу операцію, залишається стійким. Тому ознаки, на основі яких проводиться операція класифікації, властивості предметів, які актуалізуються при цьому, до певної міри носять характер стандартності і банальності. В деяких хворих шизофренією ця стійкість об'єктивного значення речей порушується.

Зрозуміло, що і в них вироблялись загальні (в порівнянні з нормою) знання про речі і явища. Вони їдять ложкою і в якості засобу пересування використовують тролейбус; стосовно до виконання інтелектуального завдання – класифікації предметів – ці ж хворі могли віднести ложку до категорії посуду, шафу до категорії меблі, але одночасно ложка для них могла виступати як об'єкт “руху”.

Поряд з актуалізацією звичайних, обумовлених всім минулим життєвим досвідом властивостей предметів, відношень між предметами і явищами, могли оживлятися і неадекватні (з точки зору нормальних уявлень про світ) зв'язки і відношення, які набули смисл лише завдяки зміненим установкам і мотивам хворого. Ця єдність, в яку включається значення предмету і смислове відношення до нього, втрачалася в зв'язку зі змінами в сфері мотивів і установок. Особливо яскраво порушення особистісного компоненту проявлялося при цьому виді порушення мислення, яке було охарактеризоване Б.В. Зейгарник як “різноплановість мислення”.

Різноплановість мислення

Порушення мислення, позначене як “різноплановість”, полягає в тому, що судження хворих про яке-небудь явище протікає в різних площинах. Хворі можуть правильно засвоїти інструкції. Вони можуть узагальнити запропонований їм матеріал; актуалізовані ними знання про предмети можуть бути адекватними; вони порівнюють об'єкти на основі суттєвих властивостей предметів. Разом з тим хворі не виконують завдання в належному напрямі: їх судження протікають у різних руслах, різних площинах.

Різноплановість мислення проявляється при дослідженні методиками “класифікації” і “вилучення”.

При різноплановості мислення сама основа класифікації не носить однозначного характеру. Хворі об'єднують об'єкти протягом виконання одного і того ж завдання то на основі властивостей самих предметів, то на основі

особистих смаків, установок. Процес класифікації проходить у хворих в різних площинах.

Так, хворий Г. (шизофренія) виділяє групи то на основі узагальненої ознаки (тварини, посуд, мебель), то на основі матеріалу (залізні), кольору (пофарбовані в червоний або синій колір), моральних і загальнотеоретичних уявлень (група, яка свідчить про “силу розуму людини”). В останню групу він включив: лопату, ліжку, ложку, автомобіль, корабель, літак.

Деякі хворі керуються при виконанні завдання особистими смаками, уривками спогадів. Так, хворий С. (параноїдна форма шизофренії), виконуючи завдання на класифікацію предметів, намагається утворити групи тварин, рослин, але тут же додає: “Але коли підходити з моєї особистої точки зору, то я не люблю гриби і викину цю картку. Колись я отруївся грибами”. Таким чином, хворий втрачає мету завдання не тому, що він виснажився, а тому, що виконує класифікацію, виходячи то з особистого смаку, то кладучи в основу спогади про те, що він “отруївся грибами”.

Інший хворий не згоджується віднести собаку в групу виділених ним домашніх тварин, тому що: “Я не стану їсти собачину”.

Різноплановість мислення проявляється і при виконанні завдання на “вилучення предметів”. Так, хвора Г. (проста форма шизофренії) здатна виконати завдання на узагальненому рівні; вона вилучає сонце як природне світило, але тут же вилучає окуляри, не тому, що вони не є вимірювальним приладом, а тому, що “вона їх не любить”, на такому ж обґрунтуванні вона вилучає парасольку.

При виконанні будь-якого найпростішого завдання хворі підходили не з позиції обумовлених конкретною ситуацією експерименту, а керувалися зміненими відношеннями, зміненими життєвими установками. У таких хворих предметне значення речей в одній і тій же ситуації стає нестійким, інколи суперечливим. З різноплановістю мислення тісно пов'язане і символічне мислення у хворих шизофренією. При символічному мисленні звичайні предмети набувають значення “символу”.

Різноплановість мислення в клінічній практиці проявляється в парадоксальності мотивів і емоційних реакцій, відхиленням поведінки хворих від звичних нормативів. Попередні інтереси, погляди хворих виступають на задній план перед неадекватними, хворобливими установками. Хворий не турбувався про своїх близьких, але одночасно проявляв стурбованість із приводу “харчового раціону своєї кішки”.

