

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ

Амурский государственный университет

ОСНОВЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ
УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«030301- ПСИХОЛОГИЯ»

Благовещенск
Издательство АмГУ
2010

ББК 88. 4 Я 73

С 50

Печатается по решению
редакционно-издательского совета
Амурского государственного
университета

Смирнова С.В. Основы патопсихологии: учебное пособие для студентов по специальности «030301- Психология» /С.В. Смирнова. – Благовещенск: Изд-во АмГУ, 2010. – 116 с.

Учебное пособие составлено в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования (2005) для студентов специальности 030301 – «Психология». Пособие включает в себя теоретический материал, методические рекомендации для студентов по изучению дисциплины «Патопсихология», дидактические материалы для контроля знаний студентов.

Рекомендуется для преподавателей и студентов вузов, ведущих подготовку психолого-педагогических кадров.

Рецензенты: А.В. Лейфа, д. п. н., профессор, зав кафедрой психологии и педагогики АмГУ;

Р.Р. Денисова д.п.н., профессор кафедры специальной и дошкольной педагогики и психологии БГПУ.

© Смирнова, С.В., 2010

© Амурский государственный университет, 2010

Предисловие

Патопсихология является отраслью психологической науки. Ее данные имеют теоретическое и практическое значение для психологии и психиатрии. В этом смысле ее можно причислить к пограничным областям знания. Патопсихология исследует структуру нарушений психической деятельности, закономерности ее распада в их сопоставлении с нормой, при этом она дает квалификацию психопатологических явлений в понятиях современной психологии.

Данные патопсихологического исследования в обязательном порядке должны соотноситься с психическим состоянием больного, со стадией течения заболевания, с его динамикой. Патопсихология так же, как и психопатология, изучает закономерности и стереотип развития психической болезни, но предметом ее исследования является не закономерность смены симптомов и синдромов, а определенное звено в структуре симптомообразования, то есть то, что предшествует психопатологическим образованием в патогенезе болезни.

Пособие составлено в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования (2005) для специальности 030301 – «Психология». Пособие включает в себя теоретический материал, методические рекомендации для студентов по изучению дисциплины «Патопсихология», дидактические материалы для контроля знаний студентов.

1.ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ КАК ОБЛАСТИ НАУЧНОГО ЗНАНИЯ

Тема 1. Предмет и задачи патопсихологии

Патопсихология (от греч. pathos – страдание, болезнь) – ветвь клинической психологии, изучающая закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме. Патопсихология относится к числу интенсивно и плодотворно развивающихся областей психологии. Основателем отечественной патопсихологии явилась Б.В. Зейгарник – ученица К. Левина, всемирно известного немецкого психолога.

Ею были разработаны теоретические основы патопсихологии, описаны расстройства психических процессов, сформулированы принципы работы патопсихолога. Клиническая психопатология исследует, выявляет, описывает и систематизирует проявления нарушенных психических функций, патопсихология же вскрывает характер протекания и особенности структуры психических процессов, приводящих к наблюдаемым в клинике расстройствам.

Учет сдвигов в психическом состоянии больного, изменения его работоспособности, личностных особенностей становятся необходимыми в терапевтических, хирургических клиниках и др. областях медицины.

Знания патопсихологии являются важными для психологов любых специальностей и специализаций, так как профессиональное общение психолога с людьми не исключает встречу с психически больным человеком.

Патопсихология является психологической наукой, и поэтому ее проблематику, перспективы и достижения нельзя рассматривать в отрыве от развития и состояния общей психологии, психологического знания в целом. Особенности и задачи патопсихологического исследования.

Патопсихологический эксперимент представляет собой тип

психологического эксперимента, заключающийся в искусственном создании условий, выявляющих патологические особенности психической деятельности человека. Для него характерен учет психических процессов в строго определенных условиях и возможность заранее планируемых изменений.

Б.В. Зейгарник приравнивает патопсихологический эксперимент к широко используемым в соматической медицине функциональным пробам, с помощью которых врачи обычно определяют состояние функций отдельных органов и систем. Роль специфической «нагрузки» принадлежит экспериментальным заданиям, выполнение которых требует актуализации умственных операций. Таким образом, психическая деятельность больного исследуется в связи с ситуацией эксперимента.

Основное отличие от экспериментально-психологического исследования психически здоровых заключается в технике проведения эксперимента, его продолжительности, необходимости учета отношения обследуемого к ситуации эксперимента. В ряде случаев, учитывая особенности поведения больного, экспериментатор может существенно изменять свою тактику, вводить дополнительные методики.

В качестве основного принципа любого психологического эксперимента указывается необходимость проверки наличия связи между независимой переменной (фактор, изменяемый экспериментатором) и зависимой переменной. При этом возможны: спровоцированный классический эксперимент, при котором экспериментатор воздействует на независимую переменную и фиксирует полученные результаты, и эксперимент, при котором изменения происходят вне связи с деятельностью экспериментатора (например, наблюдение за нарушениями психической деятельности при повреждении мозга или психических заболеваниях). Этот вид эксперимента позволяет наблюдать серьезные, а иногда и необратимые изменения независимой переменной.

В большинстве случаев – это одновременно спровоцированный

эксперимент и эксперимент, на который ссылаются. Наличие того и другого элементов объясняет сложную взаимосвязь множества факторов, которые должен учитывать патопсихолог при обобщении материалов исследования. С.Я. Рубинштейн видит три способа видоизменения условий, влияющих на психическое состояние обследуемого и уменьшающих либо увеличивающих присущие больному психологические изменения:

- 1) изменение ситуации, в которую на время опыта помещается больной;
- 2) наиболее часто применяемый – варьирование деятельности больного;
- 3) изменение состояния психических процессов у больного достигается введением определенных фармакологических препаратов. Следует иметь ввиду подобное разделение способов воздействия на психическую деятельность больного в патопсихологическом эксперименте.

Патопсихолог должен учитывать отношение обследуемого к ситуации исследования при планировании и проведении его с учетом определенной цели опыта, экспериментальных заданий и постоянно сопоставлять с ними получаемые при работе результаты. В зависимости от цели исследования, мотивы которыми руководствуются психолог и пациент, далеко не всегда совпадают особенно при психологической экспертизе.

Основные разделы работы патопсихолога определяются его участием в:

- решении задач дифференциальной диагностики. Патопсихологическое исследование в качестве источника дополнительных данных для уточнения нозологического диагноза может оказаться необходимым в диагностически сложных случаях, особенно при атипичных и бедных клиническими проявлениями вариантах заболеваний, в начальных стадиях и в периоде ремиссии;

- оценке структуры и степени нервно-психических расстройств, для квалификации состояния больного (при различных видах экспертизы и особенно при определении степени трудоспособности), при установлении функционального диагноза, при определении путей трудового приспособления

и социального восстановления больного, при профориентации и при проведении психокоррекционных и лечебно-восстановительных мероприятий. Учет структуры и степени нервно-психических расстройств может также помочь врачу в оценке динамики развития и течения нервно-психических заболеваний и контроле за эффективностью восстановительного лечения;

- выборе путей общеобразовательного и трудового обучения аномального ребенка или подростка, прогноз его обучаемости, установление рационального соотношения между собственно педагогическими и лечебно-приспособительными мерами компенсации выявившейся аномалии. Таким образом, патопсихологическое исследование не только способствует лучшему пониманию характера аномалии развития, но и служит основой для разработки коррекционных рекомендаций, которыми предлагается пользоваться в работе с ребенком педагогам и родителям;

- исследовании личности, социальной среды и социальных позиций больного в целях получения данных для функционального диагноза. Получение данных для функционального диагноза, играющего существенную роль в практике врачебно-трудовой экспертизы и служащего основой работы по реабилитации больных, составляет отдельную группу диагностических задач, требующих деятельного участия патопсихолога и придающих психологическому обследованию специфическую направленность. Функциональный диагноз, представляющий синтез клинической и психологической оценки больного в реальных условиях жизни и деятельности, выражает динамическую характеристику состояния индивида и его взаимосвязи с социальной средой и отражает степень, способ и основные тенденции компенсации нервно-психических расстройств;

- оценке динамики нервно-психических нарушений и учет эффективности лечения.

- участии в экспертной работе. Психологическое обследование является важным элементом экспертиз (медико-педагогической, врачебно-трудовой,

военно-врачебной и судебно-психиатрической и др.), в судебной практике может выступать в качестве самостоятельного вида доказательств. В зависимости от вида экспертизы и содержания поставленных перед экспертом вопросов психологическое обследование подчиняется тем или иным специальным задачам.

Для решения указанных задач патопсихолог с помощью психологических методов может уточнить выраженность и характер нарушений отдельных психических процессов и возможности компенсации этих нарушений с учетом психологических особенностей той или иной деятельности.

Тема 2. Нарушения восприятия

Познание человеком окружающего мира начинается с ощущений и восприятий. Их определение дается с привлечением понятия «психическое отражение». Если в ощущениях находят свое отражение лишь единичные свойства предметов и явлений, то в восприятии предмет или явление отражается целостно, в совокупности всех своих свойств и частей. Восприятие является более сложным психическим процессом, в его формировании принимают участие не только ощущения, но и другие составляющие психики и личности в целом.

Раздражитель способен вызвать адекватное ощущение только при достижении определенной величины или силы. Сила воздействия не должна превышать и верхние пределы функциональных возможностей анализатора. Ощущение обычно не исчезает сразу после окончания действия раздражителя. Учеными Э. Вебером и Г. Фехнером описана математическая зависимость связи силы внешнего, физического раздражителя с интенсивностью ощущения, т.е. явлением уже психического, идеального плана.

Интенсивность ощущений зависит не только от силы раздражителя и уровня функциональной активности рецептора (его адаптации или сенсibilизации), но и от раздражителей, действующих одновременно и на другие органы чувств. Например, при синестезии ощущение возникает под влиянием раздражителя, характерного для другого анализатора. При действии

раздражителя как ощущение, так и восприятие возникают не сразу, и эта задержка связана с процессом опознания стимула, которая осуществляется в отдаленных от проекционных зон соответствующего анализатора участках мозга.

Восприятие существенно отличается от ощущений: ощущения субъективно для человека всегда находятся в нем самом, в то время как образы восприятия локализованы во внешнем пространстве. Они характеризуются целым рядом свойств (предметность, целостность, константность, избирательность, осмысленность, апперцепция), которые указывают на участие в создании образов восприятия.

При некоторых патологических состояниях, особенно при психических и нервных заболеваниях, перцептивные процессы могут нарушаться. Однако существуют и такие отклонения восприятия, которые могут наблюдаться и у вполне здоровых людей (например, иллюзии). Расстройства восприятия условно можно подразделить на три основные группы: иллюзии, галлюцинации и расстройства сенсорного синтеза (психосенсорные расстройства).

Иллюзией (от лат. *illusio* – ошибка, заблуждение) называют искаженное восприятие реально существующего предмета или явления. Иллюзии классифицируют по органам чувств: зрительные, слуховые, тактильные и др. В зависимости от основных причин, лежащих в основе искажения восприятия, все иллюзии также можно подразделить на физические, физиологические и психические.

Физические иллюзии объясняются объективными физическими законами и не зависят от самого человека. Примером физической иллюзии, которая улавливается и фотоаппаратом, может служить восприятие ложки в стакане воды. Ложка кажется изломанной в силу разных светопреломляющих свойств воды и воздуха.

Физиологические иллюзии находят свое объяснение в особенностях устройства и деятельности органов чувств. Например, попробуйте надавить

сбоку на глазное яблоко, и тотчас предмет, на который мы смотрим, раздвоится. Раздвоение предмета возникает в силу увеличения диспаратности его изображения на сетчатках глаз. Другой пример иллюзии этого типа мы находим у Аристотеля: скрестите два пальца и начните катать между ними небольшой шарик, и он покажется двойным. Когда предмет сначала соприкасается с указательным пальцем, а затем со средним, оба соприкосновения происходят в различных привычных для нас точках пространства. Прикосновение к указательному пальцу кажется выше, хотя палец на самом деле находится ниже; прикосновение к среднему – ниже, хотя палец в действительности выше. Много такого рода иллюзий связано с деятельностью вестибулярного аппарата – иллюзии кренов, противовращения и др.