Парадоксальність установок цих хворих, смислове зміщення призводили до глибокої зміни структури будь-якої діяльності, як практичної, так і розумової. В якості суттєвого виступало те, що відповідало зміненим парадоксальним установкам хворого. В умовах експериментальної ситуації смислове зміщення призводить до актуалізації несуттєвих, малозначущих, “латентних” властивостей, які одночасно існують з адекватними (С.Л. Рубінштейн). Мислення втрачає цілеспрямованість.

У своїй доповіді на XVIII Міжнародному конгресі психологів в Москві (1966) “Потреби, мотиви, свідомість” А.Н. Леонт'єв говорив про те, що “засвоєні людиною значення можуть бути вузькими або ширшими, менш

адекватними або більш адекватними, але вони завжди зберігають свій об'єктивізований, якби “надособистісний характер”. Мабуть, у хворих шизофренією “надособистісний характер” значення втрачається.

Резонерство – це схильність до безплідного, багатослівного, непродуктивного розмірковування.

Дослідження Б.В. Зейгарник показали, що механізмом резонерства є не стільки порушення інтелектуальних операцій, скільки підвищення афективності, неадекватного відношення, намагання підвести навіть незначне явище під яку-небудь “концепцію”.

Резонерство проявляється при застосуванні методик: “класифікація предметів”, “визначення і порівняння понять”.

Психологічну характеристику резонерства достатньо вивчала Т.І. Тепеніцина. Вона відмічає, що “резонерство” виражається в претенційно-оцінюючій позиції хворого і схильності до надмірного узагальнення по відношенню до дрібного об'єкту суджень. Резонерство хворих виступало в тих випадках, коли мала місце афективна захопленість, надмірне звуження кола смислоутворюючих мотивів, підвищена тенденція до “оцінюючих суджень”.

При дослідженні методикою “класифікації” хвора В.П. із діагнозом шизофренія параноїдна, об'єднала в одну групу “півня, моряка і жінку” – “Півень гордий, моряк стрункий, а жінка красива”.

Незважаючи на втручання експериментатора, класифікація предметів залишилася незавершеною.

Аналогічний результат виявляється і при визначенні слів “дружба, голова”: “Голова – це частина тіла, без якої жити неможливо. Не-мож-ли-во! Як говорить Маяковський, “мозок класу, сила класу”. В голові розміщений мозок – мозок тіла, сила тіла – от що таке голова. Без руки жити можна, без ноги можна, а без голови не рекомендується”.

При порівнянні понять “годинник” і “термометр” хвора шизофренією відповідає: “Це життя. Термометр – це життя! І годинник – це життя. Тому, що термометр потрібно, щоб вимірювати температуру людей, а час вимірюється годинником” і т.п.

Різноманітність і резонерство хворих знаходить своє вираження в мові, яка набуває характеру “розірваності”. Нерідко такі хворі говорять незалежно від присутності співбесідника (симптом монолога). При зовнішній впорядкованості поведінки і правильній орієнтації в обстановці, монотонним і стійким голосом хворі годинами виголошують монологи, не проявляючи при цьому ніякої зацікавленості в увазі співбесідників.

Аналіз “розірваного” мислення приводить до таких висновків:

По-перше, в довготривалих висловлюваннях хворих немає ніякого змісту, відсутні хоча б які-небудь довготривалі зв'язки між предметами і явищами.

По-друге, в мові хворих не можна виявити певного об'єкту думки.

По-третє, хворі не зацікавлені в увазі до себе, вони не виражають в своїй мові ніякого відношення до інших людей. Мова таких хворих не є ні засобом думки, ні засобом спілкування з іншими людьми.

Такі особливості мови хворих, як відсутність функції спілкування, в поєднанні з її незрозумілістю для оточуючих, робить її подібною до так званої егоцентричної мови дитини.

Порушення динаміки мислительних процесів.

Визнання рефлексорної природи мислення означає і визнання його як процесу. Про це писав ще І.П. Сеченов, вказуючи, що думка має певний початок, перебіг і кінець.

Не можна в достатній мірі проаналізувати внутрішні закономірності мислення, дослідити структуру мислительних операцій, за допомогою яких відбувається відображення об'єктивної дійсності, коли не проаналізувати процесуальну сторону мислительної діяльності. С.Л. Рубінштейн неодноразово підкреслював, що звести мислення до операційної сторони і не враховувати його процесуальну сторону означає ліквідувати саме мислення.