Психические иллюзии связаны как с различными психическими состояниями человека, так и с некоторыми психологическими особенностями нашего восприятия.

При заболеваниях психические иллюзии наблюдаются наиболее часто при состояниях расстроенного сознания, при возбуждении (экзальтация, экстаз) у маниакальных больных или состояниях страха и тревоги при депрессиях, когда больной склонен считать эти ошибки восприятия реальностью. Вербальные иллюзии, при которых больной вместо нейтральной речи слышит в свой адрес брань, угрозы и оскорбления, часто встречаются на ранних этапах становления слуховых вербальных (речевых) галлюцинаций при некоторых психозах. Они отличаются от так называемых функциональных слуховых галлюцинаций тем, что при иллюзиях патологически возникший образ поглощает образ реального предмета (больной «слышит вместо...»), при галлюцинациях – патологический образ с реальным не сливается («слышит вместе с...»).

У здоровых на фоне различных психических состояний (ожидание, тревога или страх) также часто возникают психические иллюзии. Например, при входе в комнату ребенок пугается фигуры у окна, но вслед за этим

3) персекуторный бред (бред преследования) – больные убеждены, что являются объектом постоянного наблюдения, слежки, ведущихся с враждебными, реже – благожелательными целями неизвестными лицами, организациями или людьми из непосредственного окружения;

4) смешанные формы бреда – кверулянтства, или сутяжничества, при котором отстаивание своих ложных идей приводит к многолетним судебным тяжбам и разбирательствам, разные варианты «симптома двойника» и др.

По структуре различают две основные разновидности бреда: несистематизированный (отрывочный, образный) и систематизированный (интерпретативный) бред.

Отрывочные бредовые идеи чаще проистекают из расстройств восприятия (патологических образов и представлений) и могут быть самого разнообразного содержания (преследования, отравления, порчи, ревности, изобретательства, величия и др.), но они существуют разрозненно и не имеют заметных тенденций к объединению и логической проработке.

Напротив, систематизированный бред построен на толковании (интерпретации) больным внешних и внутренних событий. Патологические идеи (суждения и умозаключения) здесь возникают в результате нарушений логики на этапе бредообразования («кристаллизации» бреда). Наиболее систематизирован паранойяльный бред, менее – парафренный, а параноидный бред более близок к образному бреду.

- Паранойяльный бред – больной опирается в мышлении на изначально ложную посылку (первичная бредовая идея), но формально правильную, правдоподобную систему доказательств.

- Парафренный бред – также систематизирован, но он по своему содержанию часто весьма необычен и формируется в тесной взаимосвязи с обманами восприятия (чаще всего это бред причудливого, фантастического содержания, который переплетается с идеями величия, преследования или крайней греховности и вины).

- Параноидный бред – здесь уже нет достаточной стройности в рассуждениях и строгой селекции фактов, т.е. в структуре самого бреда имеются противоречия и нелепости.

2. Сверхценные (бредоподобные) идеи. Впервые описаны С. Wernicke в 1892 г. Представляют собой суждения или комплекс мыслей, односторонне отражающих реальные обстоятельства и доминирующих в сознании в силу их особой личностной значимости. Главная отличительная черта сверхценной идеи заключается в том, что в ее основе всегда лежит какой-либо реальный факт, правда весьма незначительный, мелкий. Однако суждения и умозаключения, возникшие на основе мелких фактов, в сознании больного начинают переоцениваться в их значении и занимать в жизни незаслуженно большое место. Сверхценные идеи, в отличие от бредовых, никогда не носят характера нелепости, и больного можно в некоторой степени разубедить в них, правда на непродолжительное время. В практике врача общего профиля наибольшие трудности в диагностике и лечении вызывают сверхценные идеи какого-либо соматического неблагополучия, так как в их основе действительно лежит какое-либо незначительное заболевание, значение которого непомерно переоценивается больным.

3. Навязчивые идеи. Впервые были описаны Ф. Платтером в 1614 г. Навязчивые идеи характеризуются появлением в сознании неотступных и назойливых мыслей, которые сам больной критически оценивает как болезненные, нелепые и не соответствующие действительности, но устранить их вновь и вновь повторяющееся возникновение не может.

Сам факт этой неодолимой навязанности (обсессии) субъективно тяжело переживается человеком. Навязчивые идеи довольно часто сочетаются с навязчивыми действиями (неодолимая потребность совершать какое-либо действие или поступок). Все виды навязчивостей, которые буквально преследуют человека и отравляют все его существование, могут возникать при относи-

тельно редком заболевании (0,05% в населении) – неврозе навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство).

Отвлеченные навязчивости – бесплодное мудрствование, навязчивый счет и навязчивые репродукции.

Душевная, умственная жвачка, руминация (Janet P., 1903), проявляется навязчивым стремлением вновь и вновь разрешать ненужные или даже бессмысленные вопросы (например, больной вынужден думать, почему правая рука называется именно правой, а левая – левой).

Навязчивый счет (арифмомания) выражается назойливым стремлением считать и удерживать в памяти количество пройденных шагов, прохожих, столбов, автомобилей, производить в уме счетные операции.

Навязчивые репродукции – назойливое припоминание забытых или ненужных терминов, имен, определений, эпизодов из жизни. Например, ономастомания – это навязчивое вспоминание различных имен.

Образные навязчивости – это преимущественно простые фобии (страхи конкретного содержания), навязчивые опасения, представления и воспоминания, контрастные представления и хульные мысли, а также навязчивые влечения к действию (компульсии).

Фобии – в отличие от навязчивых мыслей и действий, при фобиях, т.е. навязчивых страхах конкретных ситуаций или предметов, больной не испытывает тревоги и дискомфорта, если не сталкивается с устрашающими объектами. Однако они формируют ограничительное поведение: больной начинает избегать пугающих ситуаций, когда это возможно. К группе пространственных фобий относятся: клаустрофобия (страх закрытых помещений), гипсофобия (или акрофобия, боязнь высоты), агорафобия (боязнь открытых пространств и всех смежных ситуаций, связанных с выходом из дома). К группе нозофобий (боязни болезней) относятся: канцерофобия, спидофобия, радиофобия (страх заболеть раком, сифилисом, лучевой болезнью). К группе социальных фобий (социофобия) относятся: эрейтофобия

(страх покраснеть), скоптофобия (страх упустить кишечные газы). Реже встречаются страхи покончить жизнь самоубийством (суицидофобия), убить кого-либо (гомицидофобия), боязнь острых предметов (айхмофобия, или оксифобия), страх кошек (эйлуорофобия), езды на поезде (сидеродромофобия), цветов (антофобия), грозы (астрафобия), грома (бронтофобия), змей (офидиофобия), темноты (никтофобия), микробов и грязи (мизофобия) и множество других.

Навязчивые сомнения, или болезнь сомнений (Фальре Ж., 1880), – неуверенность в правильности и законченности совершенных действий, вынуждающая пациентов многократно проверять сделанное, что обычно не устраняет болезненных сомнений.

Навязчивые опасения – неотвязные страхи, сомнения в удачном исходе предстоящих привычных действий, например публичного выступления, управления машиной, самолетом, сдачи экзамена; страхи совершенно необоснованные, поскольку ранее такие действия выполнялись без труда. Сосредоточенность внимания на себе является условием аномального протекания автоматизмов, что в свою очередь еще более усиливает навязчивые опасения.

Навязчивые, или овладевающие, представления – не соответствующие действительности яркие представления мучительного содержания, принимающиеся на высоте болезненного состояния за реальность. Так, пациент повторно переживает яркую сцену того, как он оказался под колесами автомобиля: видит себя раздавленным, в луже крови, с раздробленными костями и черепом и т. п. В них явно видна тенденция к переходу в образный бред.

Навязчивые воспоминания – произвольное появление в сознании образных деталей воспоминаний о каком-либо неприятном или порочащем больного событии реального прошлого.

4. Доминирующие идеи. Доминирующей идеей следует называть такую мысль, которая занимает в сознании человека незаслуженно большое место. Доминирующие идеи часто бывают у здоровых людей, когда они усиленно к чему-то стремятся и сосредоточены на достижении цели. Встречаются они и у больных. Отношение больных к доминирующим идеям бывает разным, но иногда эти идеи начинают их тяготить. Не сомневаясь в их правильности, больной понимает, что они совершенно неправомерно все время владеют им. Эти идеи болезненны не потому, что они неправильно отражают действительность, а потому, что какой-либо реальный факт привлек к себе упорное внимание на слишком долгое время («прилипание» внимания). Довольно часто в психиатрической клинике доминирующие идеи предшествуют возникновению других болезненных идей, в частности бреда.

Тема 6. Нарушения речи

Речь возникла в процессе исторического развития вместе с мышлением и имеет прежде всего коммуникативное, общественное значение. Потребность в совместной деятельности приводит к необходимости в общении. Речь – это процесс словесного общения, выражение какой либо мысли. Речь подразделяется на устную и письменную. У людей с дефектами слуха особое значение приобретает жестовая речь. Система жестового общения глухих включает в себя разговорную и калькирующую. В калькирующей речи жесты являются эквивалентами слов, а порядок их следования такой как и в обычном предложении. Жесты сопровождают устную речь говорящего.

Для обозначения нарушений речи часто используются термины «недоразвитие речи» и «нарушение речи».

Нарушения речи

Нарушения речи могут возникать как вследствие врожденного недоразвития всех или отдельных звеньев речевой системы, так и при

различных заболеваниях, особенно при поражении речевых зон коры головного мозга.

При ряде психических заболеваний у заболевшего исчезает инициатива в вербальном общении — больной ведет себя пассивно, отвечает кратко, незаинтересованно (ответы типа "да", "нет") или отказными понятиями ("не помню", "не знаю"), что порой ошибочно трактуется как нарушения памяти и интеллекта. Угасание потребности в общении является одним из главных проявлений аутизма. Реже встречается противоположное состояние — многоречивость, но также с отсутствием заинтересованности с собеседнике. Главный признак здесь — монологичность речи, исчезновение диалогичности. Такое обезличенное общение часто называют "аутизмом наоборот, наизнанку".

Собственно патопсихолингвистические речевые нарушения связаны с патологией высших психических функций, сознания и личности, которые имеют место при психических заболеваниях (Леонтьев А.А., 1997). В литературе даются описания характерных особенности речи при различных душевных расстройствах (Sporri, 1964; Гриншпун, Добрович, Фрумкина, 1974 и др.).

Прогрессивный паралич (вариант сифилитического психоза) — наблюдается невнятность произношения из-за нарушений артикуляции, позднее появляется интонационная немодулированность речи, неспособность понимания переносных значений пословиц, слов.

Корсаковский психоз (встречается в 3-й стадии алкоголизма) — резкое расстройство памяти отражается и в речи, особенно в форме парафазии, т.е. подстановки неадекватного слова на место необходимого. Болезнь Пика и болезнь Альцгеймера (атрофические процессы мозга) — заметна стереотипность речи, высказывания больных состоят из одних и тех же слов и словосочетаний, которые произносятся с одинаковой интонацией.

Эпилепсия — речь неясная, замедленная, "вязкая", с тенденцией к персеверации (повтору), характерна стереотипность и витиеватость речи с

обилием уменьшительных форм слов. При нарастании слабоумия — бедность словаря (олигофазия).

Маниакально-депрессивный психоз — при повышенном настроении речь громкая, торопливая, неумолкающая ни на минуту, "телеграфный стиль", скачки идей, отвлекаемость. Возникновение большого числа ассоциаций по созвучию, отсюда изобилие рифмующихся слов.

Шизофрения — речевые симптомы очень разнообразны, что отражает многообразие форм болезни. В целом речь больных характеризуется нарушением механизмов опоры ее на прошлый речевой опыт, распадом закономерностей выбора слов, нарушением закономерной связи вербального и предметного значений понятий. Характерны преднамеренные искажения слов и "словотворчество" (неологизмы), замена конкретных понятий абстрактными и наоборот. Речь часто обстоятельная и резонерская, встречается семантическая разорванность или бессмысленность того или иного предложения при грамматической его целостности. Речь однотонная или больные иногда усиливают интонацию на второстепенной, вспомогательной части высказывания в ущерб основной смысловой части. Эхолалия — повторение слов собеседника или вербигерация — бессмысленное выкрикивание одного и того же слова или высказывания.