Визначення мислення як процесу може бути застосовано не тільки до загальної теоретичної характеристики мислення, але і до окремого мислительного акту.

Для успішного виконання інтелектуального акту необхідно виділити адекватні системи зв'язків, відкинути побічні зв'язки, оцінювати кожен мислительну операцію по ходу її виконання. Особливості виконання такої складної, багатоетапної за своєю структурою діяльності складає її динамічну характеристику.

Як вже було вказано, однією із особливостей мислення як вищого ступеня пізнання є його опосередкованість, яка забезпечується правильною структурою понять. Пізнання фактів, які приховані від безпосереднього сприймання, можливе тоді, коли людина здатна проаналізувати, узагальнити сприймаючі факти. Здійснення цього опосередкування, переходу від одних суджень до інших пов'язано також із наявністю більшого чи меншого ланцюга умовисновків. Саме ланцюг умовисновків, який переходить у розмірковування, є справжніми проявами мислення як процесу. Тому при дослідженні мислення, його формування і розпаду недостатньо обмежуватись одним тільки аналізом утворення і розпаду понять, однією тільки характеристикою інтелектуальних понять.

Дані Б.В. Зейгарник показали, що порушення процесу узагальнення є не єдиним варіантом порушення мислення і не зводиться до розпаду понять; хворобливі стани мозку приводять найчастіше до динамічного порушення мислення.

До динамічних порушень мислення відносять лабільність і інертність мислення.

Лабільність мислення

Характерна особливість цього порушення полягає в нестійкості способу виконання завдання. Рівень узагальнення хворих в основному не був знижений; хворі правильно узагальнювали матеріал; операції порівняння, переносу не були порушені. Але адекватний характер суджень хворих не був стійким. Це чітко проявлялося при виконанні ними завдання на "класифікацію предметів". Хворі легко засвоюють інструкцію, застосовують спосіб, адекватний умовам

вирішення, починають розкладати картки за узагальненими ознаками, але через деякий час залишають правильний шлях вирішення завдання і епізодично збиваються на шлях неправильних, випадкових поєднань. Ці коливання мають різний характер:

1. Дуже часто спостерігалось чергування узагальнених і конкретно-ситуаційних поєднань.

2. Помилки хворих полягали в тому, що логічні зв'язки підмінюються випадковими поєднаннями. Так, правильне виконання завдання на “класифікацію предметів” порушувалось тим, що хворі об'єднували в одну групу предмети лише тому, що вони лежали поряд. Нерідко вони помічали свої помилки і виправляли їх.

3. Помилкові рішення хворих проявлялися в утворенні одноіменних груп: хворі часто виділяють предмети за правильною загальною ознакою, але тут же починають виділяти аналогічну за смыслом групу. Так, наприклад, хворий виділив групу людей, в яку входили лікар, дитина, прибиральниця, і тут же виділив ще одну групу людей, куди входили моряк, лижник і т. п.

Порушення динаміки мислення, яке виражається в чергуванні адекватних і неадекватних рішень, не приводило до грубих порушень ладу мислення. Воно лише на деякий час викривлювало правильний хід суджень хворих, і це є, мабуть, порушенням розумової працездатності хворих.

У деяких випадках порушення динаміки мислення носило більш стійкий характер, змінювало саму побудову мислення. Лабільність мислення спостерігається в маніакальній фазі маніакально-депресивного психозу.

Осмислення ситуації, можливість аналізу і синтезу у цих хворих часто не порушені, але виконання будь-якого експериментального завдання не викликало певної стратегії їх мислення. Хворі не задумуються над питанням, адресованим до них, не вникають у зміст завдання. На питання, що спільного і відмінного між поняттями “стіл” і “стілець” один із хворих відповідає: “В них спільне те, що у стола і стільця чотири ніжки, а різниця – у стільця є спинка, а у стола вона відсутня”. Виникаючі асоціації носять хаотичний характер і не відгальмовуються. Окремі слова викликають нові асоціації, які хворий тут же висловлює; будь-яке уявлення, яке виникає, будь-яке емоційне переживання отримує своє відображення в мові хворих. Хворі зосереджуються на експериментальному завданні лише на короткий час. Розуміючи зміст прислів'я, вони не можуть його пояснити. Нерідко яке-небудь слово, прислів'я викликає “ланцюг” асоціацій; інколи хворі, не пояснивши прислів'я, наводять подібний приклад зі свого життя, останній нагадує їм ще про що-небудь подібне, і думка хворого протікає у випадковому напрямі.