Нарушения речи при локальных поражениях мозга изучаются нейролингвистикой (раздел нейропсихологии), а нарушения и коррекция речи при задержке ее развития являются предметом исследования логопедии (отрасль педагогики).

В становлении нейролингвистики как науки большое значение имеют работы отечественного психолога А.Р. Лурия, который во время Великой Отечественной войны занимался восстановлением деятельности воинов, получивших травму головного мозга. Он и его ученики собрали и обобщили огромный материал, подробно исследовали языковые функции левого полушария.

История изучения нарушений различных форм речевой деятельности при локальных поражениях мозга начинается свой отсчет в 1861 г., когда французский анатом П. Брока показал, что поражение задней трети первой лобной извилины левого полушария приводит к своеобразной патологии, когда больной теряет возможность говорить, хотя и понимает обращенную к нему речь {моторная афазия}. Спустя тринадцать лет, в 1874 г., немецкий психиатр К. Вернике описал второй факт не меньшего значения. Он показал, что больные с поражением трети первой височной извилины левого полушария сохраняют возможность говорить, однако лишаются способности понимать обращенную к ним речь {сенсорная афазия}. Обе речевые зоны соседствуют с более общими зонами деятельности: центр Брока соседствует с двигательным, а центр Вернике — со слуховым. Эти открытия положили начало клиническому изучению мозговой организации речевой деятельности человека.

Исследования последних двух десятилетий изменили и устоявшееся представление о роли правого полушария в речевой деятельности человека. Ответ на этот вопрос был получен при лечении некоторых психических заболеваний с использованием унилатерального электросудорожного шока. Процедура лечения заключается в том, что электроды подключаются только к одной половине головы. При этом происходит подавление активности только одного полушария, второе продолжает работать нормально. Отечественными нейролингвистами Л.Я. Балоновым, В.Д. Деглиным и др. проведена серия экспериментов по изучению речи в условиях "выключения" одного из полушарий. Результаты показали, что прямое значение слов воспринимается главным образом левым полушарием, а переносное — правым. Левое полушарие отвечает за тонкий механизм словесной передачи объектно-объектных отношений и полноту вербальной реализации текста, а правое опирается на более общие и обобщенные принципы построения предложений, ориентировано на целостный смысл при пересказе текста. Эти факты дали возможность Л.В. Сахарному говорить о существовании как бы двух грамматик

— левополушарной и правополушарной. Левое полушарие отвечает за абстрактно-логический анализ информации. Эти механизмы описаны в традиционных учебниках грамматики. Правое полушарие обрабатывает информацию с опорой на подсознание, его деятельность связана с конкретным, но и глобальным освоением ситуации. Правополушарная грамматика оперирует готовыми клишированными предложениями, целостными текстами. В логопедии для обозначения нарушений речи часто используются термины "недоразвитие речи" и "нарушение речи". Недоразвитие речи предполагает качественно более низкий уровень сформированности речевой функции или речевой системы в целом. Оно может иметь различные причины: задержка развития только компонентов речевой системы или сочетание ее с общей задержкой психического развития, олигофренией.

Нарушения речи представляют собой отклонения от нормы в процессе функционирования механизмов речевой деятельности. Они подразделяются на нарушения устной речи и нарушения письменной речи.

Расстройства устной речи могут быть обусловлены нарушениями произносительной стороны речи (фонационного, внешнего оформления высказывания) и структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания (системное нарушение речи).

Расстройства фонационного оформления речи

1. Дисфония (афония) — отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата.

2. Брадилалия (брадифразия) и тахилалия (тахифразия) — патологически замедленный или патологически ускоренный темп речи. Эти расстройства связаны с центрально обусловленными нарушениями реализации речевой программы (органическими или функциональными по своей природе).

3. Заикание — нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Является

центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную (логоневроз) природу, возникает чаще в ходе речевого развития ребенка.

4. Дислалия (косноязычие) — нарушение, недостатки звукопроизношения фонем при нормальном слухе и сохраненной иннервации речевого аппарата. Для обозначения искаженного произношения звуков используются международные термины, образованные от названий букв греческого алфавита с помощью суффикса "-изм": ротацизм — дефект произношения "р", ламбдацизм — "л", мацизм — "г", хитизм — "х", каппацизм — "к", сигматизм — свистящих и шипящих звуков и другие.

5. Ринолалия (гнусавость) — нарушение тембра голоса и звукопроизношения из-за анатомо-физиологических дефектов речевого аппарата (расщелины неба, нарушения резонансных свойств полостей носа и другие).

6. Дизартрия (косноязычие) — нарушение произношения без расстройства восприятия речи на слух, чтения и письма, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Расстройства структурно-семантического (внутреннего) оформления речи

1. Алалия (дисфазия, слухонемота) — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. Встречается примерно у 1% дошкольников (0,1% всего населения).

При моторной алалии нарушено произношение слов, родители таких детей характеризуют их как понимающих, но не желающих говорить. При сенсорной алалии нарушено понимание речи — ребенок слышит, но не понимает слов. Часто он довольно болтлив (повышенная речевая активность) и слышимые слова проговаривает по несколько раз как эхо (эхолалия), но смысла их он не улавливает.

2. Афазия (утрата речи) — полная или частичная утрата речи (после того, как она уже была сформирована), обусловленная локальными поражениями

головного мозга в результате травм головы, нейроинфекции и опухолей мозга. До 3 лет, пока речь еще не сформирована, диагностика афазии невозможна.

Существуют различные классификации афазий, отражающие тот или иной исторический период развития наук о речи. В настоящее время в нашей стране общепринятой является нейропсихологическая классификация афазий А.Р. Лурия, где выделено 7 форм афазий: сенсорная, акустико-мнестическая, оптико-мнестическая, моторная (афферентная и эфферентная), динамическая и семантическая.

Сенсорная афазия связана с поражением задней трети височной извилины левого полушария (у правшей), 41-го первичного и 42-43-го вторичных полей зоны звукового анализатора ("зона Вернике"). В ее основе лежит нарушение способности различать звуковой состав слов (утрата фонематического слуха).

Акустико-мнестическая афазия (амнестическая афазия) возникает при поражении средних отделов коры левой височной области (21-е и частично 37-е поля). У больного резко снижается объем слу-хоречевой памяти — до 3-2 элементов, — в силу чего затруднено понимание больших фраз.

Оптико-мнестическая афазия (оптическая амнезия) возникает при поражении задненижних отделов височной области у правшей (нижние отделы 20-21-го и 37-го полей). Больные не могут назвать показываемые предметы и пытаются дать им словесное описание (карандаш — "то, чем пишут"). Они не могут нарисовать даже самых простых предметов (стол, дом и другие).

Моторная афазия выражается в затруднениях произношения слов. При поражении нижних отделов теменной области (40-го поля) нарушается возможность появления четких ощущений, поступающих от артикуляционного аппарата, в силу чего возникают затруднения в произношении и различении близких по артикуляции звуков (д,л,н или г,х,к) и часто затруднено выполнение различных оральных движений (надуть щеки, облизать губы, высунуть язык) — афферентная моторная афазия. При поражении нижних отделов коры

премоторной области (44-е и частично 45-е поля, "зона Брока") при попытке что-то сказать больной произносит лишь нечленораздельные звуки, но окружающих понимает хорошо — моторная эфферентная афазия.

Динамическая афазия связана с поражением областей вблизи от зоны Брока (9,10,46-е поля), что приводит к дефектам формирования внутренней речи. Она проявляется речевой адинамией, самостоятельно больные почти не высказываются, речь очень бедна. При пробе на заданные ассоциации (например, попросить назвать 7 красных предметов) больные называют 1-2 предмета и замолкают.

Семантическая афазия возникает при поражении коры области стыка височных, теменных и затылочной областей слева (37-го и частично 39-го полей). Больные перестают различать грамматические конструкции, отражающие симультанный (одновременный) анализ и синтез явлений, т.е. когда для понимания какого-либо выражения требуется одновременное представление нескольких явлений. Они не понимают различий в выражениях "круг над крестом" и "круг под крестом" (предлоги над, под, сверху, снизу и др.), "брат отца" и "отец брата" (конструкции родительного падежа), "ручка длиннее карандаша" и "карандаш короче ручки" (сравнительные отношения) и другие.

Нарушения письменной речи

1. Дислексия — частичное специфическое нарушение процесса чтения. Проявляется в затруднениях опознания и узнавания букв, в затруднениях слияния букв в слоги и слогов в слова, что приводит к неправильному воспроизведению звуковой формы слова, искажению понимания прочитанного. Дислексия встречается у 3% детей начальных классов массовой школы, чаще у мальчиков. Она объясняется несформированностью (нарушением) высших психических функций, качественной незрелостью головного мозга в его отдельных зонах. Например, при поражении правого полушария наблюдаются трудности при чтении левой части слова, слово прочитывается справа налево.

В зависимости оттого, какой из анализаторов первично нарушен, выделяют акустическую, оптическую и моторную формы дислексии. Семантическая дислексия проявляется в нарушении понимания прочитанных слов или текста при технически правильном чтении, а аграмматическая дислексия проявляется у ребенка в трудностях усвоения грамматического строя речи (неправильное согласование в роде, числе и падеже, неправильное употребление окончаний). Тактильная дислексия наблюдается у слепых детей и проявляется у них трудностями тактильного опознания букв азбуки Брайля.

2. Дисграфия — частичное специфическое нарушение процесса письма. Проявляется в нестойкости оптико-пространственного образа буквы, в смещениях или пропусках букв. В случаях полной несформированности процесса письма говорят об аграфии. Аграфия проявляется нарушением способности писать правильно по смыслу и по форме при сохранности двигательной функции руки. Письмо представляет собой сложную, многоуровневую форму речевой деятельности, и в ней принимают участие и взаимодействуют различные анализаторы. Причины нарушений письма и чтения являются сходными.

Исследование нарушений речи

Наибольший риск развития речевых нарушений имеют дети, родившиеся с родовыми травмами, или если во время беременности матери действовали различные патогенные факторы, которые могли обусловить нарушения онтогенеза мозга. Более высокий риск речевых нарушений у детей в семьях с наследственной отягощенностью патологией речи, леворукостью. Профилактика и коррекция речевых нарушений у детей должна начинаться как можно раньше.

Оценка экспрессивной речи производится на основании выполнения испытуемым специальных заданий исследования спонтанной, диалоговой, монологической, автоматизированной и отраженной речи.

При оценке спонтанной и диалоговой речи предъявляют ряд вопросов, предусматривающих как короткие, односложные ответы (типа "да", "нет", "хорошо", "плохо"), так и развернутые. Отмечается характер жестов и мимики при ответах, особенности произносительной стороны речи, наличие эхолалий.

При исследовании автоматизированной речи просят перечислить цифры (от 1 до 6, от 7 до 12, от 15 до 20), перечислить месяцы в году. Учитывается возможность плавного перечисления автоматизированных рядов, пропуски элементов, персеверации, парафазии. Монологическая речь исследуется с помощью пересказа коротких рассказов после прочтения их экспериментатором или путем предложения описать показанную сюжетную картинку. При анализе обращают внимание на отражение в рассказе основных элементов текста, их последовательность, понимание смысла рассказа. Отмечаются плавность или отрывистость речи, затруднения в подборе слов, аграмматизмы, преобладание глаголов, существительных или вводных слов. При исследовании отраженной речи пациента просят повторить изолированные гласные звуки (а, о, у, и, е, ю), изолированные согласные (эм, эр, рэ, с, д, к), слоги-триграммы (лив, кет, бун, шом, тал, гис), серии трех гласных звуков (аоу, уао, оау, уоа, оуа, ауо), серий оппозиционных слогов (ба-па, па-ба, ка-ха, са-за), различение изолированных гласных звуков и их серий (а-у-у-а-у-а), различение близких по звучанию слогов (да-та-да-да-та-та), простых и сложных слов (дом, работа, водопровод, полководец), повторение предложений и серий слов, по смыслу не связанных (дом — лес, сон — бег, ночь — план — лист), повторение серий слогов-триграмм (бун-лец, кег-лаш, зук-тиз, рел-зук-тиз), повторение названий реальных и изображенных предметов, частей тела, название действий (топор — рубить, пистолет — стрелять, ножницы — резать).