Наприклад, хворий К. в гіпоманіакальному стані пояснює прислів'я “Не все те золото, що блищить” таким чином: “Золото – це прекрасний золотий годинник, який подарував мені мій брат, він в мене дуже хороший. Коли ми вчилися, ми сварились, але потім жили мирно. Брат дуже любив театр, ми дивились з ним п'єсу...” і т. п. Хаотичний характер асоціацій заважає правильному поясненню прислів'я, слово “золото” відразу ж призвело до цілого ряду спогадів.

Нестійкість способів виконання роботи деяких хворих досягає надзвичайно вираженої форми – підвищеної “відгукуваності”. Такі хворі не тільки не в стані утримати хід своїх суджень у встановленому раніше напрямі, але і починають реагувати на будь-який подразник, до них не адресований.

Феномен “відгукуваності” дуже чітко проявляється в асоціативному експерименті. В якості реакцій відповідей часто виступають назви предметів, які знаходяться перед очима хворих. Так, при пред’явленні слова “колесо” хворий відповідає словом “окуляри”, на слово “спів” – словом “стіл” і т. п.

Інертність мислення

В основі інертності мислення лежить інертність зв’язків минулого досвіду. В цих випадках хворі не можуть змінювати вибраного способу своєї роботи, змінити хід своїх суджень, переключитись з одного виду діяльності на інший. Подібне порушення часто зустрічається при епілепсії; віддалених наслідках важких травм головного мозку, при деяких формах розумової відсталості.

Експериментально-психологічне дослідження виявляє сповільненість, тугорухливість їх інтелектуальних процесів. Навіть в тих випадках, коли хворі можуть узагальнити матеріал, допускають помилкові рішення, якщо їм необхідно переключитись на новий спосіб рішення завдання. Зміни умов утрудняють їх роботу.

Тугорухливість мислительного процесу в таких хворих чітко прослідковується при використанні методу піктограм. Такі хворі не могли опосередковувати слова для запам’ятовування в тих випадках, коли їм здавалось незручним малювати людину. Інертність зв’язків минулого досвіду призводило до зниження операції узагальнення і відволікання. Виконуючи завдання “класифікація предметів”, хворі не тільки не об’єднують в одну групу диких і домашніх тварин, але кожен з домашніх тварин виділяють ще окремо. В результаті саме завдання “класифікації” не виконується навіть на конкретному рівні. Процес сортування, класифікації, який вимагає відгальмовування одних елементів, співставлення з іншими, тобто певної гнучкості оперування, переключення, для них утруднений.

Так, один хворий виділив групу людей, розділивши їх на дві підгрупи: людей, зайнятих фізичною працею, і людей, зайнятих розумовою працею. Коли експериментатор пропонує об’єднати ці групи людей, хворий нібито погоджується, але знову починає сортувати картки як і раніше.

Таке ж утруднення переключення виявляється і в експерименті за методом “вилучення об’єктів”. Так, хворий при пред’явленні картки, на якій пред’явлені стіл, стілець, диван, настільна лампа заявляє: “Звичайно, це все меблі, це точно, а лампа не меблі. Але на столі повинна стояти лампа, особливо коли стемніло”. На зауваження експериментатора “Ви тільки що самі сказали, що лампа не меблі” хворий все одно дотримується своєї думки, що лампа повинна стояти на столі. Хворий не може переключатися з прийнятого ним рішення.

Конкретні зв’язки попереднього минулого досвіду інертно домінують у мислительній діяльності хворих і визначають весь подальший хід їх суджень.

Із-за подібної інертності зв’язків минулого досвіду хворі часто не упускають при виконанні завдання ні однієї властивості предметів і в результаті не приходять навіть до елементарного узагальнення.

Із цього прагнення до уточнення, із бажання вичерпати при вирішенні якого-небудь питання все розмаїття фактичних відносин і виникає те своєрідне епілептичне “резонерство”, що проявляється в ґрунтовності, надмірній деталізації, яке метафорично в клініці називається як “в’язкість” мислення. Особливо часто інертність зв’язків минулого досвіду виявляється при виконанні завдань, які вимагають розгорнутого пояснення – при визначенні понять.