Значимым при оценке речи является исследование обращенной к пациенту речи, понимание ее, выполнение простых команд (показать язык, поднять руку), флексивных отношений (ключ — ручкой, ручку — ключом, ручкой — ключ, ключом — ручку), а также понимание отношений между

предметами (один предлог и указание места — положите ручку под книгу, над книгой, справа от книги; двумя предлогами — положите тетрадь в книгу, но под ручку), конструкций родительного падежа (отец брата и брат отца, сын сестры и сестра сына), интравертированных конструкций (Я позавтракал после того, как прочитал газеты. Что я сделал раньше?), проб Хеда (Покажите указательным пальцем правой руки левое ухо).

Письменная речь исследуется путем списывания коротких фраз, букв, слогов, слов под диктовку, запись автоматизированных энграмм (написать свое имя, отчество и фамилию).

Нарушения чтения исследуются путем чтения букв, слов, предложений и коротких рассказов. Предлагаются также буквы, выполненные разными шрифтами и "затемненные" крапом. При вербальной алексии больной не понимает смысла фраз и отдельных слов, а при литеральной алексии нарушение чтения связано с нарушением узнавания отдельных букв и цифр.

В ряде случаев необходимым является и изучение нарушений счета (акалькулия), которые встречаются при поражении теменной и затылочных долей доминантного полушария головного мозга. Для оценки нарушений счета испытуемому предлагают прочесть, назвать и написать числа, произвести автоматизированные счетные операции (таблица умножения), решить устно и письменно ряд задач на сложение и вычитание.

Тема 7. Нарушения внимания

Внимание как психический процесс не является самостоятельной формой отражения, но организует другие психические процессы на обеспечение избирательности восприятия, целенаправленности выполнения каких-либо действий (внешнее внимание), возможности сосредоточения человека на своих мыслях, образах памяти или воображения, а также чувствах (внутреннее внимание).

Расстройства внимания бывают как временные явления у совершенно нормальных людей при утомлении или эмоциональном перенапряжении. В некоторых случаях недостаточность внимания становится устойчивой, и ее

называют «невнимательностью» (в противовес такому свойству личности, как «внимательность»). В зависимости от особенностей и форм сочетания различных свойств внимания, приводящих к невнимательности, можно говорить о трех ее типах.

Первым типом невнимательности является рассеянность («порхающее» внимание), определяемая легкой непроизвольной переключаемостью слабо концентрированного внимания. Этот вид невнимательности свойственен дошкольникам и людям ослабленным, астенизированным в результате сильного переутомления или болезни.

Второй тип невнимательности, напротив, определяется высокой интенсивностью и концентрацией внимания при трудностях переключения. Это тип «невнимательности ученого», сосредоточенного на своих мыслях. У больных этот тип невнимательности свойственен лицам со сверхценными и навязчивыми мыслями.

Третий тип невнимательности характеризуется весьма слабой концентрацией внимания и еще более слабой его переключаемостью. Этот тип невнимательности связан с постоянным или временным снижением силы и подвижности нервных процессов. У здоровых людей подобная невнимательность является временной, следствием переутомления. В клинике такое внимание наблюдается в условиях кислородного голодания мозга, при церебральном атеросклерозе у пожилых людей («стариковская рассеянность»).

Жалобы на расстройства внимания становятся признаком заболевания только в контексте с общим соматическим или нервно-психическим расстройством. В большинстве случаев можно говорить о трех основных группах нарушений внимания: гипопрозеция, гиперпрозеция и парaproзеция.

При гипопрозециях встречаются разнообразные варианты ослабления внимания. Полная неспособность к сосредоточению, концентрации внимания называется апрозецией. Последняя сопровождается повышенной отвлекаемостью. Чаще всего в клинике встречается сочетание снижения

возможностей к сосредоточению с ослаблением устойчивости внимания. Нередко эти явления сопровождаются снижением объема внимания.

Истощаемость внимания – прогрессирующее ослабление его интенсивности в процессе работы, хотя изначально была достаточно высокая степень сосредоточения. В силу этого резко падает продуктивность работы, становится невозможным углубленность, поглощенность деятельностью. После непродолжительного периода работы в достаточно высоком темпе появляется чувство усталости, повышенная отвлекаемость, теряется интерес к занятию, возникает потребность в отдыхе или перемене деятельности, сонливость, непоседливость.

Сужение объема внимания – патологическое сосредоточение, обусловленное слабостью его распределения. Отсюда содержанием сознания становятся наиболее лично близкие больному впечатления. Объем внимания ограничен объектами, имеющими ситуационную или индивидуально-личностную значимость.

Сужение объема внимания обычно проявляется неспособностью удерживать в кругу произвольной целенаправленной деятельности достаточно большое число представлений и свободно оперировать ими. Больные становятся рассеянными, забывчивыми. По их словам, стоит им немного отвлечься в беседе, как они теряют мысль, которую хотели высказать. Отправляясь за нужным предметом в соседнюю комнату, по дороге отвлекаются и забывают, зачем пошли. При счете, особенно в уме, начинают ошибаться, как только количество цифр и операций с ними становится больше, чем они могут удержать в зоне активного внимания. Сужение объема внимания характеризует астенические состояния разного, чаще органического генеза.

Нарушение направленности внимания – проявляется в том, что внимание приковано к явлениям, заслоняющим от больных другие важные стороны жизни. Так, при патологической рефлексии внимание поглощено самоанализом, постоянными размышлениями о своих поступках, мыслях,

отношениях с людьми. Внимание депрессивных больных обычно привлечено к безрадостным сторонам жизни. Своеобразие нарушений внимания больных шизофренией состоит в том, что оно часто рассеивается по мелочам, на несущественные детали происходящего.

При некоторых расстройствах сознания иногда возникает явление, близкое к повышенной отвлекаемости внимания – симптом гиперметаморфозы. Больные при этом с особой остротой постоянно замечают изменения формы и пространственной локализации окружающих предметов, они все время пытаются удостовериться в этом прикосновением руки или перестановкой находящихся в поле зрения вещей.

При гиперпрозексиях внимание усилено, причем часто за счет односторонней его направленности. Например, больные с ипохондрическими состояниями проявляют патологически повышенное внимание к своим болезненным ощущениям и всему тому, что имеет отношение к их здоровью.

Как бы полной противоположностью симптому отвлекаемости является патологическая застреваемость, тугоподвижность внимания, которая свойственна больным эпилепсией, при депрессиях. В этих случаях наблюдаются и нарушения механизма переключения внимания с одного объекта на другой, что зависит от малой подвижности основных нервных процессов в коре головного мозга. В некоторых случаях усиление внимания проявляется в виде явления «прилипания» внимания к определенной мысли или представлению. Появившееся у больного то или иное представление, мысль задерживаются в сознании, что часто выражается в речи повторением одних и тех же слов (персеверация). Доминирующие идеи (в патологических случаях) также часто находят объяснение феноменами своеобразного «прилипания» внимания к определенным мыслям, хотя больной при этом осознает, что они занимают в его сознании незаслуженно большое место.

Парапрозексии – извращение внимания. В психопатологии понимается как проявление в сфере внимания явлений диссоциации и амбивалентности, ти-

пичных при шизофренических расстройствах. Здесь обычно демонстрируемая больным слабость побуждений к концентрации внимания и видимая истощаемость произвольного внимания в повседневной деятельности парадоксально сочетаются с крайним усилением и даже ригидностью внимания при возникновении у больного феноменов психопатологического свойства. Обычно это крайняя сосредоточенность на галлюцинациях или бредовых построениях, но чаще эта сохранность и даже усиление внимания наглядно проявляются у таких больных при скрупулезном выполнении ими чрезвычайно сложных патологически фиксированных ритуальных действий.

У здоровых лиц парaproзексии также встречаются. Однако здесь их следует рассматривать более в плане несоответствия, неадекватности первоначальной установки произвольного внимания и результата. Чаще всего это возникает при чрезмерно сильном напряжении внимания, которое само по себе становится непереносимым для нервной системы, что и обуславливает парадоксальные, извращенные реакции со стороны внимания. Например, спортсмен на старте не слышит выстрела стартового пистолета, хотя активно сосредотачивался и готовился к этому моменту. Здесь имеет место своеобразное нарушение внимания, характеризующееся тем, что напряженное ожидание блокирует способность вовремя заметить появление соответствующего объекта.

Расстройства внимания при очаговой патологии мозга подразделяют на модально-неспецифические и модально-специфические нарушения.

Модально-неспецифические нарушения внимания распространяются на все виды и уровни внимания. Больной не может сосредоточиться на стимулах любой модальности (зрительной, слуховой, тактильной и т.д.). Подобные нарушения внимания характерны для больных с поражением неспецифических срединных структур мозга разных уровней.

Уровень нижних отделов неспецифических структур (область продолговатого и среднего мозга) – это первый уровень поражения, при

котором у больных наблюдается быстрая истощаемость, резкое сужение объема и нарушение концентрации внимания. Эти симптомы проявляются в любом виде деятельности из-за слабости тех механизмов, которые поддерживают внимание. Например, при выполнении серийных счетных операций (вычитание или сложение) больные сначала дают быстрые и правильные ответы, затем латентные периоды ответов резко увеличиваются (по типу истощения), появляются ошибки и следует отказ. Иногда возможен повторный всплеск активности, когда больной начинает совершать счетные действия правильно. В большей степени страдают произвольные формы внимания: больным легче сосредоточиться, если задание их лично интересует (обращение к профессиональному интересу или к мотивационной основе действий улучшает результаты).

Уровень диэнцефальных и лимбических отделов – это второй уровень поражения, при котором нарушения внимания проявляются грубее. Такие больные часто вообще не могут сосредоточиться на чем-либо или их внимание крайне неустойчиво. Эти трудности проявляются при выполнении двигательных актов, при решении задач и при выполнении невербальных заданий. Попытки поднять уровень активности этих больных, как правило, не дают стойкого результата.

Уровень медиобазальных отделов лобных и височных долей – третий уровень поражения неспецифических срединных структур мозга, при котором преимущественно страдает произвольное внимание, а произвольное патологически усилено. У больных возникает так называемое «полевое поведение», т.е. они становятся чрезмерно реактивными на все стимулы вокруг себя: оборачиваются на любой звук, вмешиваются в разговоры соседей и т.п. Такая бесконтрольная реактивность отражает растормаживание элементарных форм ориентировочной деятельности. У таких больных с помощью обращения к произвольному вниманию можно вызвать такие действия, которые нельзя получить, адресуясь к произвольному уровню внимания. Например, они не

могут переводить взор по словесной инструкции, но переводят взор вслед за зрительным объектом. У больных с поражением лобных долей наблюдается нередко и своеобразное нарушение произвольного переключения внимания на новое действие, при этом возникает повторное выполнение (персеверация) одного и того же действия.

Модально-специфические нарушения внимания проявляются только в одной сфере – зрительной, слуховой, тактильной или двигательной. В клинике они часто описываются как явления игнорирования тех или иных стимулов. Их нельзя рассматривать как нарушения восприятия или как непонимание инструкции. Они проявляются в специфических трудностях осознания при одновременном предъявлении «двойных» стимулов одной модальности (двух зрительных, двух слуховых или двух тактильных).

Тема 8. Нарушения сознания

Сознание – интегративная психическая деятельность, обеспечивающая высшие уровни отражения действительности и саморегуляции. Сознание позволяет человеку создавать внутреннюю модель окружающего мира и на ее основе строить свое поведение. Более того сознание обладает рефлексивной способностью, что обеспечивает осознание и своего внутреннего мира.

В медицине изучаются расстройства сознания, которые противопоставляются «сознательности» или «ясности» сознания. При ясном сознании у человека, хотя и имеющего нарушения некоторых психических функций, способность ориентироваться в месте, времени и собственной личности остается сохранной. Это медицинское определение сознания уже, чем в психологии, но оно имеет важное практическое значение. Один и тот же психопатологический симптом у больного с ясным сознанием может приобретать иное диагностическое значение у больного с помрачением сознания.